

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYZYNEK KLINICZNY DO ETYJOLOGII

I TRWANIA OKRESU WYLEGANIA SIĘ NIEŻYTOWEGO ZAPALENIA MIGDAŁKÓW

(*Angina follicularis*) u dzieci.

Podar

D-r Med. Ludwik Wolberg,

lekarz ambulatoryjum szpitala starozakonných.

W podręcznikach pedyjatrii, jakoteż patologii i terapii szczegółowej [VOGEL, HENOCH, NIEMEYER, BAGINSKY], krótkie i bardzo niepewne znajdujemy wzmianki co do etyjologii wspomnianego cierpienia. Autorzy utrzymują zaledwie, że *angina catarrhalis* występuje niekiedy nagminnie [NIEMEYER, HENOCH], że czasami zaraźliwą jest od osoby [WŁ. BRIGAŃSKI], nadto nie więcej. O trwaniu okresu wylegania się tej choroby, a nawet o istnieniu takiego okresu w żadnym z podręczników nie spotkałem wzmianki. W peryjodycznej jednak literaturze nieliczne wprawdzie, lecz poważne znajdujemy dowody, że istota tej choroby zajmowała już umysły badaczy, choć, co prawda, dopiero przed sześciu laty zwrócono uwagę na etyjologię tego cierpienia. Mianowicie w roku 1888 B. FRAENKEL w artykule p. t. *Angina lacunaris et diphtheritica*, drukowanym w № 17 *Berl. klin. Woch.*, ogłosił wyniki własnych badań bakteriologicznych nad daną chorobą. On pierwszy zajął się badaniami tego rodzaju, choć już przed nim FRIEDREICH [VÖLKMANN'S *Vorträge* Nr. 75] uważał zapalenie gardła za chorobę zakaźną, a przynajmniej tę jej postać, przy której znajdował obrzmiałą śledzionę; rzucił zatem w roku 1886 pytanie, czy *angina follicularis* jest chorobą zaraźliwą od osoby, t. j.: czy wytwarza się przy niej *contagium*? Na pytanie to odpowiedział twierdząco, przytaczając na dowód opisy kilku domowych epidemij. FRAENKEL w badanej przez siebie wydzielinie u dotkniętych rzeczonem cierpieniem znajdował bardzo dużo rozmaitych bakterij, większość ich stanowiły stafilokoki; obok nich znajdował także pałeczki krótkie i długie, a także nitki *Leptothricis*. Hodowle wykazywały zawsze obecność *staphylococcus pyogenes albus et aureus*. W zdrowej gardzieli znajdują się też same drobnoustroje; a ponieważ przy zapaleniu gardła innych nie znaleziono, uznaje przeto FRAENKEL, że nadmierny ich rozwój przy specjalnych okolicznościach stanowi patogenię cierpienia. W dyskusji nad odczytem FRAENKEL'a] [w *Berl. Tow. Lek.*] powiedział GÜTTMANN (*Berl. klin. Woch* 1886. Nr. 17), że przy wszy-

stkich ropieniach znajdują się bakteryje ropne, odmawia zatem swoistości bakteryjom, znajduwanym przy zapaleniu gardła. SEIFERT natomiast (*Ueber Angina lacunaris. Wien. med. Woch. 1886. Nr. 40*) potwierdził spostrzeżenia FRAENKEL'a.

Bardzo cenną pracę w danej sprawie ogłosił w r. 1888 [Gazeta Lekarska № 27] rodak nasz, D-r CZAJKOWSKI, p. t. „Przyczynek do etyologii samoistnego ostrego nieżytu gardzieli (*Angina catarrhalis acuta idiopathica*). Obserwował on w r. 1883 bardzo rozległą epidemiję tego cierpienia w wojsku; podległo mu 311 żołnieży, przyczem zdarzały się epidemije domowe, dotykające 3—4, a nawet 7 osób, gdzie nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że choroba przenosiła się od osoby do osoby, a inkubacyja trwała 3—4 dni. W zawartości szczelin migdałów znajdował CZAJKOWSKI stale: *staphylococcus pyogenes albus et aureus, streptococcus pyogenes*.

Oto cały dorobek literacki w tej sprawie, gdyż, jak słusznie zauważył GUTTMANN, *angina catarr.* bardzo rzadko stanowi materyjał szpitalny; zwykle zdarza się w ambulatoryjach i w praktyce prywatnej i dlatego nie dokonano nad nią wyczerpujących badań.

Trzy przypadki rzeczony choroby, u trojga dzieci tej samej rodziny przemennie spostrzegane, jasne rzucają światło na tę sprawę i w zupełności z punktu klinicznego potwierdzają zdania, wygłoszone przez FRAENKEL'a, SEIFERT'a i CZAJKOWSKIEGO. Ogłaszając je, żywią nadzieję, że wybitnie zakaźna natura tej choroby natchnie uzdolnionych po temu badaczy do przeprowadzenia nowych poszukiwań bakteriologicznych celem wykrycia istotnych mikroorganizmów *anginae*, jakoteż zbadania ich rozwoju, przeszczepialności i stosunku do znanego już obecnie zarazka błonicy [bakteryje KLEBS-LOEFFLER'a]; wątpiwem mi się bowiem wydaje, aby ropne mikrokoki, spotykane w wydzielinie migdałków przy *angina follicularis*, były swoistym zarazkiem tego cierpienia, gdyż spotykamy je przy każdym ropieniu, a przy zapaleniu gardła dopiero w okresie wydzielania się ropnisteo śluzu ze szczelin migdałków. Należałoby zatem stwierdzić za pomocą przeszczepiań na zwierzęta i ludzi [których ani FRAENKEL, ani CZAJKOWSKI nie dokonał], czy istotnie *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes* są przyczyną tej choroby i jaką drogą wnikają do ustroju ludzkiego [przez narządy oddechania, przez żołądek, czy przez migdałki bezpośrednio].

Po tych uwagach porzeczodę do opisu moich spostrzeżeń.

1) Dnia 14 Marca r. b. wieczorem zostałem wezwany do ośmioletniej dziewczynki Luci F. Zachorowała dopiero tego samego dnia; nie miała lanknienia, była senna, a wieczorem doznała ziębienia, dreszczyków i bólu gardła. Ciepłota 39° C. Gruzoły podszczętkowe z obu stron lekko obrzmiałe, niebolesne. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, migdały obrzmiałe, plamek na nich nie spostrzegałem. Dopiero na drugi dzień rano na obu migdałach zauważyłem kilkanaście białych drobnych plamek, nie zlewających się ze sobą. Końcem łyżeczki srebrnej nie udało mi się nie zeszkobać z powierzchni migdałków. Ciepłota opadła do 38° C., ogólny stan był weale dobry. Zaleciłem płukanie gardzieli rozcynem kwasu bornego, do wewnątrz kwas fosforny i stosowną dyjetę. Na trzeci dzień [16 Marca] dziewczynka była zupełnie zdrowa, migdały blade, z plamek oczyszczona błona śluzowa gardzieli prawidłowa. W pięć dni potem przy sprzyjającej pogodzie dziecko wyszło na przechadzkę. Choroba nie wywołała żadnych powikłań, ani następstw.

Ponieważ rozpoznanie w tym przypadku już nazajutrz po ukazaniu się objawów chorobowych nie ulegało wątpliwości (*angina follicularis*), przeto zaleconą pierwszego wieczoru izolacyję

od dwojga dzieci przerwałem już następnego dnia [15 Marca], wskutek czego dzieci te pozostawały ciągle razem w jednym dużym i widnym pokoju.

2) Dnia 19 Marca, a zatem w pięć dni od zachorowania, a w trzy dni od wyzdrowienia siostry, zachorował wśród identycznych prawie objawów młodszy jej braciszek, 3-letni Henio. Po silnej gorączce i bólu gardła zjawiły się białe plamki najsampierw na migdałowym [19. III.], a następnego dnia i na prawym, podczas gdy lewy już oczyszczać się począł. Ciepłota w pierwszym dniu wynosiła 39,0° C., a nazajutrz [20. III.] spadła do stanu prawidłowego. 21 Marca lewy migdałek był już zupełnie czysty, na prawym były jeszcze widoczne białe plamki, lecz d. 22 Marca i te znikły; chłopczyk wstał zdrowy z łóżeczka. I tutaj żadnych powikłań, ani chorób następczych nie było.

3) Dnia 22 Marca, w 3 dni zatem po zachorowaniu brata, a w 8 dni po zachorowaniu pierwszej pacjentki, zachorował i trzeci członek tej rodziny, 5-letni Kazio. Objawy i przebieg też same, co powyżej. Choroba trwała trzy dni, nie pozostawiając żadnych następstw.

Z tych historyj chorób wynika: 1) że *angina follicularis* jest cierpieniem niewątpliwie zaraźliwym od osoby, gdyż dzieci tej rodziny jedno po drugim, a nie jednocześnie zapadały na nią, przyczem zauważyć trzeba, że od zachorowania pierwszego dziecka żadne z rodzeństwa nie wychodziło już z mieszkania. Rozsadnikiem choroby była najstarsza dziewczynka, która przyniosła ze sobą cierpienie z pensyi. Od niej zaraził się najpierw brat młodszy, budową ciała i wskutek przebytych dawniej cierpień węższy od starszego brata, który, stykając się przez 8 dni z obu pacjentami, sam wreszcie także uległ cierpieniu.

2) Trwanie okresu wylęgania się *anginae follicularis* wynosi 3—4 dni. Niepodobna przypuścić, aby troje dzieci jednocześnie zaraziło się, gdyż w takim razie jednocześnie by zapadły; lekkość przebiegu zaś, tożsamość objawów i równe a krótkie we wszystkich przypadkach trwanie cierpienia dowodzą, że zarazek od jednej osoby tej rodziny przechodził na drugą.

Zarzucićby mi można, że przypadki te niewłaściwie zostały rozpoznane, że nie z niezżytym zapaleniem migdałków, lecz z błonicą w lekkiej postaci miałem do czynienia, co od razu objaśniałoby zaraźliwość choroby; lecz na obronę mam dowody następujące: charakterystyczne objawy, jakoto silna gorączka z dreszczami przed pojawieniem się plamek na migdałkach, spadek ciepłoty i zadawałający stan ogólny po wystąpieniu plamek, niezlewanie się tych ostatnich ze sobą, brak błon dyfterytycznych na migdałkach, niesłuchanie krótki i lekki przebieg, brak powikłań i chorób następczych: oto kliniczne [objawy, potwierdzające rozpoznanie.

Na zakończenie jedna jeszcze uwaga. Rzeczona choroba nie stanowi prawie nigdy, jak już powiedziałem, materiału szpitalnego, w praktyce zaś podobne wystąpienie jej u kilkorga dzieci tej samej rodziny rzadko się przytrafia; z tego więc względu materiały moje są skąpe, a ośmielałem się ogłosić go jedynie dlatego, że potwierdza w zupełności badania FRAENKEL'a i spostrzeżenia CZAJKOWSKIEGO, których od roku 1888 [resp. 1886] nikt dotychczas nie potwierdził, ani też nie obalił.

