

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. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

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

Dr. Z. Dobieszewski

Lekarz zdrojowy w Marienbadzie, autor dzieła: „Przewodnik do klimatycznego leczenia“; praktykować będzie w miesiącach zimowych

w Meranie.

12—12

Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w Meranie, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max.

12—11

Dr. Reichstein

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

10—8

KEFIR

naszego wyrobu

(były zakład D-ra Wyszynskiego)

posiadają następujące apteki:

Biehlera, ul. Nalewki.
Borowskiego ul. Przejazd.
D-ra Heinricha Plac Teatralny.
Karpińskiego ul. Elektoralna.
Lilpopa ul. Nowy-Swiat.
Rutkowskiego ul. Długa.

Sobolewskiego ul. Dzika.
Sołtykiewicza ul. Graniczna.
Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.
Turskiego ul. Karmelicka.
Ziemńskiego ul. Marszałkowska.

Biertümpfel i Gessner

Aptekarze, Al. Jerozolimska róg Kruczej.

6—6

NAKŁADEM REDAKCYI KRONIKI LEKARSKIEJ

wyszła z druku praca pod tytułem:

Nerwice żołądka (Neuroses Gastricae)

ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

przez D-ra Med. Henryka Pacanowskiego

b. ordynatora kliniki terapeutycznej.

Do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp.

Cena kop. 60 z przesyłką rekomendowaną kop. 75.

4—2

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSY, ASTMIE,
OCHRYPNIEIU, CHOROBYM 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. Wypробowane 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
wymagać Marki fabrykowanej

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddycha 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 zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurz i wyzłotowienia rozdratniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczanej.

(Należy wymagać)

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

„RUSSKAJA MEDICINA“

w r. 1887

wychodzić będzie w tym samym formacie rozmiarze i terminie jak poprzednio, przy współpracownictwie wielu profesorów i lekarzy, pod redakcją

Prof. N. P. Iwanowskiego i D-ra P. A. Ilińskiego.

Prócz samodzielných spostrzeżeń i kazuistyki w każdym numerze pomieszczane są artykuły z następujących działów: postępy medycyny (referaty tak z rosyjskiej jako też i z zagranicznej literatury) oceny bibliograficzne i krytyczne, sprawozdania z towarzystw lekarskich, wiadomości bieżące z życia ogólnego i korporacji lekarskiej. Dział: od redakcyi i korespondencyi poświęcony jest prawie wyłącznie kwestyjom zawodowym. Wiadomości o wakansach i postanowieniach urzędowych. Cena prenumeracyjna za rok 8 rub. z przesyłką lub odnośnieniem. Prenumerować można w redakcyi „Russkoj Medicyny“. Petersburg, Iwanowskaja. 12.

2—2

KAPSUŁKI RAQUINA,

uznane przez Akademię medyczną paryżką, która przyznała Im wyższość nad wszystkimi podobnemi przetworami.

Kapsułki Kopaivy z przymieszką wyciągu z kubyby lub bez takowej, z wyciągiem matico, z wyciągiem ratanhi, smoły, żelaza, z podsaetrzanem Bismutu, ze związkim kopaivy z sodą, z czystymi kubebami, z czystą smołą, z czystą terpentyną.

Dozv: 3 do 9 kapsulek Raquina ze związkim kopaivy z sodą

3 do 15 kapsulek Raquina z kopaiwą filtrowaną, z kubebami etc.

2 do 8 kapsulek

Raquina zawierających smołę lub terpentynę

Powłoczka glutenowa kapsulek Raquina nie pęka w żołądku i z tego powodu zażycie nie sprawia nudności ani odbijania.

Wymagać stępla urzędowego Państwa, który jest wyciśnięty na sygnaturze Raqui'na.

FUMOUBE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. REJCHMAN. O sokotoku żołądkowym (*Gastrosuccorrhoea*). Przyczynę do patologii żołądka. — II. R. TRZEBICKY. Przyczynę do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 3. KAPPER. O cholery pod względem przyczynowym, zapobiegawczym i leczniczym z uwzględnieniem najnowszych badań [Dokończenie]. — 4. H. RICHTER. O wydzielaniu fermentów przez wibryjona cholery azjatyckiej Koch'a. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O SOKOTOKU ŻOŁĄDKOWYM

(*Gastrosuccorrhoea*).

PRZYZYNEK DO PATOLOGII ŻOŁĄDKA.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Sokotokiem żołądkowym nazywamy zaburzenie czynnościowe, w którym czysty sok w czczym wydziela się żołądka, bez udziału wszelkich bodźców zewnętrznych. Pierwsze spostrzeżenia sokotoku żołądkowego ogłosiłem w latach 1882 ¹⁾ i 1883 ²⁾. Następnie pojawiły się w literaturze prace JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO ³⁾, SAHLI'ego ⁴⁾, SCHUETZ'a ⁵⁾, ROSSBACH'a ⁶⁾, RIEGEL'a ⁷⁾ i von den VELDEN'a ⁸⁾, poświęcone opisowi i krytycznemu rozbirowi podobnych przypadków chorobowych. Szczególnie ważną jest dla nas praca JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, ze wzglę-

¹⁾ Przypadek chorobowo wzmoczonego wydzielania soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1882. Nr. 26 i *Berl. klin. Woch.* Nr. 40.

²⁾ Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności. *Gazeta Lekarska.* 1883. Nr. 44 i *Berl. klin. Woch.* 1884. Nr. 2.

³⁾ Przegląd lekarski z roku 1884—1885. *Zeitsch. f. klin. Med.* T. XI, Z. 1, 2 i 3. 1886. — *Wien. med. Wochenschrift.* N-ra 49, 50, 51, 52. 1886.

⁴⁾ *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte.* 1885.

⁵⁾ *Prager med. Wochenschrift.* 1885. N-ra 18 i 19.

⁶⁾ *Nervöse Gastroxynsis, als eine eigene genau charakterisirebare Form der nervösen Dyspepsie.* *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* T. 35. 1884.

⁷⁾ *Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftsecretion des Magens.* *Zeitschrift f. klin. Med.* T. XI. Z. 1. 1886.

⁸⁾ *Über Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes.* *Sammlung klin. Vorträge* Nr. 280. 1886.

dów, o których poniżej wielokrotnie wspominać będziemy. Badacze ci spostrzegając największą liczbę, bo aż 48 ¹⁾ przypadków sokotoku żołądkowego, licznymi a sumiennymi badaniami doświadczalnymi przyczynili się do rozjaśnienia warunków powstawania i klinicznego znaczenia sokotoku żołądkowego. SAHLI obserwował jednego chorego na wiał rdzenia, u którego peryjodycznie podczas tak zwanych „napadów żołądkowych“ (*crises gastriques*) powstawało nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. Chory SCHUETZ'a, przedstawiający od wielu lat rozmaite objawy dyspeptyczne, wymiotował zrana naczczo płyn kwaśny, nie zawierający resztek pokarmowych, który to płyn przedstawiał wszystkie własności czystego soku żołądkowego. ROSSBACH pod nazwą „*Gastroxynsis*“ opisuje przypadki chorobowe, w których od czasu do czasu występuje u chorych mocny ból głowy, połączony z wymiotami znacznej ilości płynu, silnie kwaśnego, zawierającego w swym składzie duże ilości kwasu solnego. RIEGEL podaje dokładny opis czterech przypadków przewlekłego sokotoku żołądkowego i na zasadzie spostrzeżeń swoich i poprzednio już przez innych autorów opisanych, kreśli wyborny obraz kliniczny będącego w mowie zaburzenia. Nakoniec von den VELDEN miał sposobność spostrzegać trzy przypadki również przewlekłego sokotoku żołądkowego.

Prócz powyżej wymienionych, pojawiły się w ostatnich kilku latach bardzo ważne prace, które, jak to poniżej zobaczymy, odnoszą się też do naszego przedmiotu.

Od czasu gdym swe pierwsze spostrzeżenia ogłosił, miałem sposobność badać dość liczne przypadki wzmózonego wydzielania soku żołądkowego, już to w praktyce na mieście, już też w mem ambulatoryjum. Szczegółowe badanie odnośnych chorych pozwoliło mi wyrobić sobie pewne poglądy na warunki powstawania, symptomatologiję i na wtórne zбочenia czynnościowe, przy sokotoku żołądkowym powstające, jakoteż wyprowadzić wnioski co do skuteczności leczenia tego rodzaju chorych, które to poglądy i wnioski mam zamiar wyłuszczyć w niniejszej pracy.

Przedewszystkiem jednakże należy nam się zastanowić nad najodpowiedniejszą nazwą dla zбочenia chorobowego, o którym mówić zamierzamy. Nie powinniśmy go nazywać: wzmózonym wydzielaniem, hypersekrecyją soku żołądkowego, bo mógłby kto sądzić, że „wzmózone wydzielanie“ oznacza zarazem „zwiększenie ilości wydzieliny“, a o tem ostatniem mówić kategorycznie nie możemy, już choćby dlatego, że nie jest nam znaną ogólna ilość wydzielanego np. na dobę soku żołądkowego. Tembardziej nieodpowiednią jest nazwa: nadmierne wydzielanie w żołądku, ponieważ błona śluzowa żołądka wydziela nietylko sok żołądkowy ale i śluz, nie wiadomo więc do czego owo nadmierne wydzielanie się stosuje.

