

GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU OFTALMICZNEGO D-RA Z. KRAMSZTYKA W SZPIT. STAROZAKON. W WARSZ.

I. O ISTOCIE JAGLICY.

(*Trachoma, ophthalmia granulosa, autor.*.)

Napisał

Julijusz Mutermilch.

I.

Nazwą „*trachoma*“ różni okuliści określają różne, przynajmniej pod względem makroskopowym, formy przewlekłego zapalenia łącznicy. Dla jednego obecność jednego bodaj folikula wystarcza, aby rozpoznać jaglicę; dla drugich cierpienie to zaczyna się wtedy, kiedy folikuly zjawiają się na łącznicy, pokrywającej chrząstkę [ADAMJUK], dla trzecich tylko charakterystyczne blizny stanowią objaw, wystarczający dla należytego rozpoznania i t. d.. W kwestyi etjologii jaglicy również istnieje zamęt; w poglądach na tę kwestyję okuliści dzielą się na dwa obozy: jedni—dualiści—uważają jaglicę (*trachoma*) za cierpienie samoistne, występujące wskutek specyficznego zarazka i nie mające nic wspólnego z *conjunctivitis follicularis* [głównie SAEMISCH]; dla innych zaś jaglica stanowi tylko następny okres *conjunctivitis follicularis* [unitaryści]. Istnieje jeszcze jedna grupa okulistów, dla których każde przewlekłe zapalenie łącznicy jest trachomatem i którzy nie odróżniają: *blennorrhoea chronica, conjunctivitis contagiosa chronica*. W tym chaosie różnorodnych poglądów znaleźć można jednak i kilka zgodnych punktów. Otóż, wszyscy się zgadzają na to, że jaglica jest cierpieniem przewlekłym, powstającym wskutek zakażenia, łatwo udzielającym się i dlatego często występującym endemicznie i wreszcie groźnym, gdyż wywołuje ciężkie powikłania ze strony rogówki. Jeżeli jednak zestawimy ściśle kliniczne spostrzeżenia i dane anatomiczne, to otrzymamy wyniki, które znajdują się w rażącej sprzeczności z utartymi poglądami na jaglicę; przekonamy się łatwo, że żadne właściwie określenie nie wytrzymuje krytyki i że nawet powszechnie przyjęte przekonanie o zaraźliwości tego cierpienia nie jest oparte na prawdziwych faktach i jest błędne.

Histologiczne poszukiwania, przeprowadzone w wielu różnorodnych przypadkach przewlekłych cierpień łącznicy, przekonały mnie, że z punktu widzenia anatomicznego nie ma bynajmniej odmiennych form przewlekłych zapaleń. We

wszystkich bowiem, tak bardzo różniących się w makroskopowym wyglądzie zapalenia łącnicy, od najprostszych do najbardziej powikłanych, stale znajdowałem jednakowe zmiany anatomiczne, różniące się tylko w swem natężeniu. Kliniczne spostrzeżenia nie tylko że nie są sprzeczne z anatomicznymi, ale nawet dosadniej jeszcze potwierdzają stopniowe przejście jednej formy chorobowej w drugą.

Klinicyści, którzy uważają jaglicę za cierpienie samoistne, i odróżniają *conjunctivitis follicularis*, jako chorobę oddzielną, opierają swoje twierdzenie na następującym fakcie: *conjunctivitis follicularis* zwykle przechodzi, nie pozostawiając żadnych po sobie śladów [blizn] i nie wywołuje najłżejszych powikłań ze strony rogówki. Ta dyjagnoza *a posteriori* już dostatecznie wskazuje, jak małym zasobem naukowych danych rozporządzają dualiści. Wogóle budowanie klasyfikacji chorób zapalnych łącnicy na zasadzie wielkości, różnego wyglądu, umiejscowienia i t. p. własności foliкулów nie powinno mieć miejsca nadal, gdyż to właśnie doprowadza tylko do strasznego zagmatwania kwestyi jaglicy.

Folikul, jak to miałem sposobność się przekonać, jest następstwem zwiększonego drobnokomórkowego nacieczenia w tkance podnabłonkowej, adenoidalnej ¹⁾. Ponieważ obfitszą emigracyją komórek limfoidalnych z naczyń wywołuje masa wszelakich czynników i sprawę tę obserwować można przy różnorodnych sprawach chorobowych, przeto i folikul może być towarzyszem wszystkich zapalnych spraw łącnicy, bez względu na ich przyczynę i natężenie, skoro tylko zapalenie nie odznacza się zbyt szybkim przebiegiem. Właściwie już zwiększone przekrwienie łącnicy daje dostateczny bodziec do tworzenia się foliкулów, szczególnie u osobników źle odżywianych, wycieńczonych. Kurz, dym, pary gryzące, jeżeli tylko dłużej pod ich wpływem pozostają oczy, stanowią już nieraz przyczynę szybkiego rozwoju foliкулów. U osobników z wadami refrakcyi, szczególnie jeżeli wada nie jest skorygowaną odpowiednimi szklami, u osobników, u których skutek nadmiernej pracy akomodacyi oczy są często narażone na zwiększony przyływ krwi, również daje się obserwować w większym lub mniejszym stopniu tworzenie się foliкулów [zależnie od ogólnego stanu ustroju]. Nieraz wystarcza wkraplać przez dłuższy czas atropinę lub ezerynę do worka łącnicowego, aby wywołać taki sam skutek; nie więc dziwnego, że często można nie znaleźć minimalnych zmian w nabłonku tam, gdzie łącnica usiana bywa licznymi foliкулami, i że twory te znikają nieraz z łącnicy tylko przy zmianie warunków higienicznych.

To więc, co niektórzy okuliści nazywają *conjunctivitis follicularis*, w wielu przypadkach nie jest właściwie zapaleniem. Ten szczególny stan łącnicy, który cechuje się brakiem obiektywnych i subiektywnych objawów zapalnych, należy wyodrębnić i określać trafnym terminem „*folliculosis*“, wprowadzonym do okulistyki przez ADAMJUKA ²⁾. Jeżeli więc przy *folliculosis* zmiany w łącnicy nie postępują i jeżeli ten stan nie przechodzi w typowy trachomat (*ophthalm. granulos.*

¹⁾ Anatomija przewlekłych zapaleń łącnicy. Gaz. Lek. Nr. 20, 1892.