Stwierdzenie zaraźliwości *anginae follicularis* nasuwa też pewne uwagi praktyczne, dotyczące izolowanie rodziny, gdy jedno z dzieci w niej zachoruje. Dotychczas nie zalecano odosabniania zdrowych od chorych; uważano bowiem chorobę za wynik przeziębienia, nie obawiano się zatem zgoła zakażenia od oso-

by chorej; obecnie, ze względu na lekkość przebiegu tego cierpienia i pomyślne zawsze zakończenie — izolowanie nie stanie się warunkiem *sine qua non*, a tylko dzieci słabowite, a szczególnie zolizowane, limfatyczne i krzywicowe, których gruczoly skłonne są do ropienia, uważałbym za słuszne oddzielać od rodzeństwa, cierpiącego na nieżytowe zapalenie gardła; u tych bowiem osobników niewinna ta choroba prowadzi niekiedy do ropnia w migdale, co jest już poważniejszym powikłaniem.

II. O LECZENIU CHOLERY.

Podał

Z. Mierzyński,

ordynator kliniki dyagnostycznej.

W chwili, gdy epidemia zaczyna zagrażać już i w Warszawie, sędzę, że będzie nie bez pewnej korzyści podzielić się z kolegami spostrzeżeniami, zrobionemi bezpośrednio u łóżka chorego i w ognisku epidemii. Spostrzeżenia te nie mają pretensyi do pracy naukowej, klinicznej, gdyż w barakach na prędcy urządzonych i domach prywatnych, wobec nawału roboty, o niej mowy być nie mogło; rozpoznawanie cholery było nie bakteryjologiczne, lecz kliniczne. Mimo to sędzę, że niejakię znaczenie praktyczne mieć uwagi moje mogą.

Wszystkich chorych obserwowałem 106, z nich zmarło 32, wyzdrowiało 74. Przypadki te odnoszą się do chwili wybuchu i rozkwitu epidemii, a więc już *a priori* dawały one wyniki niezbyt pomyślne.

Ogromna ich większość była obserwowana w osadzie Siedliszcze w powiecie Chelmskim, oraz we wioskach przyległych. Oto wyniki terapeutyczne, do których doszedłem:

1) W rozwiniętej cholery [na drugi dzień i dalej po zachorowaniu] tak zwana antyseptyka wewnętrzna, o ile ją stosowałem, nie wpływa wcale na zmniejszenie ilości wypróżnień i wymiotów, nie zabezpiecza od *stadium algidum*. Ze środków przeciwnilnych stosowałem:

a) kalomel w dawkach 0,1—0,15 co 1—2 godz., 1,0 *pro die* [u dorosłych],
b) α—naftol, w dawkach 0,5 co 2 godziny, 3,0 *pro die*, c) salol, w dawkach 1,0 co 2 godziny, 6,0 *pro die*. Jednocześnie, prócz rozgrzewań butelkami, nacierañ oraz alkoholu, nic innego nie stosowałem. Gdy jednak prawie zawsze następowало *stadium algidum*, bywałem zmuszony środki te odstawiać i uciekać się do hypodermoklizm.

Z 24 chorych, leczonych w ten sposób, u 22 nastąpiło *stadium algidum*, 11 umarło.

Zato w samym początku choroby gorąco zalecam, podobnie jak się to przy tyfusie brzuszny często praktykuje, jednorazową wielką dawkę kalomelu [0,5—0,6], a w 2—3 godzin potem łyżkę oleju rycynowego, lub lepiej 2—3 urygacje czysto gorącą wodą 38°—42° C. Jednocześnie rozcierania brzucha płatami, maczanemi w gorącej wodzie, oraz do wewnątrz znaczne ilości gorących płynów,

o ile je znosi żołądek [herbata z winem, grog, odwar mięty i t. p.]. Ze 17 chorych, u 3 wystąpiło *stadium algidum*, zmarło zaś 4 [2 w *stadium algidum*, 1 z mocznicą, 1 przy objawach zapalenia opon mózgowych].

U dzieci po dawnemu kalomel *in dosi refractu* [0,005—0,01] co 2 godziny święci swe tryumfy, o tyle, o ile wogóle u dzieci wlewanie przy cholerze jest niepomysłnem. Tutaj dają kalomel nawet i przy rozwiniętej cholerze.

2) Jedynym dość pewnym środkiem powstrzymującym nadmierne wypróżnienia pozostaje enteroklizma CANTANI'ego [20,00 garbnika na 2 litry wody 40°—42°], stosowana w 4—8 godzinnych odstępach. Wypróżnienia zatrzymywały się nieraz po pierwszym jej zastosowaniu.

3) Przeciw wymiotom kalomel, kreozot, jodyna, lód po większej części okazują się bezskutecznymi. O ile tylko tętno pozwala, stosuję morfinę podskórną w okolicę żołądka oraz pryszczydła. Gdy się wymioty uspokoją, zalecam napoje tak gorące, o ile je chory znieść może, w częstych lecz niewielkich porcjach.

4) W rozwiniętem *stadium algidum* kamfora i eter podskórną niewielki wpływ wywierają na tętno; jest on albo żaden, albo bardzo nieznaczny, albo też bardzo krótkotrwały. Tutaj, bądź co bądź, święci swój tryumf hypodermoklizma. Znane mi są ostatnie zarzuty, podawane przeciwko niej, tak z faktycznego jak i z teoretycznego punktu widzenia; w swojej praktyce okazała mi jednak znakomite usługi. Hypodermoklizę stosowałem w sposób następujący: przyrząd — igła SAHLI'ego; ilość — 1 litr; skład — 6,00 NaCl, 2,00 NaHCO₃ na 1 litr. W razie silnego upadku tętna do tego dodawałem 10—15 gramów spirytrsu 96%. Wodę brałem studzienną lub rzeczną mocno przegotowaną; nie jest bowiem ważnem, aby woda była chemicznie czystą, lecz idzie o to, aby bakteryjologicznie była czystą. Później, więcej ze względów teoretycznych, skład płynu nieco zmieniłem: 5 gramów NaCl, 2 gramy NaHCO₃, 1 gram Na₂HPO₄. Nie mogę jednak twierdzić, aby w działaniu jeden płyn cokolwiek różnił się od drugiego. Miejsce: *regio ileo-coecalis*. Okolica podobojczykowa nie jest w stanie przyjąć większej ilości płynu, i guz po wlewaniu dość długiego potrzebuje masowania, aby się rozszedł. Ciężota: 40°—42°, tem wyższa, im większy spadek ciężoty u chorego. Częstość powtórzeń — zależna od stanu chorego — co 2—8 godzin. Im wyższa ciężota płynu, tem prędzysze wessanie. Ropnia nie miałem ani jednego. Wszystkich chorych, którzy otrzymali hypodermoklizmę, było 29; ogółem dostali 92 wlewań. Już w 30—40 minut występuje wyraźne wzmocnienie tętna, oraz podniesienie ciężoty ciała, nieraz o 1°—1,5° C., w przypadkach, w których oba objawy nie mają miejsca, rokowanie jest złe.

Za wskazania dla hypodermoklizm uważam:

a) *stadium algidum*, po obfitych wypróżnieniach, przy bardzo słabem, lecz wyczuwalnem jeszcze tętnie, w razie upadku ciężoty niżej 36° C..

b) *anuriam* w okresie reakcyi. Gdzie jednak wystąpiły wyraźne objawy mocznicowe, tam hypodermoklizma skutku nie osiągała.

Lekarze, powstający przeciwko hypodermoklizmie, chcieli prawdopodobnie mieć z niej *panaceum*. Tymczasem hypodermoklizma z natury rzeczy nie wpływa radykalnie na istotę choroby: zarazka nie niszczy, jest ona środkiem czysto sym-

ptomatycznym, zdaniem mojem, nieocenionym, jak tracheotomija w dyfteryi. Kto z lekarzy uważa tracheotomiję za środek leczniczy dla dyfteryi, a czy pomimo tego jest ona zarzuconą? Rzecz podobnie ma się i z hypodermoklizmą.

Wyniki terapii robią na mnie wrażenie następujące: przeciw rozwiniętej choleryze nie ma środka specyficznego; ustroj samymi własnymi siłami musi się, podobnie jak w tyfusie brzuszny i t. p., od inwazyi zarazka oczyścić. Zadaniem terapii wobec tego dostarczyć ustrojowi siły i czas po temu; jednym z najważniejszych zaś środków pozostaje hypodermoklizma.

5) Kąpiele ciepłe należy albo zarzucić, albo z niesłychaną ostrożnością, zwłaszcza w *stadium algidum*. Trzy razy tylko stosowałem gorącą kąpiel; zawsze widziałem groźny upadek tętna, tak, że nie dziw, iż od razu je zarzuciłem. Wobec niewielkiej ilości faktów, znaczenia i wpływu kąpeli nie przesądzam; w każdym razie nadzwyczajną ostrożność zalecam.

6) Makowca wewnątrz ze względów teoretycznych nie stosowałem, nie więc o nim powiedzieć nie mogę.

Reasumując powiedziane—następujący plan leczenia okazał mi się najodpowiedniejszym i jego w dalszym ciągu mam zamiar się trzymać:

W samym początku choroby kalomel 0,5—0,6 w następstwie 2—3 wlewania czystej gorącej wody; jednocześnie nagrzewanie butelkami, masaż brzucha płatami maczanymi w gorącej wodzie; obfite ilości gorących płynów wewnątrz.

Jeżeli po kalomelu wypróżnienia trwają w znacznej ilości nadal, są bez żółci, ryżowe — enteroklizma, odpowiednio powtarzana. Przeciw wymiotom — morfina podskórnie, małe ilości bardzo gorących płynów. W *stadium algidum* hypodermoklizma odpowiednio powtarzana, przetwory alkoholu i gorące płyny w znacznej ilości, o ile je żołądek znosi.

Bywają przypadki, że po jednorazowym niezbyt wielkiem wypróżnieniu występują silne wymioty i kurcze, bez dalszych wypróżnień. Tutaj za konieczne uważam wlewania czystej gorącej wody do kiszek w znacznej ilości, oraz, o ile tylko tętno pozwala, morfinę podskórnie, a kalomel 0,5 wewnątrznie. Przypadki te jednak wogóle dają złe rokowanie.

W ten sposób cały arsenał środków leczniczych ograniczyłem sobie do następujących: kalomel w wielkiej dawce, enteroklizma, morfina podskórnie, masaż płatami maczanymi w gorącej wodzie, rozgrzewania gorącymi butelkami, alkohol najrozmaitszego gatunku, gorące płyny, zwłaszcza kawa, herbata i mięta; u dzieci prócz tego kalomel *in dosi refracta*.

Nie mogę zaś dostatecznie przestrzedz gwałtownego szematyzowania i traktowania chorych na jedno kopyto z jednej strony, oraz polifarmacyi i próbowania na ślepo bez planu najrozmaitszych środków z drugiej.

Warszawa, d. 8 Października 1892.