Charakterystyczną cechą opisanych przezemnie i przez innych autorów przypadków chorobowych jest ciągle, bezustanne wydziela-

¹⁾ Patrz ostatnią pracę JAWORSKIEGO: Über den Zusammenhang zwischen den subjectiven. Magensymptomen und den objectiven Befunden bei Magenfunctionsstörungen. Wien. med. Woch. N-r 49, 50, 51, 52. 1886.

nie się soku żołądkowego, nietylko po przyjęciu pokarmów, podczas sprawy trawienia, ale i w przestankach wolnych od takowej, w których u osób zdrowych żołądek powinien być pustym. Że w wielu z przypadków już opisanych i w ostatnich latach przezemnie obserwowanych miało rzeczywiście miejsce zwiększenie wydzieliny soku żołądkowego, o tem trudno wątpić; jednakże nie mógłbym tego samego powiedzieć o innych przypadkach, w których wprawdzie bezustannie sok żołądkowy się wydzielał, ale nie w tak ogromnej ilości, abyśmy mieli prawo przypuścić, że mamy do czynienia ze zwiększeniem ilości soku żołądkowego. W pierwszych przypadkach obok wzmożonego wydzielania rzeczywiście istnieje zwiększenie wydzieliny, w drugich zaś wzmożone wydzielanie istnieje bez zwiększenia wydzieliny. Z powyższych względów, zdaje mi się, iż zaburzenia chorobowe, polegające na bezustannem wydzielaniu soku żołądkowego, najwłaściwiej nazywać po polsku „sokotokiem żołądkowym“, a po łacinie „*Gastrosuccorrhoea*“, bo nazwa ta wcale nie przesądza, czy w danym przypadku chorobowym ogólna ilość wydzielanego soku żołądkowego jest większą, czy też nie, od wielkości dotychczas nieznaney, t. j. od ilości soku wydzielanego przez zdrowy żołądek. Jeżeli zaś trzeba nam będzie bliżej określić przypadek, w którym niewątpliwie mamy do czynienia nietylko z bezustannem wydzielaniem, ale ze zwiększoną wydzieliną, to nazwę „sokotok żołądkowy“ możemy uzupełnić odpowiedniem omówieniem.

Wszystkie przypadki sokotoku żołądkowego, jakie miałem sposobność spostrzegać, dadzą się podzielić na dwie grupy, mianowicie na przypadki peryjodycznego sokotoku żołądkowego i na przypadki, w których czynnościowe to zбочenie było zjawiskiem stałym — stały sokotok żołądkowy.

*

*

*

Peryjodyczny sokotok żołądkowy spostrzegałem przede wszystkim u dwóch histeryczek, młodych panien, u których między innymi objawami histeryi, jako najprzykrzejszy i najuporczywszy objaw występowały wymioty. Skoro chore przyjmowały jakikolwiek pokarm, natychmiast go wymiotowały, poczem wymioty nie ustawały, lecz przez czas bardzo długi się powtarzały, a wymiotowany płyn śluzowo-wodnisty coraz mniej zawierał cząstek pokarmowych, przedstawiał odczyn kwaśny, posiadał w swym składzie kwas solny i pepsynę, trawił prędko i dokładnie ciała białkowe, a wydzielał się w tak znacznej ilości, że takowa kilkadziesiąt kroć razy przewyższała ilość przyjętego pokarmu. Zjawisko to szczególnie wóczas wybitnie występowało, gdy chore z rana naczeczko wypijały trochę wody lub herbaty — zaraz następowały wymioty, przedewszystkiem napoje te były wyrzucane, a następnie chore przez kilka godzin wymiotowały ogromne ilości soku żołądkowego ze śluzem zmieszanego.

Czasami u chorych powstawały wymioty zrana zupełnie naczeczko, zaraz po przebudzeniu się, a raz rozpoczynawszy się mogły trwać przez kilka godzin, nie dozwalając chorym niczem się pożywić; płyn taki naczeczko z wymiotowany posia-

dał wszystkie cechy czystego soku żołądkowego. Miałem sposobność kilkakrotnie badać u tych chorych żołądek z rana naczco przed wymiotami i przekonałem się, że takowy zawierał po kilkadziesiąt centymetrów sześciennych czystego soku żołądkowego. Skoro, czy to wskutek wpływu stosowanych środków, czy też niezależnie od takowych, wymioty u tych chorych ustawały, mogłem się w tych okresach czasu przekonać, że żołądek naczco był zupełnie pustym. Jak tylko wracały wymioty, to i żołądek naczco znowu zawierał sok żołądkowy.

W dwóch tych przypadkach niewątpliwie mieliśmy do czynienia z sokotokiem, przy którym wydzielala się zwiększona ilość soku żołądkowego. Fakt, iż niektóre histeryczki wymiotują ogromne ilości płynu, znacznie przewyższające ilość spożytych pokarmów i napojów, był oddawna znany i wielu autorów zwraca nań uwagę. Dokładne badanie wykazało, iż płynem tym, w tak znacznej wyrzucanym ilości, jest sok żołądkowy, czysty, lub nieco ze śluzem zmieszany.

Do tej kategorii chorych należy również zaliczyć obserwowanego przeze mnie młodego, 26-letniego, żonatego chorego. Cierpienia żołądkowe rozpoczęły się u niego na krótko przedtem, zanim przeszedł pod moją obserwację. Cierpienia te polegały na braku łaknienia, odbijaniach, zgadze, bólach w dołku i na wymiotach, które występowały wkrótce po jedzeniu, a płynne masy wymiotne składały się w części z cząstek pokarmowych a w części z soku żołądkowego. Prócz tego chory przedstawiał objawy takie, jakie napotykamy u histeryczek. Cierpiał na bóle w ograniczonych miejscach skóry, inne ograniczone okolice skóry przedstawiały zupełną utratę czułości (*plaques anaesthétiques*), nocie po największej części przepędzał bezsenne, skarżył się na częste bóle głowy; odruchy kolanowe były zwiększone. Rozpoznałem u chorego „*hysterium masculinam*“, a chorobę żołądkową nazwałem niestrawnością nerwową (*dyspepsia nervosa*). Otóż u chorego w mowie będącego dwukrotnie udało mi się wydobyć na czczo z żołądka czysty sok żołądkowy, barwy trawiasto-zielonawej, nie przedstawiający pod drobnowidzem żadnych cząstek pokarmowych. Przy pierwszym badaniu, płynu tego wydobyłem 40 ctm. sześciennych, a stopień kwaśności jego wynosił 0,18%, przy drugim zaś badaniu płynu było 50 ctm. sześciennych, a stopień kwaśności 0,19%. Skoro po upływie pewnego czasu wymioty ustały, mogłem się przekonać, przy rannem badaniu za pomocą zgłębnika, że żołądek chorego jest zupełnie pusty.

Czwarty chory, który do tej grupy powinien być zaliczony, był dotknięty wiałdem rdzenia kręgowego. Był to człowiek stosunkowo młody, 34 lat liczący. Napady żołądkowe (*crises gastriques*) rozpoczynały się u niego zazwyczaj zrana naczco, nawet często ze snu go budziły, a polegały na silnych bólach żołądka i na gwałtownych wymiotach. Napady takie wydarzały się raz na 3 do 6-ciu tygodni. Wodnisty płyn wymiotowany, z początku napadu bezbarwny, pod koniec takowego przyjmował barwę trawiasto-zielonawą, niewątpliwie zależną od domieszki żółci. Płynu tego chory wymiotował ogromne ilości, jakkolwiek starał się jak najmniej napojów do żołądka przyjmować, bo takowe natychmiast wymioty zwiększały. Odczyn płynu wymiotowanego był kwaśny, stopień kwaśności zależnie od ilości przyjętego napoju wynosił 0,15%—0,23%, w skład jego wchodził kwas solny i pepsyna, kwasów organicznych wykazać nie zdołałem, trawienie sztuczne odbywało się prędko i dokładnie.

Piąty i szósty chory, do tej grupy należący, pod względem objawów chorobowych przedstawiają wielkie podobieństwo. Zarówno u jednego jak i drugiego, peryjodycznie, bez żadnej napozór przyczyny, występowały silne i bardzo obfite wymioty, rozpoczynające się w nocy nad ranem, lub też z rana zaraz po przebudzeniu się. Wymioty zazwyczaj trwały przez całą dobę. Chorzy przez ten czas żadnego pokarmu nie przyjmowali. Płyn naczeczony zwymiotowany był czystym sokiem żołądkowym, a po przyjęciu jakiegokolwiek napoju [wody, herbaty] był sokiem przez ten napój rozcieńczonym. U jednego z tych chorych, mężczyzny dobrze zbudowanego, około 40 lat liczącego, napady takie przychodziły co 2 lub 3 miesiące, sok wymiotowany od początku do końca napadu był bezbarwny, stopień kwaśności wynosił 0,16% [soku żołądkowego naczeczony zwymiotowanego], podczas napadu nie było ani bólów żołądka, ani bólów głowy. Drugi zaś chory, mężczyzna 32-letni, doznawał podczas napadów, które się prawie co miesiąc powtarzały, bólów głowy i silnego pieczenia w okolicy żołądka. Płyn z początku napadu wymiotowany był również bezbarwnym, następnie stawał się trawiaście-zielonawym, stopień kwaśności nie był ściśle określony. Obadwaj chorzy podczas napadu doznawali zgagi i silnego pragnienia, które, jeżeli nadzwyczaj małą ilością napoju zaspakajali, wnet wyrzucali z żołądka wielokrotnie większą ilość cieczy od ilości płynu przyjętego. W przestankach pomiędzy napadami czuli się zupełnie dobrze, trawili doskonale, wszystkie pokarmy wybornie znosili. Nazajutrz po napadzie skarżyli się na ogólne osłabienie, łaknienie zaś, po spokojnie przepędzonej nocy, natychmiast powracało. Obadwaj chorzy nie przedstawiali żadnych objawów władu rdzenia kręgowego, lub jakiegokolwiek innej, dającej się określić choroby układu nerwowego.

Powyżej wzmiankowane przypadki chorobowe, które miałem możność mniej lub więcej dokładnie obserwować, utwierdziły mnie w przekonaniu, że sok sokotkowy może występować peryjodycznie, napadami, mniej lub więcej przeciągłymi. We wszystkich prawie moich przypadkach obok sokotoku miało najprawdopodobniej miejsce i względne zwiększenie ilości wydzielanego podczas napadu soku żołądkowego. Wyjątek pod tym względem może stanowić przypadek trzeci, odnoszący się do mężczyzny dotkniętego przypadłością histeryi. We wszystkich zaś innych przypadkach obfite wymioty występowały już naczeczony, zwymiotowany płyn przedstawiał się jako czysty sok żołądkowy, a w ciągu dnia, jakkolwiek chorzy wogóle nie dużo pili, jednakże wymioty były niemniej obfite, zwymiotowywany płyn wielokrotnie przewyższał ilość przyjętego napoju.