²⁾ Wiestnik oftalmologii, 1891, Lipiec—Październik. Jeszcze w kwestyi trachomatu.

autor), to nie dlatego, że *folliculosis* i *trachoma* stanowią dwie różne zapalne formy, wywołane przez różne pasorzyty, ale dlatego, że *folliculosis* wogóle nie jest wcale sprawą zapalną.

Tworzenie się folikulów z wiadomych już powodów zrozumiałem jest przy wszystkich prawie sprawach *par excellence* zapalnych, gdyż tu mamy najczęściej pomyślnych warunków dla ich rozwoju. Zapalenie łącznicy, jak i każde inne, może trwać krócej lub dłużej, zależnie od rodzaju pasorzytów, warunków higienicznych, w których znajduje się dany osobnik, lub ogólnego stanu jego ustroju. Każdy okulista ma sposobność obserwować często zapalenia łącznicy, charakteryzujące się obecnością licznych folikulów, które kończą się jednak nieraz względnie prędko, bez śladów i nie wywołują żadnych najłżejszych powikłań ze strony rogówki. Otóż i te formy zapalenia niesłusznie zostały połączone w jedną grupę z *folliculosis*: nie dlatego bowiem kończą się one czasem pomyślnie, że ilość folikulów jest mniej znaczną, nie dlatego, że folikuly nie rozwinęły się na *tarsus* [chrząstce], a pozostały tylko na fałdach przejściowych, wreszcie nie wskutek jakości pasorzytów, które wywołały sprawę zapalną. Wchodzą tutaj w grę czynniki innej natury, których szukać trzeba tylko w warunkach życia chorych osobników, lub, co, być może, jest jeszcze ważniejsze, w ogólnym stanie ich ustroju ¹⁾.

Okuliści, którzy mieli sposobność obserwowania endemii jaglicy, czy to w pensjonatach, czy też w koszarach, więzieniach, lub endemii, która opanowała całą jakąś miejscowość, przytaczają fakty niezmiernie ciekawe, a zarazem rzucające światło na zawiklaną kwestyję powstawania trachomatu, przynajmniej na kliniczną jej stronę. NUEL i LEPLAT ²⁾, którzy obserwowali taką endemiję w Luksenburgu, pomimo iż wyznawali jeszcze do owego czasu teorię SAEMISCH'a, przyznają się, że przekonania ich zostały mocno zachwiane, gdyż widzieli stopniowe przejście jednej formy chorobowej w drugą.

WALLERSTEIN ³⁾, który również miał do czynienia z endemiją *conjunctivitis follicularis*, kategorycznie zaznacza, że zapalenie to często przechodzi w typową, ciężką formę jaglicy.

Do bardzo charakterystycznych należą spostrzeżenia odwrotne, a mianowicie: ciężkie postaci jaglicy, udzielając się, wywołują łagodne, zapalne formy. Od kilku lat mam pod swoją obserwacją rodzinę, w której ojciec cierpi oddawna na złośliwy trachomat; przed 4-ma laty sprowadzono mi z tej rodziny dwóch chłopców z objawami przewlekłego nieżytu łącznicy. Dzieci skarżyły się na nieznaczne ropienie, łzawienie, przymykanie powiek, szczególnie przy wieczor-

¹⁾ FARAVELLI i GAZZANIGAW, swej pracy o przyczynach ślepoty i geograficznem rozprzestrzenianiu się trachomatu w Pawii, dowodzą, że w tej prowincyi Włoch jaglicy ulega przeważnie bogatsza klasa; wśród biednych, pomimo że ci żyją w najhańsowniejszych warunkach higienicznych, cierpienie to znacznie rzadziej się spotyka. Ze względu na to, iż wśród zamożniejszych obywateli w tej miejscowości grasuje również gruźlica, autorzy ci wyprowadzają wniosek o ścisłym związku i zależności jaglicy od gruźlicy. [Annali di Ottalmologia, 1888, fasc. 1].

²⁾ Annales d'oculistique 1889, Mars—Avril.

³⁾ Berlin, klin. Wochenschrift. Nr. 20, 1888.

nych zajęciach. Łącznica była mocno przekrwiona, obrzmiała i usiana folikulami. Po kilkutygodniowej kuracji [folikuly zostały wyciśnięte] nastąpiło zupełne wyzdrowienie i dotychczas żadnej recydywy nie było. Muszę dodać, że w tym przypadku nie wątpię wcale, iż źródłem *conjunctivitis follicularis* u dzieci była choroba ojca, bo ten, nie przypuszczając, aby cierpienie jego było zaraźliwym, nie wystrzegął się i często sypiał w jednym łóżku to z jednym, to z drugim chłopcem.

GERKEN ¹⁾, który niedawno wydrukował statystykę szczegółową endemii jaglicy, rozpowszechnionej wśród mieszkańców dużej wsi w gubernii Kazańskiej, przytacza bardzo pouczające fakty. Dowiadujemy się z nich, że pomiędzy najmłodszą generacją, z bardzo małymi tylko wyjątkami, panowała lekka forma zapalna.

JOELSON ²⁾, opisując endemię *conjunctivitis follicularis* w pensjonacie, również zaznacza, że przeważnie u starszych, dłużej przebywających w zakładzie obserwował poważne formy zapalenia; autor wskazuje przy tej okazji na stopniowe przejście lżejszych zapaleń w ciężkie i ostrzega przed optymistycznym zapatrywaniem się nawet na bardzo słabo wyrażone zapalenia łącznicy.