III. PRZEROST MIGDAŁKÓW, WARUNKI POWSTAWANIA I LECZENIE NA DRODZE OPERACYJNEJ.

Przez

D-ra Teodora Herynga.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 42]

LUSCHKA w znakomitej swej monografii anatomii gardzieli najzupełniej potwierdza zdanie LINHART'a. Według poszukiwań LUSCHKI, *carotis interna* oddaloną jest od migdałka na $1\frac{1}{2}$ ctm., *carotis externa* na 2 ctm. Nader dokładne rysunki, zrobione według anatomicznych preparatów, wybornie stosunki te ilustrują, podobnie jak rysunek w pracy O. ZUCKERLANDL'a, który poniżej podaję [Fig. 6]. Okazuje się więc, że późniejsze opisy, pomieszczone w pracach HYRTL'a i RUEDINGER'a, nie są zgodne z rzeczywistością, jak tego dowiódł

Fig. 6.

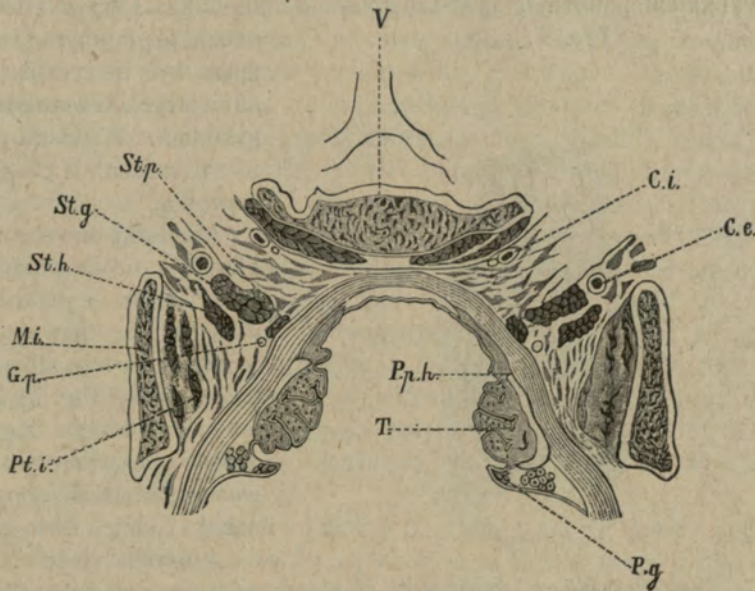


Fig. 6. Cięcie pionowe gardzieli na wysokości *proces. alveolar.* szczęki górnej. Rysunek szematyczny podług LUSCHKI.

V. Kręgi. C.i. *Carotis interna*. C.e. *Carotis externa*. T. Migdałek. P.p.h. *Arcus palato-pharyngeus*. P.g. *Arcus palato glossus*. Pt.i. *Musc. pterygoideus internus*. St.p. *Musc. stylo-pharyngeus*. St.g. *Musc. stylo-glossus*. St.h. *Musc. stylo-hyoideus*. Mi. Szczeka dolna. G.p. *Musc. glosso-pharyngeus*.

O. ZUCKERKANDL, z którego pracy szczegóły tu podane czerpię. O. ZUCKERKANDL pisze: „po przecięciu *fasciae bucco-pharyngeae* uwidatnia się przestrzeń, wypełniona tłuszczem, ograniczona] od zewnątrz mięśniem *pterygoideus*

internus, nie dochodząca jednak aż do kręgosłupa i podzielona na dwie połowy, przez pęczki mięśni: *stylo-glossus* i *stylo-pharyngeus*. W tylnej połowce leżą pomiędzy kręgosłupem a tylną ścianą gardzieli *a. carotis interna*, *v. jugularis interna* i *n. vagus*. Pomiedzy mięśniami znajduje się szpara, którą przechodzą *a. palatina ascendens* i *n. glosso-pharyngeus*; dopiero, preparując dalej ku kręgosłupowi, napotykamy *carotis interna*. Widzimy więc, że w okolicy retro-tonsylnarnej pokład mięśni i tylna ściana gardzieli oddziela migdalek od tętnicy. Naczyni zatem, o których tu mowa, tonsylootomem, ani nożem główkowatym w żaden sposób zranić niepodobna. Również nieuzasadnioną jest obawa zranienia tych tętnic przy ska-ryfikacji migdaleków lub otwieraniu ropni migdałka, przy *peritonsillitis suppurativa*. Zranienie tętnicy mogłoby tylko mieć miejsce przy niezręcznym otwieraniu ropni pozagardzielowych (*abscessus retro-pharyngeus*), lub gdyby ktoś ostry nóż skośnie pchnął w kierunku do kręgosłupa, jak to miało miejsce w przypadku podanym przez BECLARD'a.

Przy przeroście migdałka powiększa się on nie ku tyłowi, lecz ku przodowi, stosunek więc jego do naczyń w niczem się nie zmienia. FUEHRER przypuszczał, że *carotis externa*, gdy ma przebieg wężykowaty, może tworzyć wypuklenie, zbliżając ją w ten sposób do migdałka. Lecz i ten pogląd okazał się mylnym. Inna więc musi być przyczyna owych silniejszych krwotoków po tonsylootomii. Wyjaśniła ją dopiero praca O. ZUCKERKANDL'a.

Fig. 7.

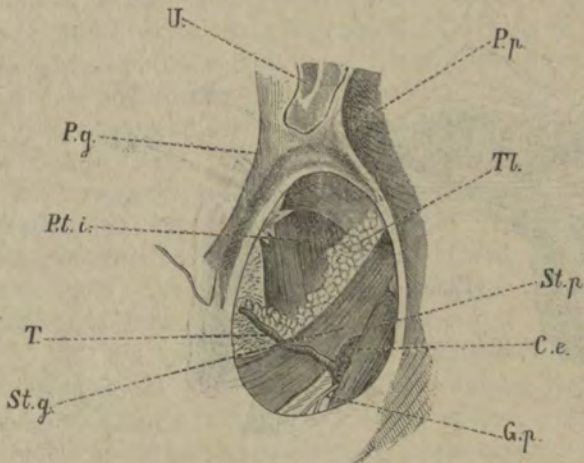


Fig. 7. Fovea retrotonsillaris, preparowana od strony ust, przez odjęcie migdałka i mięśnia *cephalo-pharyngeus*. Tętnica migdałka (*art. tonsillaris*) bierze tu początek wprost z *Carotis externa*.

P.p. *Arcus palato-pharyngeus*. P.g. *Arcus palato-glossus*. U. Języczek. Pt. i. *Musc. pterygoideus internus*. St. g. *Musc. styloglossus*. St. p. *Musc. stylopharyngeus*. T. Tłuszcz w fovea retro-tonsylnarnej. C. e. *Carotis externa*. T. *Arteria tonsillaris*. G. p. *Nervus glosso-pharyngeus*.

Ztąd wynika, że *a. tonsillaris* z chwilą, gdy przebiła włóknistą powłokę migdałka, jako taka przestaje

okazał się mylnym. Inna więc musi być przyczyna owych silniejszych krwotoków po tonsylootomii. Wyjaśniła ją dopiero praca O. ZUCKERKANDL'a.

Migdałki krew swoją odbierają z *carotis externa* za pośrednictwem *a. palatina ascendens*, która powstaje albo wprost z *carotis*, albo z *maxillaris externa* [Fig. 7]. *Art. palatina* przedostaje się pomiędzy *m. stylo-pharyngeus* i *stylo-glossus* na boczną ścianę gardzieli i daje dwie gałązki, z których jedna biegnie w błonie śluzowej około wylotu trąbki EUSTACHIJUSZA, druga, właściwa tętnica migdałka, *a. tonsillaris*, przebiega pokład tłuszczu i rozgałęzia się od tyłu w włóknistej powłoce migdałka w formie pęczków złożonych z drobnymi

istnieć. Podane tu anatomiczne szczegóły pierwszorzędnej są wagi dla zrozumienia mechanizmu krwotoków.

Wiemy, że gdy tętnica zostaje przecięta, kurczy się ona wskutek elastyczności swej ścianki, a jednocześnie światło jej, wskutek retrakcyi warstw cyrkularnych, zacieśnia się. W ten sposób mniejsze naczynia z powodu silniejszego rozwinięcia, w nich warstwy muskularnej prędzej przestają krwawić, niż większe. Zdawałoby się więc, że tętnica właściwa migdałka, jako należąca do tej kategorii, powinna szybko przestać krwawić. Że tak jednak nie jest, zależy od pewnych anatomicznych właściwości, t. j. od miejsca, w którym tętnica zostanie przecięta.

Jeżeli cięcie przechodzi przez mięszsz migdała, skurczenie się drobnych naczyń następuje szybko i krwawienie jest bardzo nieznaczne. W danym razie wystarczy przepłukanie gardła bardzo zimną wodą, aby kurcz naczyń powiększyć i krwawienie zatamować. Inne zupełnie zajdą okoliczności, jeżeli cięcie przypadło w pobliżu wnęki migdałka, t. j. w tylnym odcinku.

Ścisły bardzo stosunek pomiędzy ścianą naczynia a włóknistą powłoką, otaczającą migdałek, stoi na przeszkodzie zarówno cofnięciu się naczynia, jak i ściągnięciu się światła. Przecięta więc tętnica migdałka pozostanie ziejącą i oto powód przedłużającego się krwawienia, nie ustępującego zwykłym środkiem styptycznym. Krwotoki z migdałków przedstawiają dwa typy. Jeżeli zraniona została większa gałązka tętnicza, to natychmiast po wycięciu migdałka chory wyrzuca pełne usta krwi, której część, spływając do gardzieli i krtani, wywołuje silne napady gwałtownego kaszlu, powiększając naturalnie krwawienie. Zbyt wielka ilość krwi połkniętej bywa czasami zwymiotowaną. Chory blednie, pokrywa się zimnym potem, tętno maleje i staje się częstym. Przy dłuższem trwaniu krwawienia ustają naraz głośnie rżenia i chory mdleje, co niekiedy przyczynia się do zatrzymania krwotoku. W innych przypadkach krwawienie nie odrazu występuje wśród tak alarmujących objawów i chory co chwil kilka wypłuka krew w mniejszej lub większej ilości, ale krwawienie przeciąga się, nie ustępuje zwykłym środkiem, albo ustępuje tylko pozornie, gdyż chory, zamiast krew odpluwać, pewną jej część połyka i dopiero pojawiające się po pewnym czasie wymioty świadczą o powolnej, lecz dużej utracie krwi. Są to tak zwane krwawienia miąższowe.

Z podanych tu faktów wypływa nader ważna dla operatora wskazówka, a mianowicie: ażeby nie wycinać całego migdałka, tylko jego większą część, a ponieważ u dorosłych twarde, włókniste migdały większą posiadają liczbę naczyń, ponieważ trudno zgadnąć, czy dany osobnik nie jest do krwotoków skłonny (*haemophilia*), należy więc u tych ostatnich operować nie nożem, nie tonsylootomem, lecz, chcąc napewno uniknąć krwawienia, galwanokautyczną pętlicą.