W literaturze z lat ostatnich znajdujemy liczne opisy napadowego sokotoku żołądkowego, chociaż większość odnośnych autorów z innego nieco punktu widzenia zapatrywała się na obserwowane przez się przypadki. Tak LEYDEN ¹⁾ w pracy p. t. „*Ueber periodisches Erbrechen*“ opisuje niewątpliwie przypadki peryjodycznego sokotoku żołądkowego, jakkolwiek jako główną cechę charakterystyczną tych przypadków uważa peryjodycznie występujące wymioty, t. j. skutek, a nie przyczynę tego objawu, mianowicie ustawiczne i wzmożone wydzielanie się

¹⁾ Zeitschrift. f. klin. Medicin T. IV. str. 605. 1882.

soku żołądkowego. Że takowe rzeczywiście w przypadkach LEYDEN'a miało miejsce, o tem przekonywa opis autora, który tutaj dosłownie podajemy: „*Das Erbrechen ist so massenhaft, dass es die aufgenommenen Quantitäten zu übersteigen scheint. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass eine Secretion von dünnem, flüssigem Magensaft stattfindet... Am nächsten Morgen ist fast vollkommenes Wohlbefinden da, der Appetit regt sich. Alsbald tritt Hunger ein, das lebhafteste Nahrungsbedürfniss macht sich geltend und es ist nungleichgültig was der Patient isst. Alles wird vertragen, Alles verdaut*“ [l. c. str. 610]. [Wymioty są tak obfite, że zdaje się, iż ilość płynu zwymiotowanego przewyższa ilość płynu do żołądka wprowadzonego. Wydaje się rzeczą prawdopodobną, że w tych razach wydziela się rzadki, wodnisty sok żołądkowy... Nazajutrz zrana chorzy czują się zupełnie dobrze, powstaje chęć do jedzenia, a nawet uczucie głodu, i niezależnie od tego co chory zje, wszystko dobrze znieśie, wszystko dobrze strawi].

Powyższą cytata podaliśmy umyślnie dla tego, aby pokazać, że przypadki obserwowane przez LEYDEN'a mają wielkie podobieństwo z naszymi i że ten autor sam przypuszcza możliwość istnienia w tych przypadkach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, jakkolwiek na punkt ten nie kładzie należytego nacisku.

Dalej STRUEBING w pracy p. t. „*Ueber acutes (angioneurotisches) Oedem*“¹⁾ opisuje przypadki chorobowe, w których napadami, co pewien czas się powtarzającymi, obok obrzęku części lub całego ciała występowały nadzwyczaj obfite wymioty, a płyn zwymiotowany przedstawiał pod względem składu chemicznego czysty sok żołądkowy, którego stopień kwaśności w jednym przypadku wynosił 0,08%.

Również podobne przypadki opisuje ROSSBACH²⁾ pod nazwą „*Gastrozygnosis*“. U chorych ROSSBACH'a powstają napady uporeczywych wymiotów płynem bardzo kwaśnym, w którym znaczną ilość kwasu solnego wykryć się dawało [raz 0,4%, drugi raz 0,14%]. Jednocześnie powstaje nadzwyczaj silny ból głowy, tak samo jak u chorych LEYDEN'a. Napad może się rozpocząć n a c z z o lub po jedzeniu. Nazajutrz po napadzie wracają chorzy prawie że natychmiast do stanu prawidłowego. Jako najbliższą przyczynę napadu ROSSBACH uważa nie sokotok żołądkowy, lecz wydzielanie się z sokiem nadmiernej ilości kwasu solnego, t. j. napadowo występującą wzmoczoną kwaśność soku żołądkowego.

DENIAU³⁾ utrzymuje, że u histeryczek może nastąpić wzmoczenie wydzielania w żołądku soku i śluzu, tak samo jak u tych chorych mogą występować rozmaite zboczenia w czynności naczynioruchowych i wydzielniczych nerwów skóry.

SAHLI⁴⁾, jakśmy to wyżej rzekli, obserwował chorego na wiał rdzenia kręgowego, który to chory wyrzucał bardzo znaczną ilość czystego soku żołądkowego.

ROSENTHAL⁵⁾ obserwował histeryczki, wymiotujące znaczną ilość soku żołądkowego zmieszanego ze śluzem, jakoteż miał możność spostrzegać dwóch

1) Zeitschrift f. klin. Medicin. T. IX. str. 381. 1885.

2) L. c.

3) De l'hystérie gastrique. 1883. str. 45.

4) L. c.

5) Magenneuosen und Magencatarrh., so wie deren Behandlung. 1886 str. 101.

chorych na wiał rdzenia, którzy podczas t. zw. napadów żołądkowych, pomimo 10, 15, a nawet 24 godzinnego postu, wymiotowali plyn kwaśny, posiadający wszystkie własności soku żołądkowego, o stopniu kwasności 0,30%—0,32%.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na przypadki peryjodycznego sokotoku żołądkowego przezemnie opisane i na spostrzeżenia przez wzmiankowanych autorów ogłoszone, to przekonywamy się, iż zboczenie to w wydzielaniu soku żołądkowego prawie zawsze występuje u osób dotkniętych rozmaitemi chorobami nerwowemi. Wyjątek pod tym względem stanowić mogą dwaj moi chorzy, którzy żadną ze znanych postaci chorób nerwowych nie byli dotknięci, a w przestankach pomiędzy napadami nietylko pod względem stanu przewodu pokarmowego, ale i układu nerwowego żadnych zboczeń nie przedstawiali. I tu jednakże peryjodyczność występowania napadów, jakoteż brak jakichkolwiek materyjalnych danych, mogących być przyczyną wywołującą te napady, zmusza nas do przyjęcia, że i u tych chorych napady sokotoku żołądkowego powstawały wskutek zboczeń w czynności pewnych sfer nerwowych.

Prawdopodobnie u tego rodzaju chorych sokotok powstaje wskutek zaburzeń w czynności nerwów wydzielniczych żołądka, zupełnie tak samo jak powstają liczne zboczenia czynnościowe w innych częściach układu nerwowego. Wprawdzie nerwy wydzielnicze żołądka są jeszcze nieznanne, jednakże, wnosząc z analogii z innymi narządami wydzielniczymi, których swoiste nerwy zostały już wykryte i opierając się na znanych faktach fizjologicznych, w żaden sposób zaprzeczyć nie można istnieniu nerwów wydzielniczych żołądka. Jako dowód powyższego zdania mogą przytoczyć znany fakt, że u psów z przetokami żołądkowemi na widok mięsa wydzielal się obficie sok żołądkowy, lub ten drugi fakt, że u chorego z zarośniętym przelykiem, żucie smacznych pokarmów wywoływało również obfite wydzielanie się soku żołądkowego, co przez przetokę w celach operacyjnych utworzoną, dokładnie spostrzegać się dawało. Zresztą doświadczenia REGNARD'a i LOYE'go ¹⁾ wykonane na ściętym zbrodniarzu wykazują jaknajdowodniej wpływ nerwów na wydzielanie soku żołądkowego. Badacze ci, w 45 minut po ścięciu przestępcy, po otworzeniu jamy brzusznej i żołądka, drażniąc oba nerwy błędne, wyraźnie spostrzegali obfite wydzielanie się soku żołądkowego. Czy żołądek posiada oddzielne nerwy wydzielnicze, czy funkcje takowych pełnią nerwy naczynioruchowe, to nas patologów mniej obchodzi, ważnym dla nas jest fakt istnienia związku pomiędzy czynnością nerwów i wydzielaniem soku żołądkowego. Skoro zaś ten fakt uznajemy, to tembardziej zaprzeczyć nie możemy, że u osób nerwowych napady sokotoku żołądkowego powstają wskutek zaburzeń w czynności nerwów, mających wpływ na wydzielanie gruczołów żołądka. Zresztą, jak już o tem raz wspomniałem, peryjodyczność napadów, brak zmian materyjalnych w przewodzie pokarmowym, brak przyczyny napad wywołującej, dobry stan narządu trawienia w przestankach pomiędzy napadami, wszystkie te okoliczności, łącznie z właściwościami gruntu, na którym to zboczenie chorobowe w czynności żołądka dojrzewa, nie pozwalają wątpić, że u napad sokotoku żołądkowego powstaje w tych razach

¹⁾ Progrès médical. 1885. Nr. 29.

wskutek chorobowo wzmożonej czynności nerwów wydzielniczych żołądka. U osobnika zdrowego sok żołądkowy wydziela się skutkiem działania bodźców zewnętrznych już to na samą błonę śluzową żołądka [pokarm spożyty], już też na sferę psychiczną [widok, smak, zapach pokarmów] i za pośrednictwem takowej na nerwy wydzielnicze; u osób zaś chorych do pobudzenia czynności nerwów wydzielniczych nie potrzeba bodźca fizjologicznego, zewnętrznego, albowiem patologiczne pobudzenie tych nerwów staje się samo przez się powodem wydzielania soku żołądkowego w czczym narządzie. Zachodzi tutaj ta sama sprawa, ten sam sposób powstawania objawów, co i w sferze innych przyrządów nerwowych, których działalność w stanach prawidłowych powstaje wskutek wpływu bodźców zewnętrznych, a w stanach chorobowych pobudzenie ich przychodzi do skutku bez udziału tych wpływów zewnętrznych [np. halucynacje wzrokowe, silne pocenie się w umiarkowanej temperaturze i t. p.]. [C. d. n.]

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. MIKULICZA W KRAKOWIE.

I. PRZYPADNEK DO WYCIĘCIA JELITA

w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli.

Podał

D-r Rudolf Trzebiicky,

asystent tejże kliniki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

V. Zgorzel i przedziurawienie niewięzgniętej, przepukliny pachwinowej, ropień kałowy, herniotoromija, pierwotne wycięcie jelita, wyleczenie.

P. S. ze Słoniowic w Królestwie Polskiem, lat 23 liczący. Chory cierpi od kilku lat, według podania, na przepuklinę pachwinową, dającą się z łatwością odprowadzić, paska przepuklinowego nigdy jednakże nie nosił.

21. VI. 1886 po uciążliwej podróży, odbytej przez chorego, wystąpiła przepuklina na nowo i nie dała się usunąć. W worku mosznowym i udzie wystąpiły silne rozpromieniające się bóle, a wkrótce potem i wymioty. Guz w zgięciu pachwinowym i worku mosznowym wśród tego widocznie się zwiększał. Po 4-dniowym trwaniu takiego stanu, przywołano lekarza, który, po bezskutecznych próbach odprowadzenia przepukliny, zastosował środki przeczyszczające. Potem nastąpiły dwa

wypróżnienia stolcowe i silne wymioty. Gdy jednakże guz zamiast ustępować raczej się zwiększał, stolca znów nie było, a równocześnie wzmagало się wzdęcie, bóle brzucha i wymioty, udał się chory w 12-tym dniu choroby do kliniki.