Niemożliwym więc jest, opierając się tylko na objawach klinicznych, orzec, czy dana forma *conjunctivitis follicularis* zakończy się pomyślnie, czy przedstawia już pierwszy okres prawdziwego trachomatu. Gdyby *conjunctivitis follicularis* i trachomat stanowiły dwa różne cierpienia, należałoby się spodziewać, że każde z nich, ze względu na swój zakaźny charakter, wywoływane jest przez różne, pasorzyty. Tymczasem liczne badania bakteriologiczne, jakie w ciągu ostatniego dziesiątka lat zostały dokonane w celu odszukania specyficznego dla jaglicy mikroorganizmu, nie doprowadziły, jak wiemy, do żadnych pozytywnych wniosków. Nie popełnię, zdaje mi się, dużej przesady, twierdząc, że tyle różnego rodzaju znaleziono pasorzytów specyficznych, ilu było poszukiwaczy. Liczne szczepienia, przeprowadzone na zwierzętach, zazwyczaj dawały dobre rezultaty tylko autorom, kontrolujące zaś, przez innych badaczy dokonane szczepienia, dawały rezultaty ujemne. Nawet najbardziej popularny *coccus* MICHEL'a zawiódł oparte na nim oczekiwanie. Tak SCHMIDT-RIMPLER, na X międzynarodowym zjeździe, kategorycznie oświadczył, że przy jaglicy nie znajdował tych mikroorganizmów. Do bardzo ciekawych spostrzeżeń w tej kwestyi należy zaliczyć oświadczenie STADERINI'ego ³⁾, który zapewnia, że odszukany przez niego przy trachomacie *diplococcus* dawał ujemne rezultaty, kiedy był szczepiony zdrowym zwierzętom, dobrze odżywianym i znajdującym się w obszernych, wentylowanych pomieszczeniach. Szczepienia tylko zwierzętom, pozostającym w niepomyślnych warunkach higienicznych, dawały wyniki pozytywne. Czy w tym przypadku szczepienie wielu innych pasorzytów nie wywołałoby również tego samego rezultatu?

1) W kwestyi trachomatu. Wiest. oftalm. 1892. Maj—Czerwiec.

2) Wiest. oftalm. 1889. Lipiec—Październik.

3) Annali di Ottalmologia. 1888, fasc. 5 e. 6.

Przyjmując zakaźną teorię trachomatu, lekarz codziennie prawie spotykać się musi z dziwnymi, nie dającymi wprost się tłómaczyć faktami. A mianowicie: osobniki, znajdujące się w bardzo bliskich stosunkach z chorymi na jaglicę przez długi szereg lat, nie zarażają się wcale; łącznica powiek ich pozostaje absolutnie nietknięta. Tak widzimy często, że mąż nie zaraża się od żony i odwrotnie, dzieci od rodziców. W ciągu 7 lat ostatnich ani razu nie miałem sposobności skonstatować zarażenia się chorych, niedotkniętych cierpieniami łącznicy, od trachomatyków w szpitalu starozakonnych, pomimo że wszyscy bez wyjątku chorzy mieszczą się w dusznej, niskiej salce i nie wystrzegają się wzajemnie, gdyż najczęściej nie mają żadnego pojęcia o możliwości zarażenia się. W oddziale ocznym również nigdy nie chorowali posługacze, którzy często opatrują chorych trachomatyków i zapominają następnie zdezynfekować sobie ręce. Podobne zjawiska nie mogły ujsć uwagi okulistów i niektórzy z nich przypisują ogromną wagę w sprawie zarażenia się jaglicą jakiejś indywidualności ustroju, jak WANNEMANN ¹⁾ i RAEHLMANN ²⁾, lub zołzom, jak TRUC ³⁾ i MALGAT ⁴⁾. Większość jednak autorów słusznie wskazuje na niehygieniczne warunki życia, na nędzę materyjalną, szczególnie jeżeli ta ostatnia łączy się z fizyczną, jako na główne źródło rozpowszechniania się trachomatu, a dobrobyt uważają za najlepszy środek przeciwjaglicowy.

Jeżeli więc wyniki badań bakteryjologicznych połączymy z klinicznymi faktami, które często przemawiają za niezaraźliwością trachomatu, zmuszeni będziemy przyjść do wniosku, że dlatego tylko nie znaleziono specyficznego dla tego cierpienia pasorzyta, bo taki nie istnieje. Zresztą już cały kliniczny przebieg jaglicy przemawia za tem, że w powstawaniu jej nie mogą przyjmować żadnego, lub w każdym razie znaczniejszego udziału pasorzyty. Cierpienie to trwa, jak wiemy, nieraz dziesiątki lat, nawet u takich osobników, którzy nie znajdują się w niekorzystnych dla powstrzymania rozwoju zapalenia warunkach. Obostrzenia, poprzerywane mniej lub więcej długimi pauzami, powtarzają się nieskończoną ilość razy i występują, że tak powiem, za lada pretekstem. Czasem najdrobniejsze nadużycie [spędzenie wieczoru w teatrze, kilkogodzinne czytanie, powrót do zajęć codziennych] wystarcza, aby w bardzo krótkim przeciągu czasu na nowo wzniecić wygasłą na pozór sprawę zapalną. Często widywałem chorych, którzy wypisani ze szpitala w doskonałym stanie, wracali już nazajutrz z nowem ciężkiem pogorszeniem. Nie możemy więc poprzestać na utożsamieniu etyologii trachomatu, chcąc krytyczniej odnieść się do interesującej nas kwestyi i zmuszeni jesteśmy szukać innych, bardziej zgodnych z istotą rzeczy, momentów. I rzeczywiście, ta łatwość, z jaką powstaje każde nowe obostrzenie nieraz w formie bardzo poważnej, ten drobny powód, który je wywołuje: wszystko to nasuwa nam myśl, że w samej tkance, w jej budowie anatomicznej, zaszyły

¹⁾ De la contagion de l'ophtalmie trachomateuse en Belgique. *Annal. d'oculistique*, 1887, Janvier—Fevrier.

²⁾ X międzynarodowy zjazd lekarzy.

³⁾ *Lymphatisme et trachome. Annales d'oculistique*, Aout, 1891.