Zanim przystąpię do opisu tego rodzaju operacyi, winienem nadmienić o możności zranienia anomalii *a. palatinae ascendentis*, o której wspomniałem już w pierwszej części, że przebiega nieraz powierzchownie z boku tylnej ściany

gardzieli, mogłaby więc przy przecinaniu migdałka ostrym nożem zostać zranioną.

W tem miejscu uważam za właściwe omówić w krótkości postępowanie w razie krwawienia po tonsylotomii. Przedewszystkiem wspomnę o tem, czego robić nie należy, potem dopiero, jakie środki okazały się najodpowiedniejszymi.

Zimna krew dla obu stron jest tu niezbędną; brak jej utrudnia bowiem lekarzowi szybkie zoryjentowanie się, choremu zaś, gdy widzi niepokój i wystraszoną twarz lekarza odbiera wiarę w możność skutecznej pomocy.

Gdy natychmiast po tonsylotomii pojawi się silniejsze krwawienie, należy zabronić wszelkiego gwałtownego chrząkania i charkania i zalecić spokojne odpluwanie zbierającej się w ustach krwi. Upewniwszy chorego, że krwawienie wkrótce ustanie, polecamy przepłukać usta lodową wodą lub trzymać kawałek lodu w ustach. Po kilku minutach oświecamy dokładnie gardziel i staramy się przekonać, czy krwotok jest mięszkowy, czy tętniczny.

W razie nadmiernie silnego krwawienia mięszkowego zalecamy płukanie zimne, ściągające, a więc z dodatkiem taniny lub alunu. Pędzlowań z *liquor ferri* należy stanowczo zaniechać. Zanieczyszczają one ranę, utrudniają wynalezienie miejsca krwawiącego, wywołują ból, gdyż zwykle rozlewa się płyn i na części zdrowe, pożytku prawie nigdy nie przynoszą, podobnie jak silniejsze przestrzykiwania gardzieli wodą, przyczem nieraz wytworzone już drobne skrzepy, zostają napowrót wypłukane. Pędzlowanie kokainą wtedy tylko jest uzasadnione, gdy zamierzamy krwotok wstrzymać za pomocą ucisku, wtedy bowiem znoszenie tamponów w jamie ust mniej jest dla chorego przykrem.

Gdyby pod wpływem kokainy, która, jak wiadomo, zwęża światło naczyń, krwawienie ustąpić miało, nie wolno lekarzowi opuścić chorego przed wpływem półgodziny, t. j. póki zwężający wpływ leku nie przejdzie; po tym czasie bowiem krwotok powtórzyć się może.

W razie, gdy spostrzeżemy strzykające lub krwawiące powoli naczynia, przedewszystkiem starajmy się uchwycić je w długie szczypczyki i skrócić (*torsio*). Gdy się to nie udaje, można próbować, idąc za przykładem CLARK'a, założyć na kikat migdałka ligaturę. Radziłbym, w przypadkach, w których pewna część migdałka pozostała w gardle i krwawi, zamiast jedwabiu użyć pętlicy z cienkiego drutu, umocowanej w zwyczajnym zaciskaczu, używanym do operacji polipów nosa, którą zakładamy na wystającą część migdałka. Po silnem zaciśnięciu drutu i skróceniu końców wyciągamy rurkę i drut obcinamy przy samym migdałku. Można by także użyć z korzyścią pętlicy galwanokaustycznej, gdy jest pod ręką, powoli przepalając resztkę tkanki.

Gdy środków tych zastosować nie można, wskazaną jest kompresyja, bądź za pomocą odpowiedniego narzędzia CASELLI'ego, bądź MIKULICZ-STOERK'a, lub twardego tamponu z waty, owiniętego gazą jodoformową, który, pochwycony w odpowiednie kleszcze, przez dłuższy czas do krwawiącego miejsca przyciskamy.

Nie notowałem dokładnie liczby wszystkich wykonanych przezemnie w domu lub szpitalu tonsylotomij, dochodzi ona jednak do sześciuset. Dwa razy dotąd zdarzyły się mi krwawienia silniejsze. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczyny 14-letniej, u której migdałek był bardzo duży i twardy. Operowałem

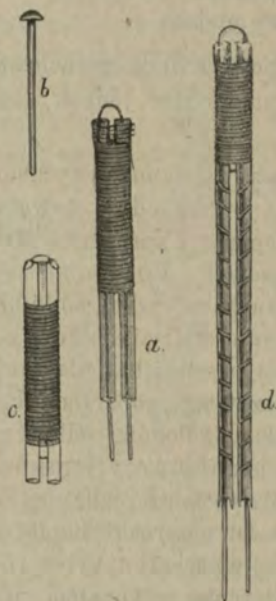
tonsylotomem MATHIEU. Krwawienie trwało przeszło godzinę, było mięszone, dało się wreszcie zatrzymać płukaniem wodą lodową z dodatkiem alunu [3jj i 5vj]. Drugi przypadek zdarzył mi się w szpitalu u człowieka 20-letniego. Migdałek bardzo twardy dochodził wielkości śliwki. Operowałem również tonsylotomem. Krwotok mięszoney trwał przeszło 2 godziny, ustąpił przy użyciu płukań ściągających i lodu. Raz jeden zdarzyło mi się widzieć silne krwawienie u studenta medycyny, któremu z powodu olbrzymiej wielkości migdałka lewego usunąłem takowy za pomocą pętlicy galwanokaustycznej. Krwawienia podczas operacji nie było wcale, natomiast wystąpiło ono na czwarty dzień po operacji, w okresie odpadania strupa. Wstrzymałem je przez użycie żegadła galwanicznego, którem przypaliłem energicznie krwawiące miejsce.

W razie krwotoku, nie dającego się zatamować za pomocą długiego ucisku, racjonalnem jest tylko podwiązanie *carotis externae*, które daje jednak 11% śmiertelności.

Metoda operowania przerostów migdałka za pomocą galwanokaustycznej pętlicy nie zyskała sobie dotąd wielu zwolenników. Na przeszkodzie stawiała przedewszystkiem drogość bateryj i potrzebnych do tej operacji narzędzi. MIRDENDORF zdaje się być pierwszym, który tę metodę stosował. VOLTOLINI, pomimo przesadnego swego entuzjazmu dla metody galwanokaustycznej, po kilku próbach porzucił ją, polecając natomiast niszczenie przerosłych migdałków za pomocą galwanokauteru. Obawiał on się w razie znacznej twardości migdałków, aby rozpalony zbyt silnie drut platynowy nie wywołał rozległego poparzenia łuków. W r. 1888 CAPART z Brukselli na 1-ym Zjeździe laryngologów, odbytym w Medyjołanie, metodę tę gorąco kolegom polecał, również jak MAURICY SCHMIDT, który wyłącznie silnie przerosłe migdałki za pomocą galwanokaustycznej pętlicy operuje. Kilka lat temu operował w mojej obecności przerosłe migdałki i przekonał mnie o wielkich zaletach tej metody, do której z początku byłem również uprzedzony. Pierwsze kroki, jakie sam w tym kierunku wykonałem, nie dały mi jednak zadawalających rezultatów. Szukałem przyczyn tego niepowodzenia i po dłuższych próbach wykryłem wreszcie źródło popełnianych błędów; po pewnych modyfikacjach, dokonanych w konstrukcyi narzędzi, doszedłem do tak zadawalających wyników, że obecnie od dwóch lat prawie wyłącznie tą metodą się posługuję. Przyczyną pierwszych moich niepowodzeń była wadliwa konstrukcyja rurek, w których pętlica z drutu się mieści i brak odpowiedniego doświadczenia. Pętlica albo nie rozpalała się dostatecznie, albo też zbyt szybko przepalała się, albo przy końcu operacji nie przepalała resztek tkanki i trzeba było ją odrywać lub nożem przecinać. W innych przypadkach ześlizgiwała się, w innych znowu zbyt silnie przypalała wewnętrzną powierzchnię łuków podniebiennych. Niepewne to działanie pętlicy okazało się zależnem od dwóch okoliczności, t. j. od materyjału, z jakiego była zrobiona, i od konstrukcyi samych rurek. Co do materyjału, zmuszony byłem z powodu drogości drutów platynowych i łatwego ich rwania się, do posługiwania się drutami stalowymi [angielskie struny fortepianowe № 7 lub 8]. Przekonałem się, że przyczyną kapryśków pętlicy były albo nieodpowiednia w stosunku do kalibru rurek grubość drutu,

rdzewienie drutu, lub pokrycie się cienką warstwą zendry, wytwarzającej się, gdy pętlica była już kilka razy rozpalaną, co znosiło przewodnictwo strumienia elektrycznego, wreszcie niedokładna izolacyja w końcu samych rurek, lub zwilżenie końców rurek płynem użytym do dezynfekcyi. Niedokładne przepalenie się tkanki w końcu operacyi zależnem było od niezupełnego wciągnięcia drutu do rurek z powodu wadliwej jej budowy. Dobre rurki do pętlicy powinny odpowiadać następującym warunkom: 1) Grubość ściany [fig. 8 a] powinna wynosić około 2 mm.; 2) rurki powinny być nie lutowane, lecz ciągnięte z miedzi i położone jedna nad drugą; 3) izolacyja powinna być dokładna, 4) pomiędzy końcami rurek, nieco skośnie ściętych [fig. 8 c], potrzeba wprowadzić małe pręcik z kości słoniowej, zakończony półkulistym wzniesieniem [fig. 8 b]. W ten sposób wciągając drut do końca rurek, pomiędzy nim a rurkami nie pozostanie wolna przestrzeń, gdyż drut dokładnie do guziczka z kości słoniowej przystaje. [Fig. 8 d]. [Rurki tego rodzaju wyrabiają: Brade w Wrocławiu i Hirschmann w Berlinie]. Rurki dezynfekują w roztworze sublimatu 1:1000, końce pilnikiem oczyszczam do metalicznego połysku. Drut powinien w rurkach przesuwac się swobodnie, niezupełnie jednak luźno i nie powinien być przed użyciem rozpalany, aby pętlicy nie pozbawiać pewnej sprężystości. Próby więc działania baterji należy odbyć na innej pętlicy jednakowej długości, t. j. mieć zawsze pętlicę rezerwową. Najlepszym okazał się zaciskacz BRUNS'a lub KUTTNER'a. Pierwszy z nich ma tę wielką zaletę, że w razie przepalenia się drutu, rezerwowe rurki nadzwyczaj łatwo założyć się dają. Naturalnie, że trzeba mieć w zapasie kilka

Fig. 8.



rezerwowych poprzecznych beleczek, służących do umocowania drutów i rurek. Rozumie się samo przez się, że przed operacyją baterjya powinna być dokładnie co do swej siły wypróbowaną i że najlepiej przed operacyją przygotować świeże kwasy, aby nie doznać zawodu. Pętlica powinna wielkością odpowiadać wielkości migdałka, który usunąć zamierzamy. Lepiej nawet zrobić ją nieco większą, nadać kształt, odpowiadający wielkości migdałka i cokolwiek zgiąć w stronę, którą operować zamierzamy, szczególnie gdy migdałek jest między łukami głęboko usadowiony. Technika operacyjna jest następująca. Po uprzednim zbądaniu, o ile migdałek przyrośnięty jest do łuków i po naciśnięciu języka szpadlem SCHLESINGER'a, nakładamy na migdałek pętlicę, bacząc, aby końce rurek znajdowały się z brzegu przedniego łuku, i nie puszczając strumienia, wciągamy powoli drut na kilka milimetrów głęboko. Wtedy dopiero naciskamy kontakt i przerywając od czasu do czasu strumień, kończymy wśród lekkiego syczenia tkanki operacyję bezkrwawą, która przy wprawie operatora w kilkanaście sekund wykonać się daje. Drut należy rozpalać tylko do żywej czerwoności, nie do białości. Jeżeli migdałki są płaskie lub za szerokimi łukami schowane, lub

zagłębione, po założeniu pętlicy wyciągamy je haczykiem lub tę czynność powierzymy asystentowi.