W dniu przyjęcia stan był następujący: Chory dość jeszcze silny, wyraz twarzy zdradza jednakże bóle, serce i płuca prawidłowe, brzuch silnie wzdęty, przy ucisku bolesny, wolnego wysięku wykazać w nim nie można, obrzmienia śledziony nie było, ciepłota prawidłowa [chory według podania dotychczas wcale nie miał gorączkować]. W okolicy pachwinowej lewej guz wielkości jaja gęsiego, sięgający do moszny i nadzwyczaj bolesny, tylko w górnej części tegoż odgłos bębnowy, w głębi dolnej części niewyraźne chęłbotanie, skóra nad całym guzem silnie obrzękła, zaczerwieniona.

Rozpoznanie uwięźniętej przepukliny zdawało się nie ulegać żadnej wątpliwości i dla tego 3 Lipca 1886 r. przystąpiono do herniotomii. Po przecięciu obrzmiących i naciekłych osłon przepukliny, przekonał się prof. Mikulicz, że górny odcinek jelita, położony po części jeszcze w kanale pachwinowym, był zupełnie wolny, a dopiero w mosznach były silne zrosty pomiędzy jelitem a workiem przepuklinowym. Gdy poczęto zrosty te ostrożnie oddzielać, wydobywała się z głębi ciecz ropna, pochodząca z ropna kałowego, otaczającego najniższą część kiszki, w przepuklinie się znajdującej. Zawartość tego ropnia, stanowiło, oprócz kilku łyżek mocno cuchnącej posokowatej ropy, kilka kawałków podobnych do łupin ze śliwek ¹⁾. Punktem wyjścia całej sprawy był otwór w jelicie, wielkości srebrnego guldena, prowadzący wprost z wnętrza jelita do jamy ropnia. Oba końce jelita leżały prawie równolegle obok siebie, a ściana, odpowiadająca przyczepieniu krézki, wystawała naprzeciw otworu w postaci ostrogi.

Jelito samo na przestrzeni kilku ctm. było sine, miejscami zupełnie czarne, bardzo wiotkie i kruche. Po dokładnem wypróżnieniu i oczyszczeniu jamy ropnia, odpreparował prof. Mikulicz jelito w miejscach zrostów od worka przepuklinowego i wyciągnął je z łatwością z jamy brzusznej aż do granic zdrowych. Całe jelito chorobowo zmienione 40 ctm. długie z czego 25 ctm. przypadło na ramię doprowadzające a 15 na odprowadzające, odcięto i założono typowy szew jelitowy. Odprowadzenie jelita udało się bez trudności. Przy następnem wyluszczeniu worka przepuklinowego, względnie jamy ropnia, nie udało się niestety odosobnić i ochronić ściśle z nią zrosniętego sznurka nasiennego, musiano zatem i jądro z tej strony wyjąć. Założono szew wnętrki przepuklinowej i dren do worka mosznowego. Już dnia następnego pojawiło się obfite wypróżnienie stolcowe. Rana zgoiła się przez rychłozrost i tylko z otworu drenu sączyła się jakiś czas ropna wydzielina. Począwszy od dnia operacji chory nie gorączkował ani razu, miał się zupełnie dobrze i z trudnością tylko zadawała się zaleconą ścisłą dyjetą.

¹⁾ Badanie drobnowidzowe stwierdziło, że płytki te drobne składały się z tkanki roślinnej, a tem samem mogły odpowiadać łupinie ze śliwek.

Dnia 27. VII, chory wyleczony opuścił zakład z małą powierzchową raną, czystą ziarniną pokrytą.

Opisany powyżej przypadek nie jest zupełnie analogiczny z poprzedniemi 3 przypadkami wycięcia jelita. Objawy uwięźnięcia pochodziły tu od zapalenia ropnego przepukliny, wskutek przedziurawienia jelita, po części zaś od innego cierpienia, którego przyrodę wyjaśniło dopiero dokładne badanie, odciętej części jelita. Po otwarciu doprowadzającego ramienia jelita znaleziono w temże, a mianowicie naprzeciwko przyczepienia krézki, wrzody równoległe przebiegające do osi jelita, znajdujące się już w stanie gojenia, które jednak tylko powierzchowne warstwy błony śluzowej nadziały. Na podstawie tego anatomicznego obrazu musiano rozpoznać z największem prawdopodobieństwem tyfus brzuszny, który przeszedł prawie bez objawów, a dopiero z wystąpieniem przedziurawienia zaniepokoił chorego. W każdym razie wycięcie, jak doświadczenie pokazało, było tutaj jedynie właściwym zabiegiem; każda inna operacja lub wyczekujące postępowanie wystawiłoby chorego co najmniej na cały szereg niebezpieczeństw i przykrości, połączonych z utworzeniem nieprawidłowego odbytu. Z drugiej strony prof. MIKULICZ był świadom dobrze tego, że niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, w czasie operacyi przy istniejącem zapaleniu ropnem worka mosznowego, było nader wielkie.

Liczba co tylko przytoczonych przypadków wycięcia jelita z powodu uległych zgorzeli przepuklin jest jeszcze zanadto małą, ażeby z niej wyciągnąć jakieś wnioski co do zalet i wartości samej operacyi; zwłaszcza, że 3-cia historyja choroby nie ma prawie żadnej wartości dla statystyki, gdyż zapalenie otrzewnej już przed operacyją w tak wysokim stopniu było rozwinięte, że nawet choćby szew jelitowy był zupełnie się dobrze trzymał, nie wielką można było mieć nadzieję co do uratowania chorej.

W innych trzech przypadkach operacyja uwięźzoną została pomysłnym wynikiem i to dwa razy bez żadnego zaburzenia [powierzchnowe ropienie w 2-im przypadku było bez wpływu na ostateczny wynik samej operacyi], raz zaś po przemijającym utworzeniu się przetoki kałowej. Czy przetoka ta spowodowaną była jakimś błędem, przy założeniu szwu [za dalekiem oddzieleniem krézki], albo tem, że za mało jeszcze jelita wycięto, lub nakoniec innemi dotąd nieznanymi jeszcze przyczynami, to trudno na razie rozstrzygnąć. Żadną miarą nie można zaprzeczyć, że powstanie tego rodzaju przetoki jest zawsze nieprzyjemnem powikłaniem, które winno skłaniać do tem większej ostrożności i precyzyi przy zakładaniu szwu jelitowego, bo przecież rozejście się choćby jednego tylko szwu w pierwszych dniach może śmierć sprowadzić. Jeżeli to nastąpi, jak w moim przypadku dopiero po upływie jednego tygodnia, to zwykle tak silne się już wytworzyły zrosty, że niebezpieczeństwo ogólnego zapalenia otrzewnej jest prawie wykluczone. Może zresztą i w tym kierunku dokładne zastosowanie się do przepisów KOCHER'a zaradzi złemu. Możliwoby zresztą w każdym przypadku wycięcia jelita z powodu przepukliny uległej zgorzeli, wprowadzić gruby dren do jamy brzusznej, aż do wycinanego jelita, a to w tym celu, ażeby już z góry utworować drogę zawartości jelita, w razie wydostania się jej na zewnątrz. W po-

dobny sposób postępuje prof. MIKULICZ także przy szwie pęcherza po cięciu górnem ¹⁾.

Godną uwagi jest w każdym razie ta okoliczność, że przetoka kałowa wytwarza się tak często po wycięciu jelita, z powodu uległej zgorzeli przepukliny. Musi to stać zapewne w jakimś związku z odmiennymi stosunkami, wśród których jelito się tu znajduje. Zdaniem prof. MIKULICZA współdziałają tu 3 przyczyny: 1). Niedostateczne odżywianie, a wskutek tego kruchość jelita i łatwe przecinanie szwów. 2). Nierówność światła jelita, a ztąd zastój kałowy powyżej miejsca zeszycia, a tem samem silne napięcie ostatniego. 3). Niedostateczne zlepienie ścian, które w prawidłowych stosunkach krążenia już w krótkim czasie sprowadza dokładne zamknięcie.

Dla tego należy: 1). Operować w możliwie najzdrowszych tkankach. 2). Wypróżnić jelito [według KOCHER'a]. 3). Dokładnie założyć podwójny szereg szwów.

Przypadek II jest o tyle nadzwyczaj pouczającym, że dwa razy musiano wycinać i zeszywać. Gdyby się prof. MIKULICZ zadowolił był pierwotnym szwem i nie zważał na błękitno czarne zabarwienie zeszytych już końców jelita, byłaby chora bez wątpienia zwiększyła statystykę przemawiającą na niekorzyść pierwotnego wycięcia. Tylko wycięciem większego kawałka jelita zapewniono pomyslny wynik i dostarczono dowodu na poparcie słusznych zapatrywań KOCHER'a.

Rozumie się samo przez się, że do zupełnego, rychłego wygojenia rany, pożądanym jest możliwie największy spokój tejże. Po operacji osiąga się tenże w znacznej części przez podanie makowca, pod warunkiem, że jelito jest próżne. Słusznie zaleca przeto RIEDEL założenie szwu jelitowego dopiero w kilka godzin po hernijotomii, po zupełnem opróżnieniu doprowadzającej części jelita, podczas gdy KOCHER zaraz po rozszerzeniu zasznurowującego pierścienia i po otwarciu zgorzelinowej pętli wprowadza sącdek w dośrodkową część tejże i usuwa przez to zatrzymaną zawartość jelita na zewnątrz. O doniosłości tego postępowania można sobie dopiero wtenczas zdać sprawę, jeżeli się go przypadkiem omieszka zastosować, a po dokonanej szwie zawartość jelita przepiera się z wielką siłą do obwodowego końca jelita. Muszę się przyznać, że mię w moim przypadku przykre ogarnęło uczucie i że przez chwilę byłem bliski rozluźnienia szwu na jednym miejscu, by przez małą przetokę wypuścić kał na zewnątrz. Nie dawno temu prof. MIKULICZ w przypadku nowotworu rakowego jelita grubego, z następczym zwężeniem wysokiego stopnia, otworzył najpierw nadmiernie rozszerzone doprowadzające jelito, usunął wielką ilość [przeszło 1 litr.] zastoinowego płynnego kału i w ten czas dopiero przedsięwziął wycięcie z następczym szwem jelitowym. W przypadku tym nastąpiło wyleczenie zupełne.