⁴⁾ *Observations cliniques. Recueil d'ophtalmologie* 1889, Octobre.

jakieś poważne zmiany, dzięki którym zmniejszyła się odporność jej elementów na szkodliwe zewnętrzne wpływy.

Bezwzględni wyznawcy zakaźnej teorii trachomatu i w tych nagłe powstających obostrzeniach gotowi są dopatrzeć się działalności pasorzytów. Rozumieją oni prawdopodobnie rzecz tak, że pasorzyty bynajmniej nie znikają z tkanki jednocześnie z objawami zapalnymi, lecz pozostają tam podczas pozornego wyzdrowienia w stanie beczynnym, pod wpływem zaś pewnych zewnętrznych bodźców wzmagają się ich czasowo uśpiona energija żywotna: gwałtownie rozmnażają się i znowu rozpoczynają sprawę zniszczenia w tkance, w której się gnieźdzą. Z poglądem takim zgodzić się nie mogę: trudno przypuścić, aby pasorzyty pozostawały beczynnymi w tkance, odpowiedniej dla ich życia, nawet przez krótki przeciąg czasu, tembardziej trudno przypuścić takie zawieszenie z ich strony broni przez czas dłuższy, np. rok; wiemy bowiem, iż pomiędzy obostrzeniami trachomatu i tak długie przerwy do rzadkich nie należą.

Następnie niełatwo można zgodzić się z tem, że każde nowe obostrzenie spowodowanem jest jakimś nowym zakażeniem, a to dlatego, że obostrzenia te występują często wśród takich warunków, które najzupełniej wykluczają możliwość ponownego zarażenia. Wszak żadnego okulisty nie zadziwi, że pod wpływem np. dymu, kurzu lub innych tym podobnych czynników, wywołujących u zdrowego człowieka zwyczajne przekrwienie lub, co najwyżej, lekki nieżyt, rozwinię się ciężkie obostrzenie u pozornie zdrowego trachomatyka. [D. n.]

II. NIEDROŻNOŚĆ KISZEK

(*occlusio intestinorum*),

wskutek wewnętrznego uwięźnięcia (*incarceratio interna*), spowodowanego najprawdopodobniej wpochwieniem (*invaginatio, intususceptio*). Niezupełne samodzielne wyzdrowienie przez przywrócenie niezupełnej drożności kiszek.

Spostrzegali i opisali

Feliks Arnstein i Antoni Troczewski,

lekarze praktykujący w Kutnie.

Określenie rodzaju i siedliska przeszkody w drożności kiszek [przy ich wewnętrznym uwięźnięciu należy chyba do najtrudniejszych zadań rozpoznawania chorób narządów trawienia. Ścisłe rozpoznanie za życia staje się najczęściej możliwem dopiero przy zabiegu chirurgicznym, podjętym jużto w celu rozpoznawczym, już też leczniczym. Trzeba chyba bardzo sprzyjających warunków, jak: dokładnych wywiadów, zbioru szczególnie charakterystycznych objawów, typowego bardzo przebiegu choroby, sprzyjających warunków anatomicznych i topograficznych, by można było na pewno na podstawie ścisłych danych rozpoznać tak rodzaj, jak i siedlisko cierpienia. W wielu przypadkach rozpoznanie, któreby może było łatwem z początku, staje się trudniejszym w miarę postępu choroby

i rozwinięcia się wzdęcia brzucha. W innych przypadkach przeciwnie ściśle rozpoznanie, prawie niemożliwe z początku, staje się łatwiejszem w miarę postępu choroby i wytworzenia się bardziej sprzyjających warunków topograficznych; niekiedy dopiero zejście choroby ma decydujące pod względem rozpoznania znaczenie. Nie bez znaczenia pod względem rozpoznania rodzaju niedrożności kiszek jest często moment etyologiczny, po którym bezpośrednio wystąpiły objawy niedrożności. Każdy też prawie przypadek niedrożności kiszek nastęrcza lekarzowi niemalych trudności przy rozpoznaniu, a co za tem idzie, przy rokowaniu i leczeniu.

Przypadek, jaki mieliśmy sposobność w ostatnich czasach spostrzeżać, z kilku względów zasługuje na bliższe rozpatrzenie. Jest on szczególnie ciekawym ze względu na rozpoznanie, na niezwykley przebieg i zejście i to nas upoważnia do poddania go pod uwagę kolegów i do dołączenia kilku uwag epikrytycznych.

Pani M., lat 58, średniego wzrostu, prawidłowej budowy ciała, miernego odżywiania, dotychczas była zupełnie zdrową. Przed 30-tu prawie laty przechodziła tyfus brzuszny; od tego zaś czasu żadnym cięższym cierpieniem nie podlegała. Chora miała zawsze dobry apetyt, jadła dużo, przytem często pokarmy ciężkie, trudno-strawne, pomimo to żadnych zaburzeń ze strony narządów trawienia prawie nigdy nie było; wypróżnienia codzienne i prawidłowe. W ostatnich dniach Października r. b. po niewyweisze, zmęczeniu w podróży i błędach w dyjecie, doznała chora napadu silnych bólów brzucha w połączeniu z wymiotami; przypadłości te jednak po użyciu środka czyszczącego, w ciągu 2 dni bezpowrotnie ustąpiły.

W dniu 4 Listopada r. b. chora wieczorem zjadła ser gnojony z chlebem; w nocy miała stosunek z mężem, który ją, jak mówi, niezmiernie zmęczył i fizycznie wstrząsnął. Nazajutrz rano, t. j. dnia 5 Listopada chora doznała gwałtownych bólów brzucha w połączeniu z silnemi wymiotami; masy zwymiotowane zawierały w obfitości niestrawione pokarmy. Pomimo natychmiastowego użycia środka czyszczącego, stan taki trwał cały dzień i dopiero wieczorem nastąpiło kilka wypróżnień niezbyt obfitych, po których chora doznała poprawy.