Chcąc zapobiedz wystąpieniu silniejszej reakcyi zapalnej, pędzujemy przypaloną błonę śluzową 10% roztworem *pyocyanini coerulei* Мерк'а, który to środek stanowczo wstrzymuje rozwinięcie się silnych zapaleń i obrzmienia.

Pod tym względem, opierając się na przeszło 100 przypadkach operowanych pętlicą, najzupełniej podzielam pogląd Брескен'а co do znakomitego działania tego środka po wszelkich operacyjach galwanokaustycznych, zarówno w gardzieli, w krtani, jak i w nosie, wbrew zdaniu niektórych kolegów, którzy zrażeni tem, że plami palce, bez dłuższego wypróbowania, zbyt szybko go odrzucili i potępiłi bezzasadnie wybornie działający środek leczniczy.

Pędzlowania te kilka dni z rzędu raz jeden dziennie powtarzać należy, póki rana nie pokryje się ziarniną i nie oczyści z szarego nalotu. Jako płukanie zalecam zwykle roztwór *natrii salicylicii* z 3β na 3vjjj przy silniejszych bólach odwar z główek makowych z 3j na 4j. Zaraz po operacyi pozwalam chorym jeść lody, mleko zsiadłe lub jajka na miękko; chleb, bułki i mięso, zarówno jak ostre i gorące pokarmy i napoje są szkodliwe, tak samo jak palenie tytoniu.

Rana pooperacyjna oczyszcza się zwykle na 5 dzień; po 8 do 9 dniach stosownie do swej rozległości jest zagojona. Przez 2 dni chory nie powinien opuszczać pokoju, nie używać alkoholu, mało mówić, unikać dymu i kurzu.

Nasuwa się kwestyja, jak postępować należy wobec obustronnego przerostu migdałów, czy operować je odrazu, czy w pewnych przestankach czasu.

U dzieci małych, u których migdałki są zwykle bardzo miękkie i nigdy prawie nie krwawią, jeżeli już podczas badania okaże się, że dzieci są niespokojne i badać się nie dają, lepiej operować oba migdałki odrazu, lecz nie tonsyлотом ale pętlicą galwanokaustyczną. Operowałem w ten sposób dzieci 2-letnie, naturalnie przy pomocy wprawnego asystenta. Dziecko, zrażone pierwszą operacyją, nieraz nieprzewyciężony, stawia opór wykonaniu drugiej. Jeżeli dziecko zachowało się spokojnie, a przerost migdałów nie dochodzi zbyt wielkich rozmiarów, można wycięcie drugiego migdałka wykonać w kilka dni po pierwszym.

Stałych prawideł postawić tu nie można, lepiej pozostawić to uznaniu lekarza. Użycie chloroformu uważam za zbyteczne, jakkolwiek niekiedy może być stosowane, np. jeżeli rodzice silny na to kładą nacisk. Raz jeden tylko na wyraźne żądanie matki operowałem pętlicą w narkozie.

Dzieci niespokojnych nie radzę operować bez odpowiedniej asystencyi. Pomocnik winien posadzić dziecko na kolanach, trzymając nóżki jego między swojemi, ręce powinny być za pomocą długiego ręcznika, kilkakrotnie owiniętego na około klatki piersiowej, unieruchomione, podobnie i głowa dziecka utrzymaną być musi za pomocą rąk, położonych z obu stron na skroni. Niekiedy rozwieracz ustny okaże się niezbędnym, gdy dziecko kureczowo szczęki zaciśnie. Radziłbym również wobec trwożliwych rodziców, nie pozwalać im asystować [przy operacyi, która zawsze w wysokim stopniu ich wzrusza.

Co do możności recydyw przerostu, zdania są podzielone. Większość lekarzy możliwości tej zaprzecza. Jeżeli mniejsza część migdałka została

wyciętą, pozostała niewątpliwie ulecz może ponownemu przerostowi, wywołanemu temi samemi, co i pierwotna sprawa, szkodliwościami.

Muszę też położyć nacisk na fakt niedostatecznie uwzględniany, że po 30 roku migdałki ulegają samowolnemu zanikowi, wskutek zaniku tkanki adenoidalnej i kurczeniu się elementów łączno-tkankowych; lecz i w takich migdałkach sprawy zapalne, a nawet ropne, zdarzać się mogą.

Operowanie u dorosłych każdego nieznacznie przerosłego migdałka, jeżeli nie staje się powodem przykrych objawów, powtarzających się często spraw zapalnych lub ropnych, choćby chory domagał się operacyi, uważam za nadużycie.

Wskazania do tonsylotomii są podwójne: profilaktyczne i przyczynowe.

Do pierwszych zaliczam operacyję u dzieci skrofulicznych, do gruźlicy usposobionych, jeżeli jednocześnie z przerostem migdałków pojawiają się znaczne obrzmienia limfatycznych gruczołów podszczękowych lub szyjowych, lub gdy dzieci takie podlegają częstym zapaleniom dyfterytycznym. Nawet przy średnim stopniu przerostu tonsylotomija będzie wtedy wskazaną. To samo odnosi się do przypadków przerostu, jeżeli towarzyszy im znaczniejszy rozwój wyrosli adenoidalnych.

U dorosłych wskazaną jest tonsylotomija:

- a) przy często pojawiających się stanach zapalnych lub ropnych,
- b) przy ograniczonych owrzodzeniach gruźliczych lub podejrzeniu na gruźlicę migdałków [sprawie o wiele częstszej, niż zwykle przypuszczają],
- c) przy ciągłym gromadzeniu się w kryptach bez objawów zapalnych wydzieliny serowatej w większych ilościach lub konkrementów, które podtrzymują podrażnienie i jeżeli migdałki silnie są przyrosłe,
- d) przy *mycosis leptothricia tonsillaris*, uporeczywej, wywołującej przykre dla chorego objawy.

Wogóle tonsylotomija wskazaną będzie zarówno u dzieci, jak u dorosłych, gdy wywołuje ważniejsze zaburzenia bądź w funkcyi polykania, bądź oddechania.

Środki ściągające lub żrące są bezpożyteczne, lub bolesne. Niszczenie dużych migdałów za pomocą galwanokauteru w ostatnich czasach niesłusznie jest nadużywane; naraża bowiem pacjenta na niepotrzebną stratę czasu, prowadzi czasem do bolesnych zapaleń i wobec możności szybkiego a doraźnego usunięcia cierpienia za pomocą tonsylotomu lub pętlicy, w wyjątkowych tylko razach, np. gdy chory obawia się operacyi, lub pozostałe wyniosłości po tonsylotomii nieudatnej zniszczyć należy, może mieć swą racyję bytu.

Kwestyję stosowania galwanokaustyki w chorobach nosa, gardzieli i krtańi i coraz częstszych nadużyć tej metody, jak również zbyt małe akcentowanie ujemnych jej stron, omówię w innem miejscu.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 42].

Wszelkie zaburzenia w trawieniu usposabiają do przyjęcia zarazka. Przy niedostatecznem lub zniesionem wydzielaniu zarazek nie znajduje przeszkód do przejścia w stanie żywotności w dalsze ustępy przewodu pokarmowego, natomiast sprawy przebiegające z wydzielaniem nadmiernem zdawałoby się jakoby siłę jego osłabiały, nawet niweczyły. Jest to pogląd więcej teoretyczny, a danych klinicznych pod tym względem nie posiadamy. Niewątpliwie odgrywa tutaj znaczną rolę mniej lub więcej szybkie wydalanie, sprawność odźwiernika, stan kiszek. Przy wydalaniu przyspieszonym szansa zakażenia jest większą: na zniszczenie bowiem zarazka potrzeba pewnego czasu, według KITASATO' a, dla 0,2% HCl 4—5 godzin. Sprawy fermentacyjne w żołądku chyba w znacznym tylko stopniu mogłyby przeciwdziałać zarazkowi: wszystkie bowiem kwasy organiczne w daleko większem stężeniu, niż HCl, okazują nań zabójcze działanie.

Nie ulega wątpliwości, że biegunki rozmaitego rodzaju, zwłaszcza pochodzenia zakaźnego, usposabiają do przyjęcia zarazka, a usposobienie to można objaśnić nie przez wzmożoną perystaltykę jelit, a raczej przez zaburzenia w ściankach kiszek i zбочenia w trawieniu żołądkowem. Ogólnie panuje pogląd, że zrzparcia stolca podczas epidemii usuwać nie należy; pogląd ten ma rację o tyle, że w przebiegu habitualnego zaparcia środki czyszczące zwykle są przeciwwskazane, samo zaś zaburzenie o tyle wpływa niekorzystnie na możliwość zakażenia, że zarazek długo w kiszkach przebywa i że błona śluzowa kiszek znajduje się w stanie nieżyłowego zapalenia.

Wszelkie przyczyny, bezpośrednio lub pośrednio wpływające na sprawność przewodu pokarmowego, w zakażeniu tem niemalą odgrywają rolę, a więc nie tylko głodzenie się z powodu braku podniety, lecz i nadmierne używanie pokarmów, które znaczną ilość HCl związują, dalej zmęczenie, strach, przeciążenie pracą mechaniczną i umysłową, przeziębienie i t. d.. Również nie bez wpływu pozostają zaburzenia organiczne różnych narządów lub sprawy ogólniejszej natury, które nie tylko wpływają na trawienie, lecz i na odporność elementów upostaciowanych, choć te ostatnie w choleryce, o ile się zdaje, mniejszą niż w innych zakażeniach rolę odgrywają; a jeżeli mają pewne znaczenie, to odnieść je raczej należy do wyników zakażenia, aniżeli do jego powstania; więcej bowiem tutaj zależy od ilości zarazka, od mniej lub więcej sprzyjających warunków rozwoju w środowisku, od szybszego lub wolniejszego jego wydalania, aniżeli od przenikania do błon jelitowych.