Nie ulega wątpliwości, że pierwotne wycięcie jelita nie we wszystkich przypadkach przepuklin uległych zgorzeli jest jedynie właściwym i wskazanym zabiegiem. Z pewnością jeszcze dość często będziemy zmuszeni przystępować do

¹⁾ TRZEBICKY. Przyczynek do operacyj dokonywanych na pęcherzu moczowym. Medycyna. 1885.

założenia sztucznego odbytu. Mam tu na myśli przedewszystkiem wysokie stopnie zapadu, domagającego się szybkiego ukończenia operacyi, albo przypadki w których zmuszeni jesteśmy, jak się to niestety lekarzowi praktycznemu bardzo często zdarza, operować przy niedostatecznej pomocy; w przypadkach takich wtórórzędne wycięcie według RIEDL'a może być pożądanym sposobem wyjścia. Tam, gdzie istnieje rozległe ropienie i zgorzel zewnętrznych powłok przepuklinowych, a równocześnie silne zrosty jelita z szyją worka przepuklinowego tworzą pożądaną zaporę dla zewnętrznego zakażenia na drodze do jamy brzusznej, tam zapewne po największej części wypadnie tymczasowo założyć *anus praeternaturalis*. Zapalenie otrzewnej samo przez się dziś uchodzić za przeciwwskazanie do pierwotnego wycięcia już nie może, mianowicie, gdyby nam się udało i tę chorobę zrobić przytępną chirurgicznym zabiegom. Doświadczenia, robione na psach, niejednokrotnie mię przekonaly, że szew jelitowy przy zapaleniu otrzewnej, jeżeli tylko został dokładnie założony, trzyma tak samo dobrze, jak przy zupełnie zdrowej otrzewnej.

Wycięcie może być zbytecznem w tych przypadkach, gdzie obrażenie jelita jest zupełnie ograniczone i małe. Wystarcza tu prosty szew jelita, z wycięciem schorzałych części, albo z wpukleniem tychże w światło jelita, jak to opisali BOEKEL ¹⁾, DEL GREKO ²⁾ i inni. Przypadek odnośny mieliśmy również sposobność obserwować.

VI. Uwięźnięcie przepukliny pachwinowej, herniotomia, obrażenie jelita podczas odprowadzenia, szew jelitowy, wyleczenie.

M. M. 25 lat liczący, z Galicyi, przyjęty zosłał d. 20 Października 1882 r. z powodu przepukliny pachwinowej po stronie lewej, uwięźniętej od 5 dni. Przy przyjęciu zapisano następujący stan: dobrze zbudowany, silny osobnik, narządy piersiowe prawidłowe, brzuch silnie wzdęty, jednak niebolesny. W lewym zgięciu pachwinowym guz wielkości pięści, nieco bolesny. Odgłos wypukowy nad nim bębnekowy. Od dni 5 nie ma stolca, od czasu do czasu trochę cuchnących wymiotów, lekka żółtaczka. Ciepłota 37,6° C., tętno 100. Odprowadzenia dotychczas nie próbowano.

Gdy odprowadzenie okazało się niemożliwem, tego samego jeszcze dnia wykonał prof. MIKULICZ herniotomię, która nie przedstawiała nic godnego uwagi. Ciecz przepuklinowa była nieco mętną, jelito pokryte miejscami płatkami włóknikowemi, sieć stanowiąca większa część zawartości przepuklinowej, naciekła. Po jej odcięciu i dokładnej dezynfekcyi całego worka przepuklinowego, rozszerzono wrota przepuklinowe za pomocą noża główkowatego. Właśnie gdy prof. MIKULICZ zamierzał odprowadzić jelito przez kanał pachwinowy, pękło takowe w miejscu najwypuklejszem na długość 1 ctm. Założono natychmiast szew jelitowy, poczem odprowadzono dokładnie oczyszczone jelito do jamy brzusznej. Radykalna operacyja przepukliny stanowiła koniec całego zabiegu.

¹⁾ De la suture intestinale dans certaines hernies étranglées. Ref. w Centralblatt f. Chir. 1876. str. 111.

²⁾ Erniotomia conenterografia etc. Ref. tamże str. 160.

Dalszy przebieg nie pozostawiał nic do życzenia. Chory po 20 dniach opuścił zakład, z raną przez rychłozrost wygojoną.

Nakoniec chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na niezgodność ogólnych objawów z miejscowym stanem, przy uległej zgorzeli przepuklinie, którąśmy we wszystkich prawie przypadkach mieli sposobność zauważyć. Z wyjątkiem pierwszej chorej, wszyscy inni przyszli pieszo do kliniki; tylko 3-cia chora skarżyła się na dotkliwie bóle, zapewne wskutek istniejącego już zapalenia otrzewnej, a przecież u wszystkich wystąpiła już zgorzel, czegośmy się mianowicie u 2-ej chorej, która dopiero przed 36 godzinami zachorowała, wcale nie spodziewali tak, że miejscowy stan przed operacją, tylko u chorej z zapaleniem otrzewnej i w przypadku kałowego ropnia, dozwalał przypuszczać przedziurawienie. Okoliczność ta o tyle dla praktyki ma niepośledne znaczenie, o ile jest przestrogą przy odprowadzeniu przepuklin. Dziś, gdy przeciwnie herniotomia bez powikłań żadnem prawie niebezpieczeństwem nie grozi choremu, we wszystkich przypadkach wątpliwych, gdzieśmy mieli choć najmniejszą podstawę do przypuszczenia zgorzeli, należy zaniechać bezkrwawej próby odprowadzenia, a natomiast naocznie przekonać się o stanie jelita.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

Koch, stojący na czole szkoły kontagjonistów, przy swoich poszukiwaniach oparł się na zjawiskach i następstwach, jakie cholera sprowadza u ludzi. Zauważył on w przeważnej liczbie przypadków, że u trupów cholerycznych zawartość kiszek była czystą, wodnistą, śluzową z nielicznymi płatkami, przy badaniu zaś drobnowidzowem, mianowicie tam gdzie brzegi blaszek Peyer'a były zaczerwienione, spostrzegał pewne charakterystyczne bakteryje. Im świeższy i czystszy był przypadek, tem łatwiej znajdowano zgięte laseczniki, z postaci swej do przecinka podobne. Są one grubsze i krótsze aniżeli laseczniki gruźlicze. Czasami rozwijają się w nitki kształtu śruby (*spirillae*), które są zdolne do rozmnażania się, a im wyższą jest ciepłota żelatyny odżywczej, tem łatwiej lasecznik przecinkowy przemienia się w nitkę. Nitki znowu rozpadają się na pierwotne postaci. Ferran zauważył na końcu szerszych nitek pęcherzykowate rozdęcia, które się potem odrywają, a po rozpadzie lasecznika jeszcze czas dłuższy istnieją. Lasecznik przecinkowy rośnie w rosole mięsny w mleku, w surowicy krwi, żelatynie odżywczej, na *agar-agar*, na ugotowanym kartoflu i t. p. Rozwija się najlepiej przy ciepłocie 30—40° C., [przy 70—80° C. ginie, a poniżej 16° C. nie rozwija się]. Zamrażanie znosi dobrze. W próżni nie rozwija się, lecz i nie obumiera. W płynach gniją cych szybko ginie. W stanie obumarcia wygląda jakby zgnieciony, albo zmarszczony; płyny zawierające dużo materij odżywczych sprzyjają rozwojowi laseczników, byleby nie oddziaływały kwaśno, gdyż w takim razie powstrzymują ich rozwój. Jod, alkohol [10%], w słabym tylko stopniu powstrzymują rozwój lasecznika, 2% roztwór soli kuchennej nie wywiera na niego żadnego

wpływu, roztwór siarczanu żelaza przeszkadza lub pomaga [jeżeli niszczy materje gnijące] rozwojowi lasecznika. Alun [1%], kamfora [1:300], kwas karbolowy [1:400], olejek miętowy [1:2000], siarczan żelaza [1:2500], chinina [1:5000] i sublimat [1:100.000], powstrzymują rozwój laseczników. W wodzie studziennej utrzymuje się lasecznik w ciągu 30 dni, w kanałach kloacalnych 6—7 dni, zmieszany z ekskrementami 27 godzin, a w jamach wychodków ginie już po 24 godzinach. Na wilgotnych prześcieradłach i mokrych chustkach po 3—4 dniach obumiera. W wysuszony ginie bardzo prędko. Czas trwania lasecznika nie został przez KOCH'a oznaczony. KLEIN i CECI spostrzegali w sztucznych hodowlach tworzenia się spor. HUEPPE zaś utrzymuje, że przy pewnych warunkach wytwarza się trwała postać lasecznika przecinkowego.

Przy sekcjach osób zmarłych na cholere w Indjach, Egipcie, Tulonie, Paryżu, Neapolu, Madrycie i t. d., znajdowano prawie zawsze laseczniki przecinkowe, a najobficiej tam, gdzie proces choleryczny wywołał silniejsze zmiany w kiszkiach. W przypadkach przewlekłych, przecinków nie było. Niektórzy znajdowali w innych chorobach lasecznik podobny do przecinka [FINKLER-PRIOR przy *cholera nostras etc.*], lecz KOCH dowiódł, że przecinek dla cholery jest specyficzny i różni się bardzo od innych postaci właściwościami ograniczającymi i życia. EMMERICH znalazł w kiszkiach u osób umarłych na cholere inny lasecznik, nie identyczny z lasecznikiem KOCH'a, mianowicie krótką pałeczkę i uważa ją za specyficzną dla cholery. Według KOCH'a i VIRCHOW'a lasecznik ten nie odgrywa żadnej ważnej roli w sprawie o której mowa i ma znaczenie tylko przejściowe. Wogóle występowanie laseczników EMMERICH'a uważają oni za skutek, nie za przyczynę cholery. SCHOTTELIUS utrzymuje, że laseczniki występują dopiero w czasie cholery, ponieważ w pierwszych typowych wypróbnieniach nie można ich pod drobnowidzem wykazać.