Następny dzień 6 Listopada przeszedł dosyć spokojnie; bóle brzucha zmniejszyły się, wymioty nie powtórzyły się więcej; wypróżnień jednak więcej nie było. Dopiero tego dnia wieczorem o godzinie 11-tej chora, kładąc się do łóżka, uczuła gwałtowny ból w okolicy pępka, poczem natychmiast nastąpiły kilkakrotne obfite wymioty. Bóle brzucha potęgowały się z każdą chwilą, doprowadzając chorą do głośnych jęków i krzyków. W pół godziny potem znaleziono przy badaniu [TROCZEWSKI] chorej stan następujący: chora leży na wznak z wyrazem twarzy cierpiącym, głośno jęczy; najmniejsze poruszenie ciała potęguje ból brzucha. Twarz blada, oczy zapadłe nieco, stan bezgorączkowy, tętno przyspieszone, drobne. Brzuch na całej przestrzeni wzdęty, twardy, napięty i do tego stopnia bolesny przy dotknięciu ręką, że wszelkie szczegółowe badanie okazuje się na razie niemożliwym. Już jednak gołym okiem zauważyć można szerególniejszą wyniosłość, podłużną, cylindryczną w okolicy, odpowiadającej położeniu okrężnicy wstępującej w górnej jej połowie. Chorej wstrzyknięto pod skórę brzucha morfinę i po upływie $\frac{3}{4}$ godziny bolesność brzucha o tyle się zmniejszyła, że można było przystąpić do szczegółowego badania, które dało następujące wyniki: przy obmacywaniu brzucha znaleziono w okolicy, odpowiadającej okrężnicy wstępującej, guzowatość wielkości dwu zestawionych ze sobą kulaków z łukowatym wygięciem, wypukłością, zwróconem ku górze, formy nieprawidłowo cylindrycznej, sprężystą i bardzo bolesną przy ucisku. Dolny, zewnętrzny koniec guzowatości nie dochodzi do kątnicy (*caecum*), górny, wewnętrzny, zaginając się w kierunku poprzecznym ku stronie lewej, odpowiada mniej więcej początkowi okrężnicy poprzecznej. Na całej tej przestrzeni odgłos opukowy wyraźnie tępy; przytępienie, choć mniej wydatne, zachodzi i na całą długość okrężnicy poprzecznej. Na pozostałej przestrzeni brzucha odgłos opukowy bębniasty z nieznacznem tylko przytępieniem w okolicy kątnicy. Chorej zastosowano natychmiast wysoką irygację *per rectum* z obfitej ilości wody 2 razy w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny. Pozostały one bez skutku; chora w krótkim czasie oddała napowrót czystą wodę zupełnie niezabarwioną i nieuchnącą;

następnie podano chorej 10 granów kalomelu i w dalszym ciągu stosowano irygację; wszystkie te jednak środki nie odniosły pożądanego skutku. Około 5-cj rano powtórzył się nowy napad bólów szczególnie w okolicy odpowiadającej guzowatości, kilkakrotne wymioty przy braku wypróżnień. Zastosowano następnie makowiec w dawkach półgranowych co 2 godziny. W ciągu dnia następnego, t. j. 7 Listopada, stan chorej bez zmiany, bóle jednak nieco mniejsze, brzuch tak samo wzdęty, bolesny przy ucisku, guzowatość bez zmiany, kilkakrotne wymioty, ciemne, cuchnące, lecz niekalowe, język obłożony grubym nalotem, pragnienie wzmożone, lecz nawet małe ilości płynu, podawane *per os*, wywołują wymioty. Stan bezgorączkowy, tętno drobne, przyspieszone, ilość moczu nieznaczna; noc tę, jak i poprzednią, chora przepędziła bezsennie.

Dnia 8 rano stan chorej nieco lepszy, bóle mniejsze, wzdęcie też mniejsze; chora czuje się ogólnie nieco lepiej, choć wymioty powtarzają się dosyć często, a wypróżnień nie było.

Tegoż dnia po południu o godzinie 4-ej znaleziono [ARNSTEIN i TROCZEWSKI]: brzuch umiarkowanie duży, okolica odpowiadająca kątnicy [dół biodrowy prawy] nieco zapadnięta. Powyżej, t. j. w okolicy odpowiadającej okrężnicy wstępującej w górnej jej połowie gołem okiem widoczna wyniosłość podługowata, idąca w kierunku skośnym. Jest ona przy obmacywaniu bardzo bolesną, na powierzchni gładką, sprężystą, umiarkowanie ruchomą; idzie w kierunku skośnym ku górze i na lewo; ma w przybliżeniu formę 2 ściętych stożków zestawionych ze sobą podstawami. Daje ona na całej przestrzeni przy opukiwaniu odgłos absolutnie tępy; tępość ta rozszerza się i na część okrężnicy poprzecznej. Okolica kątnicy przedstawia się przy obmacywaniu bardzo mało wypełnioną, łatwo daje się ucisnąć, jest niebolesną i przy opukiwaniu daje odgłos bębniasty, nieco przytłumiony. Na całej pozostałej części brzucha otrzymuje się odgłos bębniasty, jasny, z pewnemi różnicami co do wysokości. Badanie *per vaginam* i *per rectum* nie wykazuje nic nieprawidłowego; *rectum* w dostępnej dla badania części puste i znacznie rozszerzone. Ciężota ciała nie podniesiona, tętno przeszło 100, drobne. Chora skarży się na uczucie rozpierania w brzuchu, wzmożone pragnienie, nudności, znaczne osłabienie.

Po wysokiej irygacji ciepłym roztworem soli kuchennej z dodatkiem gliceryny bezwzględnie nastąpiło wydalenie płynu zupełnie niezabarwionego i niecuchnącego.

Rozpoznaliśmy niedrożność kiszek wskutek mechanicznej przeszkody (*occlusio intestinum, incarceration interna*); co zaś do rodzaju samej przeszkody w drożności kiszek za najprawdopodobniejsze uznaliśmy w pochwie okrężnicy wstępującej do okrężnicy poprzecznej (*invaginatio colica, intussusceptio*).