W jakiż sposób zarazek może się przedostać do ustroju? Źródło jego stanowią wypróżnienia cholerycznych, rzadziej wymiociny. W rozmaity sposób czynnik zakażający przeniknąć może do dróg pokarmowych, choć bezpośrednio przenikanie bynajmniej nie jest w stanie objaśnić całych epidemij. Na pierwszym miejscu częstość zapadania na cholerykę powinnaby paść na najbliższe otoczenie chorego, t. j. na lekarzy, dozorczyńnię, posługaczy i praczki; sprawa jednakowoż inaczej się przedstawia. Najmniej ulegają tej chorobie lekarze może nietylko z powodu znajomości istoty zarazka i sposobów zapobiegania, ile ze względu na krótkie przebywanie przy łóżku chorego; zresztą zakażenie tutaj powstać może przez dotykanie pościeli i chorego zawałanego wypróżnieniami, lub też gdy

czątki wymiotne dostaną się na wargi, do jamy ustnej i z tamąd do dalszych ustępów przewodu pokarmowego. W Cesarstwie podczas panującej epidemii 3-ch tylko lekarzy zmarło na cholere, co możnaby objaśnić umiejętnem zastosowaniem dezynfekcyi, której jednak do pierwszych epidemij odnieść nie można. O wiele w gorszem położeniu są dozorcynie i posługacze szpitalni, którzy stale przy chorych przebywają, ci ostatni przy ubieraniu i myciu chorych oraz przy wynoszeniu naczyń z wypróżnieniami. Najwięcej jednak na niebezpieczeństwo narażone bywają praczki, mające w rękach zanieczyszczonej wypróżnieniami bieliznę, a faktów potwierdzających to zdanie dostarcza każda epidemija.

Poprzednio mówiliśmy, że czynnik wywołujący zakażenie rozwijać się może w wodzie do picia, na powierzchni owoców i wszelkiego rodzaju materiałów spożywczych. Do wody przejść mogą zarodki albo bezpośrednio przy praniu bielizny, ze ściekami, przez grunt z nieocembrowanych jam kloacalnych, na pokarmy zaś jużto z rąk zanieczyszczonych, jużto wskutek dość rozpowszechnionego obmywania ich wodą studzienną, która unosić może w sobie zarazek choleryczny. W r. 1883 Koch w jednym z tanków indyjskich wykrył przecinkowce choleryczne, a u nas pierwszy BIERNACKI niedawno pasorzyt ten wysonbił z jednej studni lubelskiej.

Przyczyny dotychczas przytoczone mogą objaśnić pojedyncze, odosobnione przypadki, lecz nie powstawanie całych epidemij.

Ze swej kolebki Indyi, w której stale endemicznie panuje, znajdując przyjazną dla siebie glebę w wodzie i gruncie, wędruje cholera do Europy drogą lądową i morską, o wiele wolniej pierwszą niż drugą; gdy jednak w swem ognisku stale istnieje, a drogi komunikacyjne bynajmniej się nie zmniejszają, to w Europie tylko od czasu do czasu się zjawia, z początku w jednej lub kilku miejscowościach, na szczycie prawie wszystkie państwa nawiedza, a wreszcie na pewien czas wygasa. Szczególną posiada własność, której nie stwierdza się w żadnej chorobie zakaźnej; jest-to zakażenie całej wsi, miasta, okolicy wskutek przybycia jednego chorego, a przecież zarazek choleryczny jest jednym z najmniej stałych, z najmniej opornych na czynniki zewnętrzne.

Fakty te zmuszają nas do wyszukiwania sprzyjających ku temu warunków, które mogą polegać na miejscowych stosunkach.

Wzniesienie nad poziom morza w ogólności niewielki wywiera wpływ na rozwój epidemii; wiadomo bowiem, że w Indyjach i na wysokości 3000 stóp, na Kaukazie i na najwyższych szczytach Himalajów napotymano cholerycznych.

GRIESINGER twierdzi, że wpływ wyniesienia nad poziom najlepiej uwidacznia się w ograniczonych miejscowościach: owóż w kilku epidemijach w Indyjach zauważono, że w niżej położonych miejscowościach utrzymywała się cholera przez szereg miesięcy, podczas gdy więcej wzniesione prawie zupełnie były od niej wolne. Według FOURCAULT'a, w miastach nawiedzonych cholera, a zbudowanych amfiteatralnie 3 pasy odróżniać należy: część najniższą główne siedlisko zakażenia, środkową mało dotkniętą, wreszcie najwyższą zazwyczaj od cholery zabezpieczoną.

Twierdzenie to jednak niezawsze się sprawdza. W Marsylii w roku 1884—1885 najczęściej panowała cholera w wysoko położonych częściach, toż samo miało miejsce w Pradze [1849—1852], toż samo w Wiedniu [1854], gdzie epidemija z początku nawiedziła wyżej położone przedmieścia, a w następstwie dopiero zjawiała się w mieście.

Oczywiście samo wyniesienie nad poziom nie ma szczególnego znaczenia, a najczęściej miejscowości górskie nie bywają nawiedzane przez cholere z powodu utrudnionej komunikacyi.

Wilgotność gruntu sprzyja rozwojowi epidemii. To też pierwsze przypadki i następnie całe wielkie jej ogniska umiejscawiają się nad brzegiem rzek, zwłaszcza przy ich zakrętach, w których woda zwalnia swój bieg; miejscowości

bagniste, niskie, zwłaszcza nawiedzane wylewami stanowią dla cholery doskonałe podłoże. Tutaj nagromadza się zazwyczaj wiele materijału bardzo do gnicia podatnego. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. Pernice i Scagliosi. O wydzielaniu drobnoustrojów z organizmu.

W literaturze istnieje już dosyć prac nad wydzielaniem się mikroobów z organizmu: stwierdzono np. obecność ich w moczu przy tyfusie [NEUMANN-HUEPPE], sprawach ropnych [DOYEN], tężcu [BRUSCHETTINI] i t. d. Znajdywano je także w żółci; istnieją dane, że drobnoustroje gruźlicze, tyfusowe, ropne i t. d. mogą przechodzić do mleka. Spostrzegano nareszcie wydzielanie drobnoustrojów septycznych przez skórę [TIZZONI, BRUNNER]. Ponieważ pomiędzy wynikami, otrzymanymi w tym kierunku przez różnych badaczy, istnieją dużo punktów spornych i niejasnych, przeto autorowie przedsiębrali obszernie badania nad wydzielaniem się drobnoustrojów (*staphylococcus pyogenes aureus*, *micrococcus prodigiosus*, *bacillus anthracis*, *bacillus pyocyaneus*, *bacillus subtilis*), których bulijonowe hodowle wprowadzane były pod skórę, albo do żył u suk, świnek morskich i białych myszy. W pół godziny po wstrzyknięciu drobnoustrojów poszukiwano ich w różnych wydzielinach, a przede wszystkim w moczu za pomocą hodowli; przechodzenie wprowadzonych mikroobów przez nerki stwierdzano także przez badanie drobnowidzowe tego narządu. Poszukiwania robiono następnie co godzina lub dwie przez dłuższy przeciąg czasu, aby tym sposobem określić początek i koniec wydzielania się drobnoustrojów. Nareszcie otrzymane z wydzielin hodowle służyły do zbadania, czy drobnoustroje przechodzą przez ustrój, zachowują lub zmieniają swą jadowitość i inne własności.

Wyniki tych zmuśnych poszukiwań autorzy streszczają w następujący sposób. *Staphylococcus pyogenes aureus*, *bacillus pyocyaneus*, *bacillus subtilis* i *micrococcus prodigiosus* mogą wydzielać się z ustroju różnemi drogami: prawie zawsze z moczem i żółcią, ale także z wydzieliną nosową, przez ślinę, z sokiem żołądkowym i kiszkowym, ze śluzem macicznym i pochwowym. Drobnoustroje przechodzą także do mleka i nasienia, mogą znajdować się w przesięku oplucnowym i otrzewnowym. W jednym doświadczeniu autorzy spostrzegli przejście *bacillus subtilis* z matki na płód. Wydzielanie się drobnoustrojów zaczyna się w 4—6 godzin po wprowadzeniu ich do ustroju i trwa aż do śmierci zwierzęcia, jeśli wstrzyknięto grzybki chorobotwórcze, a kończy się po 24—48 godzinach przy stosowaniu grzybków niechorobotwórczych (*bacillus subtilis*, *micrococcus prodigiosus*). Drobnoustroje wąglika i *bacillus pyocyaneus* zachowują po przejściu przez ustrój swą jadowitość, ostatnie w nieco słabszym stopniu niż poprzednie; nie tracą także w tych warunkach własności wytwarzania barwnika *micrococcus prodigiosus* i *bacillus pyocyaneus*. Nerki przedstawiają zawsze zmiany bez względu na to, czy wprowadza się drobnoustroje chorobotwórcze, czy też nieszkodliwe: zmiany te polegają na zaburzeniach w krążeniu [przekrwieniach] i sprawach zwyrodniających w nabłonku nerkowym. W wielu przypadkach sprawa dochodzi aż do krwotocznego zapalenia kłębków (*glomerulo-nephritis*), a *staphylococcus pyogenes aureus* sprowadza ropnie.

Co się tyczy czasu, w jakim wprowadzone pod skórę drobnoustroje przechodzą do różnych płynów, to w wielu przypadkach autorzy stwierdzali znacznie wcześniej obecność ich w narządach, np. w nerkach, niż w krwi. W krwi pojawiają się drobnoustroje zwykle w 4—6 godzin po wstrzyknięciu. Na miejscu wprowadzenia — w tkance podskórnej — *micrococcus prodigiosus* może pozostawać aż

10 dni, *bacillus subtilis* 8 dni, t. j. dłużej niż trwa wydalanie tego lasecznika, a to z powodu, że drobnoustroje po kilku dniach inkapsulują się i pozostają bez wpływu na stan ogólny zwierzęcia.

Ze względu na wyniki, według zdania autorów, należy zwrócić baczną uwagę na dezynfekcyję wydzielin chorych, lub przedmiotów zanieczyszczonych przez ich mocz, ślinę, masy wymiotne i t. d., ponieważ wydzielinę tę, zawierając mikroby, mogą się przyczynić do rozprzestrzenienia zarazy. Z drugiej strony okoliczność, że ustrój oswojada się od drobnoustrojów prawie stale drogą narządu moczowego, wskazuje na potrzebę podtrzymywania dyjurezy i przepłukiwania ustroju. Z innej strony wyrażono już tę samą myśl przez stosowanie hypodermoklezy i zalecano obfite picie wody w chorobach zakaźnych [SAHLI i inni]. Zapatrywanie ostatnie uważają autorzy za tem bardziej uzasadnione, że jeden z nich [PERNICE] już przed tem stwierdził mniejszą odporność względem zarazy węglikowej u zwierząt pozbawionych wody: ma to miejsce wskutek tego, że przez brak dyjurezy łatwo następuje nagromadzenie drobnoustrojów tych i ich produktów w ustroju.

(*Deutsche medic. Wochenschrift*. Nr. 34. 1892).