Powstawania laseczników przecinkowych należy szukać zewnątrz organizmu ludzkiego. KOCH'owi udało się znaleźć grzybki cholery w stawie Sahli Bagon, w silnie zanieczyszczonych wodach rzeki Hughli i w ściekach kanałów Kalkutty. Wspomniany staw dostarcza okolicznym mieszkańcom wody do picia i do innych potrzeb. W sąsiedztwie tego stawu zauważono największą liczbę śmiertelnych przypadków cholery. Stwierdzono, że gdy przecinki znajdują się obficie naraz w wielu miejscach powyższych wód, wtedy zwykle panuje najsilniejsza epidemija, gdy zaś znajduje się ich mało, epidemija przycicha, a więc epidemije cholery pozostają w ścisłym związku z obecnością laseczników. Możemy zatem napewno przyjąć, że laseczniki przecinkowe wywołują cholere. Rosną one nadzwyczaj szybko, a wegetacja ich dosięga nagle najwyższego punktu, następnie zostają wyparte przez inne bakteryje, co odpowiada przebiegowi cholery. Laseczniki, przechodząc przez żołądek, powiększej części giną w kwaśnej jego zawartości, lecz choćby pojedyncze tylko laseczniki przecinkowe dostały się do kiszki, to szybko rozmnażają się tamże i wywołują podrażnienie błony śluzowej, *resp.* rozwolnienie. KOCH utrzymuje, że trujące produkty przemiany materji laseczników zabijają człowieka (*infectio et intoxicatio*). Przebieg zaś cholery objaśnić można w następujący sposób: jad sprowadza najprzód zgorzel nabłonka, lub nawet błony śluzowej kiszki, w części zaś zostaje wessanym i działa na cały ustrój, a przedewszystkiem paraliżuje narządy krążenia. Objawy, jakie cholere towarzyszą, nie zależą od utraty wody i zgęszczenia krwi, lecz od trucizny, gdyż występują nawet w przypadkach, w których nie było wymiotów i rozwolnienia, w których po śmierci w kiszkiach nie znaleziono żadnego płynu. Jeżeli śmierć nastąpi prędko, to u trupa znajdujemy tylko zmiany na błonie śluzowej, a w czystym płynie liczne laseczniki przecinkowe, w późniejszym zaś okresie choroby w na-

stępstwie zgorzeli i przy gnicu białka powstają bakteryje gnilne, dające powód do powstawania chorobowej postaci: *cholera-typhoid*.

KOCH i inni badacze wstrzykiwali do dwunastnicy czyste hodowle laseczników przecinkowych psom, świnkom morskim i t. p. i otrzymywali zupełnie podobne zjawiska jak przy cholercie. CECI zaś wstrzykiwał wydzieliny cholerycznych i otrzymywał takie same wyniki. KLEIN karmił myszy, szczury, małpy i t. p. świeżemi odchodami cholerycznych bez widocznego skutku, taki sam ujemny wynik otrzymywał wstrzykując czyste hodowle pod skórę, do żył, jamy brzusznej i t. p.. KOCH próbował neutralizować kwaśny odczyn soku żołądkowego przez 5% roztwór sody i następnie wstrzykiwał buljon zawierający laseczniki cholery do żołądka, w celu zaś zwolnienia ruchu kiszek i mięśni ściany brzusznej, a więc w celu trwalszego przebywania laseczników w kiszkiach, wstrzykiwał makowiec. Przy takim postępowaniu z 35 świnek morskich 30 zdechło przy objawach cholery. Lasecznik przecinkowy odznacza się zatem bardzo silnemi chorobotwórczemi własnościami, jeżeli nieuszkodzony dostanie się do kiszek cienkich i w nich się zagnieździ. Jako przykład silnej infekcyi laseczników przecinkowych, KOCH przytacza przypadek МАСКАМАРА, w którym z 18 osób pijących zarażoną wodę, w ciągu 34 godzin 5 zapadło na cholere, dalej przypadek choleryny u lekarza robiącego doświadczenia w pracowni w Berlinie z lasecznikami przecinkowemi, wreszcie występowanie cholery w Cambrils wskutek szczepień FERRAN'a.

PETTENKOFFER uważa cholere za chorobę zakaźną [podobną do malaryi], której grzybek nietylko w kiszkiach lecz i w całym ciele się znajduje. Ponieważ krótkie pałeczki EMMERICH'a, przy podskórnem wstrzyknięciu, sprowadzają objawy cholery [co zresztą bywa i przy wstrzykiwaniu gnijących substancyj] i znajdują się w całym ustroju, przeto PETTENKOFFER uważa je za wywołujące cholere. Grzybki te, może będące w kiszkiach w stanie prawidłowym człowieka, rozmnażają się szybko przy wydzielanu do kiszek silnie zasadowego płynu.

KOCH uważa za pewnik zarażenie z człowieka na człowieka; [czemu przeczy PETTENKOFFER], utrzymuje dalej, że peryodyczność cholery zależy od nietykalności (*immunitas*), której się nabywa przez przetrzymanie choroby, a VIRCHOW spodziewa się, że uda się dowieść, że jedne i te same grzybki w różnych warunkach posiadają różny stopień jadowitości, czem najlepiej możnaby wyjaśnić rozmaite odcienia epidemij. Jeżeli cholera ma pozostawać w zależności od czasu i miejsca [lokaliści], to grzybek sprowadzający ją powinien być zależnym od tychże warunków, co nie zgadza się w ogóle z ostatniami badaniami własności lasecznika przecinkowego. Koch wyjaśnia, że chociaż czas trwania lasecznika przecinkowego jest nieznan, to jednak zdolność jego do życia w stanie wilgotnym jest dosyć długą [na *agar-agar* całe miesiące]. Mała oporność laseczników przy wysychaniu nie przeczy faktom epidemiologicznym. Panowanie cholery w dolnym Bengalu w czasie suszy tłumaczy Koch istnieniem tam jeszcze dostatecznej wilgotności do rozwoju laseczników przecinkowych, zmniejszanie się zaś epidemii w czasie deszczów — rozwijaniem się innych gnilnych bakteryj, które niszczą laseczniki przecinkowe gdyż natura ich jest tego rodzaju, że potrzebują mieć dużo wolnego miejsca do swego rozwoju.

Cholera szerzy się najczęściej według kontagijonistów za pomocą wody. RAPSZEWSKI opisuje przypadek wybuchnięcia silnej śmiertelnej zarazy na przedmieściu Madrytu Caranchela Bajo w 1885 r.. Cholera wybuchła wskutek użycia wody z zarażonej studni, którą jak się pokazało, zaopatrywało źródło wytryskające blisko cmentarza, na którym właśnie

chowano zmarłych na cholereę. Woda bardzo łatwo może uleść zanieczyszczeniu przez odchody i przez wodę używaną do prania bielizny cholerycznych. Laseczniki przecinkowe dostają się do ustroju z wodą do picia, z zafałszowanym wodą mlekiem, z pokarmami lub owocami obmytymi wodą; przy myciu się, lub w kąpieli może woda dostać się do ust. Laseczniki przecinkowe mogą także być przeniesione zabrudzonymi palcami na pokarmy i t. d. Koch przyjmuje możliwość infekcyi i przy pomocy owadów, które siadają na pokarmach. Powietrze, jeżeli jest wilgotne, pomaga do konserwacyi laseczników przecinkowych, przeciwnie zaś suche działa na nie szkodliwie. Co się tyczy fizycznych własności gruntu, to Koch przyznaje im pewne znaczenie, lecz nie w tym stopniu jak PETTENKOFFER. Koch nie sądzi, aby miasta i domy stojące na nieprzemakalnej warstwie były zabezpieczone od cholery. Craponne właśnie jest zbudowane na warstwie gliny, a przecież w 1884 r. uległo silnej cholere. To samo miało miejsce w Kinbergu [Bawaryja], gdzie najczęstsze przypadki cholery zdarzały się w domach zbudowanych na warstwie gliny. Bombay jest położony w części na skalistym, a w części na rzecznym gruncie i WEIR nie znalazł, aby własności gruntu wpływały tam na częstosć cholery. Podobne warunki istniały w Genui i w Neapolu w 1884 r. Koch nie przyznaje również wielkiego znaczenia wodzie zaskórnej, pomimo iż w końcu lata, opadnięcie wody zaskórnej odpowiada zwyklemu pokazywaniu się cholery, teoria zaś PETTENKOFFER'a w tym względzie, według ścisłych spostrzeżeń, powinna być bardzo zmodyfikowaną.

Cholera z Indyj została zawleczoną do Europy przez komunikacyje pomiędzy ludźmi. Koch sądzi, że do reprodukcji i zdolności rozmnażania zarazka cholerycznego potrzebne są pewne właściwości wody, mianowicie woda powinna posiadać odpowiedni pokarm dla laseczników, jaki jest np. w rynsztokach, w wodach stojących, w wodach do których wpadają ścieki z jam kloacnych, lub w której ulegają rozpadowi odpadki zwierzęce.

Innego, prócz Indyj, samorodnego miejsca powstawania epidemii cholery nie znamy. Ognisko cholery znajduje się w delcie Gangesu, szczególnie tam, gdzie mieszają się ze sobą wody części delty zamieszkałej i nie zamieszkałej. Na granicy tych wód istnieje oddzielna flora i fauna drobnoustrojów, do których należy i lasecznik przecinkowy. W miejscowości tej laseczniki cholery posiadają najlepsze warunki do ciągłego istnienia. W Kalkucie do roku 1870 rocznie umierało 3,500 do 5000 ludzi, od tego czasu wskutek zaprowadzenia kanalizacji śmiertelność zmniejszyła się do $\frac{1}{3}$ części. Fort William, obok Kalkutty, chociaż nieskanalizowany, od czasu jak posiada dobrą wodę do picia, nie miewa corocznych epidemii cholery. Takie same stosunki zachodzą w Bombay, Madrasie, Lahorze i Pondichery. Również Manchester i inne miasta Europy po skanalizowaniu mają mniej przypadków cholery. Koch nie jest stronnikiem teoryi zarażenia jedynie przy pomocy wody do picia. Cholera w różnych miejscach może rozszerzać się rozmaitemi drogami, które przy ścisłym zbadaniu łatwo poznać i zastosować odpowiednie środki ochronne.