Rozpoznanie nasze oparliśmy w części na zbiorze towarzyszących objawów chorobowych, w części na drodze wykluczenia innych spraw chorobowych, dających analogiczne objawy. Nagłe powstanie choroby, po grubym błędzie dyjetetycznym i wstrząśnieniu fizycznym, choroby, która się zaczęła wśród najlepszego stanu zdrowia od gwałtownych bólów brzucha i wymiotów ciągle się powtarzających, uporczywe i nieprzewyciężone zaparcie stolca w połączeniu z wzdęciem brzucha, obecność guzowatości formy nieprawidłowo-cylindrycznej, obok danych osiągniętych z wywiadów: oto zbiór kardynalnych objawów, które zdają się niewątpliwie przemawiać za mechaniczną przeszkodą w drożności kiszek, za ich wewnętrznym uwięzieniem, specjalnie za wPOCHWIENIEM.

Rozpoznanie wahać się mogło między guzem nowotworowym w jamie brzusznej, uciskającym кишки, guzem w ścianie kiszek, zwężającym ich światło, i zawałem kałowym (*coprostasis*). Przeciw istnieniu wszelkiego rodzaju guza przemawiać się zdają przedewszystkiem dane wywiadowe, wskazujące, że chora do ostatniego dnia była zupełnie zdrową i miała codziennie prawidłowe wypróżnienia, nagłe powstanie choroby od gwałtownych bólów i wymiotów. Z nierównie większem prawdopodobieństwem moglibyśmy przypuszczać zwykły zawał kałowy, ale przeciw temu, zdaniem naszym, prawie bezwzględnie przema-

wiało to, że w sprawie chorobowej nie przyjmowała udziału kątnica, która, jak wyżej zaznaczyliśmy, była bardzo mało wypełnioną i dawała przy opukiwaniu odgłos bębniasty, nieco przytłumiony. A wiemy przecież, że ten ślepy worek stanowi najbardziej uprzywilejowane miejsce, w którym się najłatwiej zatrzymują i gromadzą twarde masy kałowe, i gdzie najczęściej spotykamy zawał kałowy. Oprócz tego przeciw zawałowi kałowemu przemawiało także nagłe powstanie choroby, prawidłowe do ostatniego dnia wypróżnienia, wymioty od samego początku cierpienia, na koniec ciężki stan ogólny chorej, tak bardzo cechujący niedrożność kiszek wskutek ich uwięźnięcia.

Wykluczyć również mogliśmy sprawy, opisywane pod nazwą *typhlitis, peri et paratyphlitis*; nie mamy bowiem przez cały czas choroby ani dreszczów, ani gorączki, a co ważniejsza, okolica charakteryzująca te sprawy nie przyjmowała w naszym przypadku udziału w chorobie.

Tak więc, przyjmując w naszym przypadku niedrożność kiszek wskutek mechanicznej przeszkody za pewne, uznaliśmy ich wpochwienie tylko jako najprawdopodobniejsze, pomnąc, że omyłka jest tu pomimo zbioru charakterystycznych objawów możliwą i że, jak słusznie twierdzi TALAMON¹⁾, „*diagnostiquer l'invagination avec certitude est à peu près impossible*“.

Zobaczmy teraz, o ile dalszy przebieg choroby usprawiedliwia nasze rozpoznanie.

U chorej tego dnia, t. j. 8 Listopada wieczorem zastosowano obfitą irygacyję ze słonej wody z dodatkiem gliceryny za pomocą długiego zgłębnika, wprowadzonego do kiszek odchodowej. Bezpośrednio chora uczuła gwałtowny ból w brzuchu i w tej chwili nastąpiły bardzo obfite wymioty kałowe, kilkakrotnie powtórzone, wkrótce zaś po nich zaczęły się pokazywać płynne wypróżnienia kałowe, powtarzające się kilkakrotnie w ciągu kilku godzin. Chora doznała od razu znacznej ulgi w brzuchu, czuła się jednak mocno osłabioną.

Nazajutrz, dnia 9 Listopada, rano znaleźliśmy stan następujący: chora czuje się lepiej, ma twarz weselszą, jest jednak mocno osłabioną; brzuch znacznie mniejszy, mało wzdęty, przy obmacywaniu miękki i niebolesny, z wyjątkiem jednak okolicy, w której istniała wyżej opisana guzowatość, która przy ucisku pozostaje nadal bolesną; sama guzowatość uległa jedynie zmniejszeniu szczególnie w wymiarze poprzecznym, jest mniej naprężoną i jakby nieco przemieszczoną ku dołowi.

W ciągu kilku następujących dni stosowano po kilka irygacyj dziennie, przyczem po każdej następowało kilka bardzo nieobfitych, zupełnie płynnych wypróżnień; w żadnym z nich atoli nie było sformowanych lub zbitych mas kałowych. Wymioty nie powtórzyły się więcej, język ciągle jeszcze obłożony, łaknienia nie ma, ogólne osłabienie, bezsenność, stan podgorączkowy.

W dniu 17 Listopada, t. j. 13 dnia choroby znaleziono stan następujący: chora czuje się wogóle lepiej, choć jeszcze jest osłabioną, z łóżka nie wstaje, narzeka na brak łaknienia i zwraca naszą uwagę na bolesne [przy ucisku] stwardnienie w brzuchu; stan bezgorączkowy, tętno nieco przyspieszone; brzuch nie wzdęty, przy obmacywaniu miękki i mało bolesny. Na miejscu dawnej guzowatości znajdujemy wyraźne stwardnienie, co do położenia, formy i charakteru zupełnie odpowiadające wyżej opisanej guzowatości; różnica polega tylko na rozmiarach i stopniu bolesności, tak jedne jak i drugie są mniejsze; drożność kiszek niewątpliwie istnieje, gdyż chora miewa codziennie już to sama przez się, już po irygacji, wypróżnienia nieobfite, zawsze jednak płynne; stałych pokarmów chora dotąd nie przyjmowała.