E. Biernacki.

54. Guttman P. Tegoroczna cholera w Berlinie.

Oo czasu zjawienia się pierwszego przypadku cholery w Berlinie wszyscy chorzy choleryczni i podejrzani o cholere dostarczani bywają do szpitala miejskiego (*Moabit*). Począwszy od 24 Sierpnia, było ogółem takich chorych 434, wśród nich tylko u 80 skonstatowano cholere azyjatycką [15 zmarło], u pozostałych znaleziono: *cholera nostras* w 54 przypadkach, nieżyt żołądka i kiszek (*Brech-Durchfall*) w 153 przypadkach, krwawą biegunkę w 4 przypadkach, tyfus brzuszny w 4 przypadkach, różne inne cierpienia w 100 przypadkach, przyjęto do dalszej obserwacji 88 osób.

Z 30 osób, zapadłych na cholere, tylko 5 zachorowało w Berlinie, pozostali przybyli z miejsc dotkniętych cholereą. W każdym przypadku starano się koniecznie dociec źródła zakażenia ze względów policyjno-sanitarnych. Większość chorych byli to majtkowie, służący na statkach, którzy wszyscy pili wodę wprost z rzeki. W dwóch przypadkach u stałych mieszkańców Berlina również było dowiedzione używanie wody do picia ze Sprei, w dwóch innych picie wody z Odry. W jednym przypadku okazało się, że chora czuwała przez całą noc nad ciałem ojca zmarłego na cholere w mieście Sandau nad Elbą.

Rozpoznanie ciężkich przypadków cholery jest, według autora, łatwe, lekkich — trudne. Od tej reguły bywają wyjątki: tak np., w jednym przypadku bardzo ciężkim i zakończonym śmiercią okazała się cholera swojska, w innym znów — otrucie antypiryną. Rozpoznanie lekkich przypadków biegunki cholerycznej jest niemożliwym bez badania bakteryjologicznego, które powinno być obowiązkowo w takich razach przedsiębrane, gdyż chorzy podobni, przenosząc się z miejsca na miejsce, za pomocą wypróżnień własnych sięją zarazę po całym mieście, a nawet dalej. Chorzy podejrzani powinni być bezwarunkowo odosobnieni i zatrzymani w łóżku, najlepiej w szpitalu, gdzie jest możliwym zbadać i zdezynfekować wypróżnienia. Trzeba się wogóle wystrzegać rozpoznawania cholery bez badania bakteryjologicznego; autor wielokrotnie widział przypadki *cholerae nostratis*, które klinicznie przedstawiały się daleko groźniej i częściej były do cholery azyjatyckiej podobne, niż lekkie przypadki tej ostatniej. W 10 przypadkach badano, jak długo przecinkowiec Koch'a w wypróżnieniach w przebiegu cholery zdolnym jest do rozwoju i znaleziono, że w jednym przypadku przecinkowiec zdolny był do życia po 5 dniach, w dwóch — po 7, w dwóch — po 8, w dwóch — po 9, w jednym — po 10. W jednym zakończonym śmiercią po 8 dniach z zawartości kiszek wyhodowano przecinki cholery-

czne. Wypróżnienia choleryczne umieszczone w lodowni po 20 dniach nie zawierały już zdolnych do życia pasorzytów cholerycznych.

Z mokrej bielizny, powalanej cholerycznymi wypróżnieniami, po tygodniu można było wyhodować przecinki. Wypróżnienia same rzadko kiedy były „ryżowe”. Te ostatnie zjawiały się zawsze w najcięższych przypadkach. W większości jednak przypadków były one zabarwione żółcią, tym więc sposobem nie należy żółciowych wypróżnień uważać za objaw, wykluczający cholere. Białe zaś płatki pływające w wypróżnieniach nie należy znów uważać za *signum pathognomicum* wypróżnień cholerycznych, gdyż płatki takie zdarzają się w wypróżnieniach przy różnych zapalnych sprawach w kiszkach. Tylko bakteriologiczne badanie takich płatków może wątpliwość rozstrzygnąć.

W symptomatologii cholery wydzielenie moczu gra bardzo ważną rolę. Nawet w bardzo lekkich przypadkach cholery mocz jest nader skąpy, albo go wcale nie ma, tymczasem *anuria* bardzo rzadko zdarza się przy *cholera nostras*. Badania anatomo-patologiczne [wykonane w 15 przypadkach] doprowadzają GUTTMANN'a do znanych zresztą wniosków, że nie ma żadnych poszczególnych swoistych zmian patologicznych, właściwych wyłącznie cholere azjiatyckiej. Za najcharakterystyczniejszy kompleks zmian cholere właściwych G. uważa: zupełnie pusty pęcherz, śródmiąższowe zapalenie nerek, małą śledzionę i wylewy krwawe na przedniej części podstawy serca.

Z metod stosowanych przy leczeniu cholery autor oddaje pierwszeństwo podskórnym wstrzykiwaniom soli. Wstrzykiwanie śródżylne uważa za niepraktyczne ze względu na trudność wykonania, a szczególnie ich powtarzania u tego samego chorego. Wstrzykiwania podskórne niezawsze wprawdzie, ale najczęściej wpływały na polepszenie tętna i były wogóle dobrze znoszone. Za to wszelkie środki mające służyć do dezynfekcyi kiszek zawodziły zupełnie.

Salol albo był zrzucony, albo wprost wywoływał wymioty. Co więcej, autor przytacza przykład, gdzie salol używany profilaktycznie nie przeszkodził zakażenia cholera. Pewien majtek, którego ojciec zmarł na cholere, zaczął zażywać salol, będąc zupełnie zdrowym [miał twarde stolec]. Zażył pierwszego dnia 4 grm. salolu, drugiego dwa, tegoż wieczoru miał biegunkę, a w stolcu znaleziono przecinki choleryczne. Podobne spostrzeżenie autor miał sposobność zrobić co do kreoliny PEARSON'a, która również nie okazała żadnego wpływu przy wewnętrznym użyciu nawet jako środek profilaktyczny. Wlewania tanniny autor używał niewiele, nie mając do nich zaufania z tego względu, że rzadko mogą osiągnąć do kiszek cienkich, gdzie właśnie jest siedlisko całej sprawy. Zdaniem GUTTMANN'a, ciężkie przypadki cholery (*stadium asphycticum*) należy leczyć tak, jak wszelką zapaść (*coma*), t. j. używać metod pobudzających. Lekkie zaś przypadki cholery przechodzą dobrze przy wszelkiem mniej więcej odpowiedniem leczeniu. W końcu autor dodaje, że w ciągu 6-tygodniowego trwania cholery nikt z personelu szpitalnego na cholere nie zapadł.

(*Deut. med. Woch. Nr. 41*).

A. Puławski.

Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

27. Dermatol przy leczeniu biegunek. Już HEINTZ i LIEBRECHT, którzy otrzymali nowy lek przeciwnigilny dermatol, będący chemicznem połączeniem kwasu gallusowego z tlenkiem bizmutu, a używany dotąd w chirurgii, ginekologii, przy chorobach skórnych, usznych i ocznych, przy-

puszczali, że lek ten, posiadający własności wysuszające, ściągające i przeciwnie, powinien okazać się skutecznym przy cierpieniach przewodu pokarmowego, szczególnie zaś przy biegunkach różnego pochodzenia. Pierwsze jednak próby kliniczne z tym lekiem przy cierpieniach kiszek przeprowadzili w ostatnich czasach prof. COLOSANTI i asystent jego DUTTO ¹⁾ w Rzymie, a za ich przykładem inni lekarze w szpitalach rzymskich. Podawali oni dermatol czysty w postaci proszku, w ilości 2 do 6 gramowej dziennie w dawkach 0,20 do 0,50 lub też w połączeniu z małymi dawkami makowca, albo też w zawieszaniu w mleczance gumowej.

Autorzy wymienieni stosowali dermatol w 100 przypadkach biegunki u suchotników, w 12 przypadkach tyfusu, w 10 przypadkach krwawej biegunki, w 6 przypadkach biegunki przy zimnicy i w kilku przypadkach biegunki towarzyszącej rekonwalescencji od ostrych chorób gorączkowych.

We wszystkich przypadkach otrzymane wyniki były tak zadawalające, że autorzy ośmielają się twierdzić, że dermatol stanowi najlepszy, najmniej szkodliwy, miejscowo działający środek przeciw biegunce, wszelkiego pochodzenia.

W ostatnich kilku tygodniach, idąc za przykładem powyższych autorów, stosowałem dermatol w 5 ciężkich i uporczywych przypadkach biegunki krwawej, przyczem miałem możność stwierdzić w zupełności wyniki pomyślne podane przez autorów. Jeden z tych przypadków, jako najbardziej przekonujący, w krótkości podaję. Kobieta 35-letnia od tygodnia jest chora na krwawą biegunkę; wypróżnienia, połączone z silnymi bólami w brzuchu i wydymaniami, zawierają w znacznej ilości śluz z krwią; powtarzają się one kilka razy na godzinę. Wszelkie podane dotąd środki: olej rycynowy, kalomel, makowiec w dużych dawkach, lawatywy krochmalowe z makowcem i t. p., nie przyniosły żadnego pożytku. Wezwany 8 dnia choroby przepisałem dermatol w dawkach 1 gramowych co 2 godziny proszek i okłady ciepłe. Po 6 gramach dermatolu już zauważyć było można nieznaczna poprawę, wyrażającą się mniej bolesnymi wydymaniami i mniej obfitem wydzieleniem śluzu i krwi; pożywy jeszcze równie częste. Po dalszych 6 dawkach ilość wypróżnień znacznie zmniejszona [4 w ciągu dnia, 5 w ciągu nocy], wydymania nieznaczne, wypróżnienia śluzowe bez krwi; po dalszych 6 dawkach półgramowych 3 wypróżnienia w ciągu doby bez wydymań i bez krwi. Dalszego podawania dermatolu zaprzestałem i od tego czasu stopniowo następowała ciągła poprawa.

I w innych przypadkach biegunki krwawej wyniki były pomyślne, choć poprawa postępowała nie tak szybko, co, może być, zależało od mniejszych dawek.

Żadnego obocznego, nieprzyjemnego działania nie zauważyłem.

Spostrzeganie przezemnie nieliczne przypadki biegunki krwawej, przy których dermatol okazał się tak skutecznym, zachęcić powinny do dalszych prób z dermatolem, tak przy biegunce krwawej jakoteż i przy innych biegunkach i to jest powodem, że bez należytego wypróbowania tego leku krótką o nim wzmiankę podaję do wiadomości.

Feliks Arnstein.

28. *Oxychinaseptolum*, s. *Diaphtherinum*. Oksychinaseptol, czyli diafteryna. Jest to związek kwasu ortofenolsulfonowego, czyli kwasu sozolowego, czyli t. zw. aseptolu [przed kilku laty HÜPPE zalecił ten kwas pod nazwą aseptolu do antyseptyki. Wiadomości terapeutyczne. Gaz. Lek. 1888, str. 385] z dwoma molekułami oksychinolininy. Jeden molekuł oksychinolininy związany jest z grupą hydroksylową, drugi zaś z grupą sulfonową kwasu fenolsulfonowego; dla tego też pod względem chemicznym związek ten powinien nosić nazwę oksychinolinino-ortofenolsulfonianu oksychinolininy; dogodniejszą wszakże dla nas jest nazwa: diafteryna.