Kontagijoniści utrzymują, że cholera może być wszędzie zawleczoną, że zaś nie występuje w pewnych okolicach, tłumacząc nietykalnością mieszkańców tych okolic; i tak np. pielgrzymi rozchodzący się z Hardwar przenoszą zarazę tylko w kierunku północno-wschodnim, gdy tymczasem środkowe i południowe Indyje są od niej wolne. W czasie wojny Krymskiej pułki francuzkie, które przebyły cholereę, nie zapadały więcej na nią, świeże zaś pułki zaraz po przyjeździe przechodziły epidemiję. Tak samo objaśnia Koch nowy wybuch cholery w czasie powrotu zbiegów do miasta nawiedzzonego poprzednio przez epidemiję. Cholera, jak wspomniano, może być przeniesioną wprost z człowieka na człowieka, na dowód czego VIRCHOW przytacza następujący fakt. W czasie bardzo małej epidemii

w Berlinie w 1871 r. do Charité przybył chory na cholereę. Trzej posługacze, którzy go rozbięrali, dostali cholery, innych zaś przypadków w całym szpitalu nie było. Podobny przypadek cytuje MELHAUSEN [Toruń 1873 r.].

Cholera do Europy dostaje się przeważnie z Bombaju, zkaąd głównie wypływają okręty do Europy gdyby udało się tam zniszczyć zarazę [czego do tej pory nie osiągnięto], wygasała by ona w Europie. Cholera według Koch'a przenosi się na okrętach przewożących masy ludzi, [wojsko, pielgrzymów i t. p.] i może się rozwinąć nawet na okręcie.

Wygaśnięcie epidemii cholery Koch objaśnia nietykalnością mieszkańców, która się wytwarza po stosunkowo krótkim czasie. Nietykalność zaś nabywa się przez przebycie lub przetrzymanie choroby, nie jest jednakże trwałą, zdarza się bowiem, iż w czasie teje samej epidemii chory dwa razy zapada na cholereę. Podobnie jak jednostki tak i całe okolice mogą nabywać nietykalność. Drugą przyczyną wyjaśniającą wygasanie epidemii cholery jest krótki czas trwania zarazka cholerycznego. Nakoniec rozwój zarazka cholery jest ograniczony niekorzystnem działaniem niższej od 17° C. ciepłoty powietrza.

Na zjeździe w Berlinie w 1885 roku połączono obie teoryje o cholereze w następujący sposób: lasecznik przecinkowy jost przyczyną cholery, lecz ażeby mogła powstać epidemija, potrzebnem jest usposobienie miejscowe i czasowe, które dopiero bliżej ma być zbadane. Lasecznik przecinkowy może być przeniesiony na człowieka przez wodę lub powietrze. Za pomocą powietrza, według VIRCHOW'a, w takim razie, jeżeli cząsteczki wody w kształcie pary dostają się do powietrza. Usposobienie indywidualne także odgrywa ważną rolę.

Przeciw cholereze należy przedsiębrać następujące środki:

1-o *Dezynfekcyja* wypróżnień i wymiotów cholerycznych [5% kwas karbolowy, sublimat, chlorek wapnia i t. p.], powalanej bielizny, materaców, poduszek, ubrania. Te ostatnie przez poddawanie ich działaniu pary wodnej ciepłoty 100° C. Meble, wozy do przewożenia cholerycznych, należy wystawiać na działanie przeciągów i wysuszającego powietrza przez czas dłuższy. Pokoje po cholerycznych należy suszyć i wietrzyć przez mocne palenie w piecach, a także ściany należy bielić i t. p.. Służba powinna się myć w roztworze sublimatu lub kwasu karbolowego. Ażeby grzybek choleryczny oddalić od ludzi, należy przez kanalizacyję wydalac nieczystości, ażeby zaś przeszkodzić wniknięciu laseczników do kiszek, należy pokarmy i wodę do picia ochraniać od zarażenia. Zaprowadzac przeto: czysto utrzymywane wodociągi, targ dobrze kontrolować, a jeżeli pokarmy lub woda są niepewne, należy je przed użyciem dobrze przegotować. W celu opanowania zarazy potrzeba ściśle określić wybuch cholery. Chorych należy oddzielić, z nawiedzonych domów zdrowych usunąć i dobrze ich obmyć, unikać zbierania się mas ludzi, pociągi dróg żelaznych rewidować. Kwarantany lądowe są niepraktyczne, morskie zaś mają słusność za sobą. Biednym należy dawać dobre pożywienie, ciepłe ubranie i t. p.. Zakładać szpitale dla cholerycznych. Trupy cholerycznych obwijać w prześcieradła zmoczone w sublimacie lub w kwasie karbolowym i w ciągu 24 godzin grzebać na wyznaczonem specjalnie miejscu. Trupów nie można przewozić do innej miejscowości

2-o *Leczenie*: przy wybuchnięciu cholery daje autor makowiec, a przy silnych wymiotach i kurczach morfinę. W okresie asfiksyi zaleca obwijanie w gorące prześcieradła i środki pobudzające. Przy pragnieniu lód. W okresie reakcyjnym ciepłe kąpiele [po 28° R. 3 razy na dzień po 30 minut] i ścisła dyjeta. Według EICHHORST'a stosują przy cholereze:

1-o *Narcotica*; 2-o *Stiptica*; 3-o *Drastica*; 4-o *Emetica*; 5-o *Nervina*; 6-o *Antiparasitica*, [kwas karbolowy, chinina, kalomel]; 7-o *Venaesectio*;

8-o *Transfusio*; [krwi, słonej wody, mleka]; 9-o Podskórne wstrzykiwania roztworów soli kuchennej; 10-o Ławatywy z krochmalu; 11-o Wdechania tlenu 12-o Elektryczność; 13-o Ławatywy dezynfekcyjne CANTANI'ego. MARAGNO chwali podskórne wstrzykiwania CANTANI'ego i SAMUEL'a.

Bronisław Chrostowski.

4. H. Richter. O wydzielaniu fermentów przez wibryjona cholery azyjatyckiej Koch'a.

Wibryjon Koch'a wydziela podczas wzrostu swego substancję, która objawia działanie peptonizujące, niezależnie od czynności życiowych mikroba, innymi słowy wibryjon choleryczny wytwarza nieupostaciowany peptonizujący ferment. Pierwszy to raz wykazaniem zostało, że ferment grzybka rozsiewkowego może okazać chemiczne działanie po oddzieleniu od komórek wytwarzających go [*resp.* po zabiciu wibryjonów cholery w ciepłocie 60° C. przez pół godziny], analogicznie z fermentami wyższych ustrojów. Działanie fermentacyjne wibryjona cholerycznego objawia się rozpuszczaniem skrzepłego białka. Posiada on własność peptonizowania po dłuższym czasie znacznej stosunkowo ilości kleju i przedstawia pewne podobieństwo do pankreatyny, mianowicie, przeciwnie niż pepsyna, objawia najsilniejsze działanie w roztworze alkalicznym, jakkolwiek nie traci zupełnie tych własności w roztworze obojętnym i słabo kwaśnym. Podczas gdy pankreatyna wystawiona przez 24 godzin na wpływ ciepłoty 35° C. znacznie osłabia się w działaniu, ta wibryjon choleryczny właśnie w tej ciepłocie najsilniej działa, nawet po kilku dniach. Wyższa dopiero ciepłota 80—100° C. osłabia i wreszcie niszczy ferment po dłuższym czasie. Obecność niektórych soli, jak węglanu sodu, salicylanu sodu, przyspiesza znacznie rozpuszczające działanie fermentu wibryjona cholerycznego [podobnie jak się rzecz ma z pankreatyną].

Wibryjon choleryczny wytwarza również inny ferment: dyjastatyczny. W materjale odżywcym, zawierającym tylko ciała białkowe i sole, wobec wibryjona Koch'a, odczyn płynu odżywczego staje się silnie alkalicznym wskutek wytwarzania amonijaku. Przy obecności cukru trzcinowego, owocowego i gronowego, następuje pod wpływem wibryjona cholerycznego rozkład cukru z wytworzeniem kwasu, tak, że odczyn płynu odżywczego stopniowo traci alkaliczność i staje się słabo kwaśnym. Ta sama zmiana odczynu następuje również, gdy zamiast cukru gronowego w płynie odżywcym znajduje się kłajster krochmalowy. Pod tym względem *Vibrio pruteus* FINKLER'a zachowuje się analogicznie z wibryjonem cholerycznym; dla wyjaśnienia powstawania kwasu w tym przypadku trzeba przyjąć, że mączka przechodzi najprzód w postać rozpuszczalną i zdolną do dyjosmozy, to jest, że z mączki wytwarza się gatunek cukru poza obrębem ciała drobnoustroju przez jego pośredni wpływ i że ten cukier rozłożony zostaje przez wibryjony z wydzieleniem kwasu. Zarazem jednak trzeba przypuścić koniecznie wytwarzanie się fermentu dyjastatycznego. Wprawdzie nie udało się autorowi wykazać cukru gronowego w płynie odżywcym zmieszany z kłajstrem wyjalowionym i następnie zaszczeplonym wibryjonem cholerycznym, lecz tłómaczy się to tem, że wytworzenie cukru gronowego odbywać się może bardzo powolnie i że tenże natychmiast pod wpływem życiowych czynności wibryjonów zostaje rozłożony.

Wobec tych wyników zachodziło pytanie, jakie działanie wywiera peptonizujący ferment wibryjona cholerycznego na białko żywych komórek, czy mianowicie niszczy protoplazmę komórek, na przykład czerwone krążki krwi. Autor przekonał się, że nieznaczna ilość fermentu wibryjona cholerycznego nie działa szkodliwie na ciała czerwone krwi, a nawet przeciwnie zdaje się je dobrze zachowywać. Trzeba więc przyjąć, że żywa dyskoplazma ciałek czerwonych silnie opiera się działaniu fermentu w tej ilości, która już mocno peptonizuje żelatynę.

Wiadomem było, że w hodowli wibryjona cholerycznego na płytkach, czerwone ciała krwi dodane do żelatyny znikają dookoła kolonij i to na znacznie większej przestrzeni niż sięga rozpuszczenie żelatyny, z tego zaś wyprowadzono pierwiastkowo wniosek, że pasorzyt cholery wytwarzać musi odrębny silny jad, niszczący ciała krwi w wysokim stopniu.

Tymczasem według badań autora przypuszczenie owego jadu staje się wątpliwem. Pod tym względem wibryjon cholery zachowuje się podobnie jak łasicznik tyfusowy. Obumieranie ciałek krwi w obecności żywych bakterij przypisać raczej należy innym wpływom, być może przedewszystkiem odciąganiu tlenu przez bakteryje.