Ostatni raz widzieliśmy chorą w d. 22 Listopada t. j. 19 dnia choroby i dowiedzieliśmy się, że chora dotąd ciągle miewa wypróżnienia płynne, po kilka razy dziennie; ani razu zaś dotąd nie miała

¹⁾ Appendicite et perityphlite. [Bibliothèque médicale. CHARCOT-DEBOVE 1892].

prawidłowego stolca. Chora czuje się wogóle nieźle, jest jednak osłabioną, z łóżka mało wstaje, bólów brzucha przy spokojnem leżeniu nie doznaje, łaknienia nie ma. Brzuch niewielki, miękki, niewzdęty, niebolesny. Ponad dołem biodrowym prawym, a zatem nieco poniżej miejsca, w którym poprzednio istniała guzowatość, i nieco głębiej znajdujemy średniej twardości wyniosłość podługowatą, przy ucisku bolesną; nad nią odgłos opukowy przytępiony, lekko bębniasty. Pozostała część brzucha nie przedstawia nic nieprawidłowego.

Jak więc z powyższego opisu przebiegu choroby widzimy, zupełna niedrożność kiszki, z charakteryzującą ją objawami przez kilka [4] dni trwająca, nagle i prawie bezpośrednio po wysokiej irygacji i po wystąpieniu kilkakrotnych wymiotów kałowych została usunięta; niebezpieczeństwo grożące życiu na razie ustąpiło; chorą jednak bynajmniej za wyleczoną uważać nie można, przywrócona bowiem drożność kiszki nie jest zupełną, o czem z jednej strony świadczą ciągle wypróżnienia płynne do dziś dnia trwające i obecność choć w mniejszych rozmiarach wprzód istniejącej guzowatości.

Na mocy ścisłego rozbioru faktów dojść musimy dalej do przekonania, że niedrożność kiszki w naszym przypadku została spowodowaną mechaniczną przeszkodą. Gdybyśmy bowiem chcieli objaśnić czasową niedrożność kiszki zawałem kałowym, co nierównie częściej ma miejsce, nie moglibyśmy w żaden sposób objaśnić sobie, dlaczego w ciągu prawie 3-tygodniowego okresu czasu po przywróceniu drożności kiszki wypróżnienia są ciągle płynne, dlaczego stan ogólny chorej tak nieznacznie i wolno się poprawia i czem zresztą objaśnilibyśmy obecność guzowatości. Tak więc zbiór objawów, towarzyszących początkowemu okresowi choroby, jakoteż kilkotygodniowy jej przebieg, zdają się niewątpliwie przemawiać za istnieniem zupełnej niedrożności kiszki i to mechanicznej, która pod wpływem wytworzenia się sprzyjających warunków anatomicznych przeszła w niezupełną drożność.

To właśnie niezwykle, rzec musimy, zejście choroby w niezupełne wyzdrowienie najbardziej przemawiać się zdaje za tem, że w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z wPOCHWIENIEM, przy którym takie zejście było już niejednokrotnie spostrzeżanem i najłatwiej daje się objaśnić.

Przyjąwszy za przyczynę niedrożności kiszki w naszym przypadku wPOCHWIENIE, jak objaśnić mechanizm przywrócenia drożności kiszki? Przypuszczamy tutaj, że silny strumień wody, wypuszczony z wysoko postawionego irygatora, przez długi zgłębnik wprowadzony *per rectum*, wypchnął prawdopodobnie odcinek kiszki wPOCHWIONEJ, lecz niezupełnie (*reinvaginatio incompleta*) a częściowo, przyczem jednak wzajemne ciśnienie wPOCHWIONYCH kiszki o tyle się zmniejszyło, że otworzyło się światło przewodu przechodzącego przez długość guzowatości. Taka ograniczona drożność kiszki, jak wiemy zresztą, możliwą jest nawet przy bardzo rozległym wPOCHWIENIU od początku jego powstania.

W chwili działania strumienia wody na część wPOCHWIONĄ kiszki i w chwili wysuwania tej ostatniej mogły wskutek silnego podrażnienia ścianek kiszki od-ruchowo nastąpić ruchy przeciwruchowe tychże, wywołując przedewszystkiem wzmiankowane wyżej wymioty kałowe, po których dopiero nastąpiły wypróżnienia płynne. Owe właśnie wymioty kałowe najbardziej zdają się przemawiać za

powyżej opisanym mechanizmem przywrócić drożność kiszek, niemniej i zmniejszenie guzowatości szczególnie w wymiarze poprzecznym.

Obecnie więc mamy u naszej chorej częściowo przywróconą drożność kiszek, lecz istnieje jeszcze prawdopodobnie przyczyna pierwotna wpochwienia. Czy w niedalekiej przyszłości ulegnie ono zupełnemu wyrównaniu, co nie jest niemożliwym; czy wskutek ucisku nie nastąpi zgorzel części wpochwionej kiszki i jej oddzielenie, co by spowodować mogło zupełne wyzdrowienie; czy też nie nastąpi przedziurawienie kiszek z zejściem śmiertelnym: na pytania te, zdaje się, trudno byłoby dziś odpowiedzieć. Naszem zdaniem, przypadek ten dziś jeszcze nadaje się do leczenia na drodze operacyjnej, któremu chora poddać się nie chce.

W każdym razie zarówno cały obraz chorobowy, jak i dotychczasowy jej przebieg, jest, zdaniem naszym, niezmiernie ciekawym i zasługującym ze stanowiska klinicznego na szczególną uwagę, gdyby nawet pogląd nasz na całą sprawę okazał się niezupełnie słusznym i to nas upoważniło do podania go do ogólnej wiadomości ¹⁾.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 50].

Ten okres reakcyjny rozmaicie w różnych przebiegach epidemijach; za stwierdzone, o ile się zdaje, uważać można fakt, że częstość powikłań tyfoidem cholerycznym ma się w stosunku prostym do częstości zapadnięć na cholere zamartwiczą.

Gdy długość okresu zwiastunów i odczynu waha się w dość szerokich granicach, to sam okres zamartwiczny nie dłużej jak 2 dni się przeciąga, przy czem objawy asfiktyczne najwyżej trwają jedną dobę.