Jest to proszek żółty, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Przy wyższej ciepłocie rozpada się na swe części składowe, przyczem wydziela się oksychinolina i fenol.

Diafteryna, według badań EMMERICH'a, posiada w wysokim stopniu własności antybakteryjne. Podczas gdy fenol lub jizol w 1/2 procentowym roztworze nie zdołał zniszczyć *staphylococcus pyogenes aureus* w ciągu kwadransu, to 0,3% roztwór diafteryny zupełnie je zabijał. Roztwór diafteryny 0,2% zabija stafylokokki w ciągu godziny, a 0,1% roztwór w ciągu trzech kwadransów niszczy laseczniki zielonej ropy. Laseczniki cholery zabija w ciągu 10 minut już 0,1 procentowy roztwór diafte-

¹⁾ Untersuchungen über die therapeutische Wirkung des Dermatol. [Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 34].

ryny. Toż samo tyczy się lasecznika dyfterytu i innych bakterij chorobotwórczych, które giną pod wpływem działania przez 10 minut 0.2 procentowego roztworu diafteryny.

Na zarodniki [spory] świeże, niewysuszone oksychinaseptol działa również daleko energiczniej, aniżeli inne środki antyseptyczne, których EMMERICH używał dla porównania.

Pomimo tak silnych własności antyseptycznych diafteryna, w odpowiednich dawkach stosowana, nie wywiera wcale trującego działania na organizm ludzki i zwierzęcy.

Obok tych zalet posiada wszelako diafteryna i stronę ujemną: narzędzia metalowe nieniklowane, pogrążone w roztworze oksychinaseptolu, czernieją.

KRONACHER przez cały rok stosował diafterynę w praktyce chirurgicznej i doszedł do zadawalających wyników. Szczególnie dobrze miały się goić oparzelizny pod wpływem wilgotnych opatrunków z $\frac{1}{2}$ —2 procentowego roztworu; najczęściej wszakże używał 1%.

Na ostatnim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie D-r KLECKI odzywał się o diafterynie również z wielkiem uznaniem.

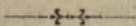
Wiktor Grostern.

29. Thymacatinum. Tymacetyna jest związkiem pochodnym tymolu, do którego stoi w takim stosunku, jak fenacetyna do fenolu. Jest to proszek biały, krystaliczny, trudno rozpuszczający się w wodzie.

Prof. JOLLY przeprowadził spostrzeżenia nad działaniem tymacetyny u 30 umyślowo-chorych i doszedł do wniosku, że środek wzmiankowany w działaniu swem podobnym jest do fenacetyny. W wielu przypadkach 0.25—1.0 tymacetyny usuwało bóle głowy, a na 26 chorych u 16 wywierało działanie nasenne.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— Przebieg epidemii cholery azyjatyckiej w Warszawie w ciągu tygodnia od Czwartku d. 13 b. m. do Środy d. 19 b. m. włącznie przedstawia się, jak następuje.

We Czwartek zachorowały w Warszawie 3 osoby, na Szmulowiznie zaś 2, a mianowicie: 2 przypadki były na Miedzianej Nr. 11, 1 na Litewskiej Nr. 6, 1 na Radzymińskiej Nr. 44 i 1 na Żąbkowskiej Nr. 37.

W Piątek zachorowały w Warszawie 3 osoby, a na Szmulowiznie 1 osoba. Z tych przypadków 2 miały miejsce na Nowem Mieście pod Nr. 23 [matka i córka], 1 na Nizkiej Nr. 33 i 1 na Radzymińskiej Nr. 20.

W Sobotę zachorowały znowu w Warszawie 3 osoby, na Szmulowiznie zaś 1. Z nich 2 zachorowały na Franciszkańskiej Nr. 8, 1 na Marszałkowskiej róg Hożej i 1 na Radzymińskiej Nr. 38.

W Niedzielę miały miejsce 4 przypadki w Warszawie i 1 na Szmulowiznie, mianowicie: 2 osoby zachorowały na Zajęczej pod Nr. 13, 1 na Rybakach Nr. 4, 1 na Miedzianej Nr. 7 i 1 na Targowej Nr. 37.

W Poniedziałek zachorował 1 człowiek pod Warszawą, a właściwie pod Wolą i 1 na Żąbkowskiej Nr. 17 na Szmulowiznie.

We Wtorek zachorowała 1 osoba na Szmulowiznie na ulicy Radzymińskiej Nr. 8.

We Środę zachorował 1 mężczyzna na ulicy Czerniakowskiej Nr. 62 i 3 osoby na Szmulowiznie na ulicy Grodzieńskiej Nr. 18 [cała rodzina].

Ogółem więc w ciągu tygodnia od 13 b. m. do 19 b. m. zachorowało w Warszawie 25 osób; z nich w samym mieście 15 osób, na Szmulowiznie 9 i na Starej Pradze 1. Według ulic były 3 przypadki na ulicy Miedzianej, po 2 na Zajęczej, Franciszkańskiej i Nowem Mieście i po 1 na Litewskiej, Marszałkowskiej, Czerniakowskiej, Rybakach, Nizkiej i na Woli, na prawym brzegu Wisły 4 na Radzymińskiej, 3 na Grodzieńskiej, 2 na Żąbkowskiej i 1 na Targowej.

Przypadków śmierci było w ubiegłym tygodniu 7. Wszystkiego zaś zmarło dotąd na cholere 42, a zachorowało 84 ¹⁾ + 25 = 109.

W. Janowski.

¹⁾ Cyfrę z pierwszych 2 tygodni zmniejszamy o 2 [z 86 na 84], gdyż po bliższem zbadaniu w 2 przypadkach [z których 1 na Nowolipiu i 1 na Lesznie] zupełnie wątpliwych pod względem kli-

— Cholera w Królestwie Polskim, słabego, jak wiemy, natężenia, prócz Warszawy, gubernii Lubelskiej, Siedleckiej i Kieleckiej, pojawiła się w ostatnich czasach w gubernii Radomskiej [w powiecie Opatowskim i Sandomierskim].

— Kol. GIEDROYĆ mianowany został ordynatorem szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

— Kol. MIECZYŚLAW GOLDBAUM [Maryjańska 9], sprawozdawca z prac polskich z dziedziny neuropatologii w „*Neurologisches Centralblatt*“, uprasza autorów o nadsyłanie mu odbitek z prac.

— D-r WŁODZIMIERZ ŁUKASIEWICZ mianowany został profesorem dermatologii i syfilidologii w Innsbuku.

— We Lwowie wyszło w roku bieżącym dziełko o 95 stronicach D-ra ZYGMUNTA ASHKE-NAZEGO p. t.: „Leczenie ruchowe i mięsienie“. Autor, zwolennik mechanoterapii, widzi w niej środek nadzwyczaj skuteczny na najrozmaitsze dolegliwości. Zachwalając mięsienie, powiada nawet: „Podobnie przypisują mięsieniu wpływ elektryczny, mają powstawać prądy słabe elektryczne między powierzchniami dotykowymi dwojga osób; możeby raczej nazwać prąd ten sympatyczno-magnetycznym, gdyż widno powstaje on wówczas i tym skuteczniejszy ma wpływ na leczenie, jak skoro osoba masowana i masująca są różnej płci“ [!]. Zwłaszcza upodobał sobie autor mięsienie maszynowe za pomocą tak zwanego „Vibratora“, przyrządu przeznaczonego przez LIEDBECK'a, wynalazcę, do wywoływania „ruchów drżących“ (*vibratio*), które jakoby posiadać mają „szerokie zastosowanie w leczeniu mechanicznem chorób pokładu mięśni i systemu nerwowego“. *Vibrator* LIEDBECK'a, według autora, przedstawia i tę korzyść [!], że obok mięsienia [?] może inteligentnym pacjentom bezpieczniej być powierzonym w domu, aniżeli maszynka elektryczna“. Praca cała jest przeważnie reklamą tego „pojedynczego bardzo“ [?] przyrządu, bo po zatem „nie jest bynajmniej celem moim“— powiada w przedmowie autor — „zniewolić Kolegów do przerzucenia choćby niniejszych kilku kartek, gdyż naraziłbym się wręcz na śmieszność, kusząc się o wzbogacenie bogatej dziś literatury w zakresie leczenia mechanicznego“. Dochód z rozsprzedaży swego dziełka przeznaczył autor na rzecz Towarzystwa opieki biednych dzieci w Krakowie. Oto chyba jedyny mógby być tytuł do polecenia tej książeczki, napisanej zresztą nienaukowo, stylem zaniedbanym, lecz wydanej ozdobnie i opatrzonej aż nazbyt ponętne rysunczkami, ilustrującemi głównie sposób stosowania przyrządu p. LIEDBECK'a na rozmaite okolice ciała. Z.

— Dnia 8 b. m. w Wiedniu obchodzono uroczyste 25-letni jubileusz działalności profesorskiej BILLROTH'a. Jubilatowi ofiarowano dwie fotografie: jedną, przedstawiającą jubilata podczas operacji, otoczonego słuchaczami i asystentami, drugą — jego portret w otoczeniu 108 uczniów. W anli uniwersyteckiej miał przemowę CZERNY [z Hejdelbergu] i wręczył jubilatowi księgę pamiątkową (*Festschrift*) od uczniów jego, do których przyłączyli się SATTLER, CZERNY, RINDFLEISCH i MIKULICZ.

— Donosiliśmy o malej śmiertelności na cholere między piwowarami w Hamburgu; również minimalną okazała się wrażliwość na cholere robotników w fabrykach tytoniu: na 6000 osób przez cały czas epidemii zapadło tylko 8, zmarły 2. (*Deutsch. med. Woch.*)

— Prof. FRAENKEL C. z Marburga wyhodował z wody kanału przepływającego przez miasto Duisburg [kanał ten jest częścią kanału łączącego Ruhr z Renem] przecinkowca cholerycznego. Do kanału tego, jak wykazało śledztwo, oddawał wypróżnienia majtek chory na cholere. Należy dodać, że prąd wody w kanale jest bardzo nieznaczny, jest to woda prawie stojąca i że pewne okoliczności badania nie są wolne od zarzutów [wodę zbierał nie sam autor, ani nie działo się to w jego obecności, być może dostała się tam cząstka wypróżnień i t. d.]. Dotychczas w wodzie znaleźli bakterje choleryczne sam R. KOCH [w tanku Sahel-Bogau], PASQUALE [w rzece Massana], u nas kolega BIERNACKI w wodzie studziennej w Lublinie.

— Zmarł w Paryżu D-r VILLEMEN [prof. w szkole lekarskiej wojskowej Val-de-Grâce], znany z poszukiwań dowodzących zaraźliwości suchot płucnych.

nieznym i niejasnym pod względem epidemiologicznym, t. j. z niewiadomego ogniska zarazy powstałych, okazał się brak przecinków KOCH'a. Sumując więc te 3 dane, nie można uważać ich za cholere, z czem się zgodzili również i ordynatorzy.