(Arch. f. Hygiene T. V. str. 241—264. 1886).

W. Mayzel.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na pierwszym tegorocznem posiedzeniu klinicznym [18. I. 1887] tutejszego Towarzystwa lekarskiego, kol. MATLAKOWSKI przedstawił chorą dotkniętą twardzielą nosową (*rhinoscleroma*) ze znacznymi chorobowemi na skórze błonie śluzowej nosa i w krtani, obiecując opis drugiego jeszcze, spostrzeganego również przez siebie, przypadku wraz z obszerniejszem studjum o tem cierpieniu zakomunikować na jednym z najbliższych posiedzeń.

Następnie według porządku dziennego posiedzenia kol. KRAMSZYK ZYGMUNT mówił o związku łuszczyki z jaglicą.

Rozwój łuszczyki w najprostszy sposób można wytłómaczyć sobie przez posunięcie się sprawy chorobowej z łącznicy na rogówkę, czyli że łuszczykę można by uważać jako jaglicę rogówki. Tłómaczenie to jednak nie wytrzymuje krytyki z tego głównie względu, że łącznica gałkowa prawie zawsze jest wolną od guziczków jaglicowych, nie ma więc nigdy ciągłości pomiędzy zmianami chorobowemi, istniejącemi na łącznicy i na rogówce. Pogląd ten, który dawniej był panującym, w obecnych czasach ustąpił miejsca teoryi traumatycznego pochodzenia łuszczyki. Według tego znów tłómaczenia nierówna powierzchnia łącznicy dotkniętej jaglicą, drażni ustawicznie rogówkę, a długotrwałe podrażnienie prowadzi zwolna do rozwoju łuszczyki. Jednakże trudno, aby i taki pogląd mógł się ostać w oftalmologii, ze względu na często bardzo napotykaną niestosunek pomiędzy stopniem zmian jaglicznych na łącznicy i łuszczyką na rogówce; przy nieznacznym zmianach na łącznicy istnieć może rozległa łuszczyka na rogówce i odwrotnie, lecz co więcej łuszczyka rozwija się czasem przy tak małych zmianach na łącznicy, że takowe literalnie drażnić rogówki nie mogą, a czasem rozwija się ona w bardzo wydatnym stopniu przy zablźnionej po jaglicy, a więc gładkiej błonie łącznicowej. Toż samo tyczy się i rozległości obu tych równocześnie spostrzeganych spraw chorobowych, zazwyczaj i pod tym względem istnieje wyraźny niestosunek. Wprawdzie, co stanowi nawet główną zasadę teoryi traumatycznej, łuszczyka rozwija się zwykle pod powieką górną, lecz długość łuszczyki powinnaby być stałą, a brzeg jej poziomym, czego nigdy prawie nie spotykamy. Wreszcie zarówno dobrze można widzieć łuszczykę u dołu z boków, a często otacza ona w okolo brzeżne części rogówki.

Jeśli natomiast uznać łuszczykę jaglicową za łuszczykę zbawczą, powstającą na miejscu i skutek wrzodów rogówki, najczęstszego powikłania jaglicy, to powstawanie jej da się daleko jaśniej i prościej wytłómaczyć; podczas przewlekłego przebiegu choroby, często bardzo rozwijają się na rogówce owrzodzenia, nieraz bardzo drobne, głównie blisko brzegów, a niekiedy zwłaszcza występując

w większej liczbie, umiejscowione w kierunku cięciwy lub współśrodkowo do brzegu rogówki; wrzody te czasem znikają bezpośrednio, niekiedy zaś goją się za pośrednictwem naczyń rogówkowych. Często powiększają się one lub zlewają ze sobą, a takie duże owrzodzenia goić się mogą li tylko za pośrednictwem naczyń rogówki. Postać luszcзки odpowiada wtedy zawsze postaci wrzodu, na miejscu którego się rozwinęła, a miejsca gdzie ją widzimy ściśle są odpowiednio miejscom rogówki, w których owrzodzenia zdarzają się najczęściej. Często zdarza się widzieć, rozleglejsze zwłaszcza owrzodzenia, niecałkowicie pokryte luszczką, a niekiedy znów spotkać można ograniczone i zagłębione plamy, które wyraźnie dowodzą, że w danym przypadku wrzody poprzedziły, a więc co łatwo zrozumieć musiały ją wywołać.

Z kolei kol. KAMOCKI wygłosił o leczeniu operacyjnym oderwania siatkówki.

Jakkolwiek każdy prawie ze stosowanych dotąd sposobów operacyjnego leczenia oderwania siatkówki ma za sobą pewną ilość przypadków o pomyślnem zejściu, to jednak żadne z nich, bo ani proste przekłucie siatkówki, ani cięcie białkóvkowo nacyniówkowe z wypuszczeniem przesięku podsiatkóvkowego, ani wreszcie przedrenowanie oka za pomocą złotej pętli filtracyjnej, nie pozyskał sobie ogólnego uznania u tegoczesnych oftalmologów. Natomiast sposób, przeciwko któremu pozornie z góry możnaby czynić bardzo ważne zarzuty, a mianowicie proponowana przez DROUSART'a irydektomija, zastosowana w porę, zdaje się być skuteczną metodą operacyjną. W początkach mianowicie oderwania siatkówki, jak o tem przekonał się DROUSART, ciśnienie wewnątrzoczne zawsze bywa podniesionem i wtedy właśnie wycięcie tęczy działa bardzo skutecznie, zmniejszając, a właściwiej mówiąc, regulując toż ciśnienie. DROUSART na ostatnim zjeździe oftalmologów francuzkich zakomunikował swą statystykę, z której dowiedziano się, że na 40 przypadków odklejenia siatkówki, leczonych według jego metody, w 18 otrzymano całkowite wyzdrowienie. Za wynalazcą poszło już kilku oftalmologów, a sam prelegent zastosował ją w dwu przypadkach. Pierwszy dotyczył 60-letniej żydówki cierpiącej na oderwanie siatkówki od 10 tygodni; oderwanie to zajmowało wewnątrzny, głównie górny odcinek siatkówki. W 10 dni po operacji chora, która przedtem rozpoznawała jedynie poruszenia ręki na stopę przed okiem, mogła liczyć pojedyncze palce, na 18 stópi czytała litery hebrajskie Nr. 18 JAEGER'a; stan ten pozostał po dziś dzień. Siatkówka na niewielkiej tylko przestrzeni pozostała nieprzyklejona, lubo pole widzenia bardzo znacznie się rozszerzyło. Drugi przypadek dotyczył 20-letniej służącej, która, obok wysokiej krótkowzroczności ze zmianami zanikowemi na nacyniówce i siatkówce, od sześciu miesięcy miała w lewym oku oderwanie siatkówki pochodzenia traumatycznego. Tutaj metoda DROUSART'a nie dała prawie żadnego wyniku, czego można było się spodziewać, lubo chora mówiła, że widzi po operacji nieco lepiej niż przed nią. K. przypuszcza, że w oderwaniach pochodzenia urazowego za skuteczniejsze od operacji DROUSART'a, powinno być uważaniem szerokie cięcie białkóvkowo-nacyniówkowe.

Kol. BUJWID komunikował wyniki szczepień wściekliczny metodą PASTEUR'a. Co się tyczy doświadczeń na królikach, to z 12 szczepionych przez trepanacyję rdzeniem kręgowym wściekłego psa i inokulowanych ochronnie lub leczniczo, zdechło 8, przeżyło zaś 4; z 5 królików szczepionych pod skórę i inokulowanych ochronnie wszystkie przeżyły; z 19 szczepionych przez trepanacyję i nieleczonych, przeżył 1. Co się zaś tyczy szczepień-leczniczych na ludziach, pokąsanych przez psy wściekle [110], koty [9] i konia [2], to z 121 chorych zmarł tylko 1 przy objawach wściekliczny. Kolega BUJWID przypuszcza, że stopień prawdopodobieństwa, iż zwierzęta kąsające były istotnie wściekle, wynosi w jego przypadkach 90%, gdyż o 10% sam sprawdził to przez szczepienie

królikom rdzenia psa który kąsał, w 60% były świadectwa weterynaryi, a w 20% sami pokąsani opisywali bardzo szegółowo objawy wścieklizny u zwierzęcia. Nad żadnym z tych odczytów dyskusyi nie było.

* * *

Od Redakcyi: Dzięki ofiarności jednego ze współwłaścicieli GAZETY naszej, który podjął się sam ponosić koszta, wypływające z podobnego zwiększenia objętości pisma, będziemy pomieszczali sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, nie uszczuplając w niczem dotychczasowej objętości GAZETY, a mianowicie od czasu do czasu Numer będzie 2-arkuszowy, tak, że roczna objętość GAZETY będzie taka sama jak dotychczas, plus protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Towarzystwo lekarzy czeskich [Spolek českých lékařův] w Pradze, które w życiu umysłowym lekarskiem Czechów odegrało i odgrywa pierwszorzędną rolę, obchodziło w dniu 24 b. m. rocznicę 25-letnią swego założenia. Prócz wysłania na dzień obchodu jubileuszu gratulacyjnego telegramu, „Gazeta Lekarska“ niniejszem składa ponownie życzenia, aby Towarzystwo wspomniane i nadal netylko utrzymało się na tym samym poziomie, lecz nawet wyniosło się *ad maximum*

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 1 Lutego 1887 r. o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) MEYERSON. Zupełne błoniaste zarośnięcie otworów tylnych nosa.
- 2) DOBRZYCKI. Wątroba wędrująca.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

PACANOWSKI. Nerwice żołądka [odbitka z Kroniki lekarskiej].

55 dysertacyj doktoryzacyjnych z r. 1885/6 od biblioteki petersburskiej Akademii wojskowej lekarskiej.

Do dzisiejszege N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Katalog nowych dzieł lekarskich za miesiąc Grudzień roku zeszłego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Oblakanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—1

KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów **Hewelkego i Krajewskiego**. Wydawca D-r **Sierpiński**.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 2 kop. 50

półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracyi i Ekspedycyi Marszałkowska 116 6—3

Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-ej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE (Wilhelmsquelle)

Ewyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen in Bad-Ems.

0—2