Przebieg cholery bywa różnym nie tylko w zależności od charakteru epidemii, lecz i od właściwości indywidualnych. Wprawdzie najczęściej biegunka i ogólne objawy idą z sobą w parze, jednak są epidemie, w których biegunka na drugi plan występuje; w jednej i tej samej epidemii zdarzają się przypadki z charakterem przewlekłym i nagłym. Ludzie starzy, wycieńczeni, zapadają na tę chorobę przy objawach utraty przytomności, u dzieci najczęściej brak zwiastunnej biegunki, wymiotów i kurczów.

Sam fakt istnienia tyfoidu przemawia za tem, że zmiany, wywołane przez cholere w cieczech i tkankach ustroju, sprzyjają rozwojowi czynników zakaźnych innego pochodzenia; ale i możliwość symbiozy zarazka cholerycznego z innymi

¹⁾ W ostatniej chwili dowiadujemy się, że w ostatniej kilku dniach u chorej nastąpiło znaczne pogorszenie, objawiające się bólami w brzuchu i zaparciem stolca, wskutek czego chora zdecydowaną jest umieścić się w którymś ze szpitali Warszawskich, ewentualnie poddać się interwencji chirurgicznej; w ten sposób będziemy może mieli sposobność przekonać się, o ile rozpoznanie nasze jest słusznem.

pasorzytami, na podłożu przez te ostatnie przeobrażeniem, nie jest wykluczoną. Przyłączyć się może cholera do ospy, zapalenia płuc włóknikowego, do ostrego gościca stawowego, krztusćca, gruźlicy i t. d.; przebieg tych chorób może być zmodyfikowanym, czasem łagodniejszym; nie wpływają one jednak na zmiany wytwarzane przez zarazek choleryczny. Dwa fakty na szczególną zasługują uwagę: jest to możność współlistnienia paroksyzmu zimniczego z napadem asfyktycznym, dającego wtedy najgorsze rokowanie, i przewaga siły zarazka cholery nad energią pasorzyta tyfusowego, co uwidacznia się zmniejszeniem szybkim poprzednio powiększonej śledziony i zjawieniem się ryżowych wypróżnień.

Rekonwalescencyja po przebytej cholery nastąpić może w zależności od zmian, przez zarazek w ustroju wywołanych, szybko lub też bardzo powolnie. Najdłużej zazwyczaj pozostają zaburzenia w przewodzie pokarmowym w postaci braku łaknienia, bólów brzucha, rozwolnienia. Często rozwolnienie, na czas dłuższy się przeciągając, doprowadza do ogólnego osłabienia, wycieńczenia, charłactwa, z towarzyszącą im niedokrwistością i głębokimi zmianami błony śluzowej jelit [zanik]. Układ nerwowy nieraz przedstawia nam również poważniejsze zбочenia: obserwowano anestezyję lub parestezyję skóry, skurcze mięśni obwodowego lub ośrodkowego pochodzenia, porażenie odnóg dolnych, nerwice i zaburzenia w sferze psychicznej. Na skórze powstają czyraki, ropnie, odleżyny, zgorzel palców rąk i nóg. Z zaburzeń ogólnych występuje nieraz moczówka cukrowa lub prosta, najczęściej przewlekłe zapalenie nerek.

Rozpoznanie pierwszych przypadków cholery spotyka się z wielu trudnościami. Wchodzi tu w grę i ludność i sfery rządowe. Odpowiedzialność za dyagnozę jest wielką, bo z jednej strony wywołać można przedczesną panikę, z drugiej narazić miasta na znaczne wydatki. To też w obecnych czasach pierwszy przypadek nie tyle na podstawie klinicznych objawów, ile na zasadzie badania drobnowidzowego bywa rozpoznawany. A jednak przed tym pierwszym przypadkiem śmiertelność się znacznie powiększa, ludzie mrą z powodu biegunek, co do których pochodzenia stawia się zazwyczaj znak zapytania, lub badanie drobnowidzowe stwierdza obecność tylko najczęstszych towarzyszy zarazka cholerycznego. Być może, że dokładne badania wypróżnień przy więcej udoskonalonych metodach kwestyję tę więcej rozjaśnia, a badania takie należałoby przeprowadzać od czasu nieodpowiadającego porze roku zwiększania się śmiertelności z powodu cierpień przewodu pokarmowego; być może, że i wymagania dyagnostyczne się zmodyfikują, jeżeli niewątpliwie na podstawie ścisłych poszukiwań cholery będziemy mogli uważać za zakażenie mieszane. W każdym razie już na podstawie dotychczasowych danych, jeżeli w krajach sąsiednich wybuchła cholera, jeżeli śmiertelność się zwiększa, jeżeli nadto epidemicznie zaczynają panować biegunki, według naszego zdania, służba sanitarna ma prawo żądać zastosowania takich środków profilaktycznych, jak przy cholery stwierdzonej.

Zupełnie inaczej się kwestyja przedstawia, gdy chodzi o stwierdzenie pierwszego przypadku na pewno. Wątpić należy, czy na podstawie samych objawów mógłby najbłębszy klinicysta wydać orzeczenie pewne co do istnienia cholery, a zmuszonym jest dla ustalenia swoich przypuszczeń przeprowadzić drobnowidzowe i bakteriologiczne badanie wypróżnień. W późniejszych przypadkach występujących w charakterystycznej postaci cholery zamartwiczey badanie takie, jakkolwiek pożądane, nie jest jednak nieodzownem, tak jak i rozpoznanie suchot płucnych z wybitnymi objawami rozpadu i przy właściwym stanie ogólnym nie wymagają nawet poszukiwania łaseczników gruźliczych.

Wykrycie spiryllów cholery nie przedstawia trudności, jeżeli zwrócić uwagę na cechy, o których mówiliśmy przy opisywaniu tych pasorzytów. Samo już badanie drobnowidzowe kału daje nam pewne wskazówki. Cząsteczkę wypróżnień, najlepiej z ryżowych ziarenek rozciera się pomiędzy dwoma szkiełkami przykrywkowymi w postaci cienkich warstewek, następnie szkiełka te po wysu-

szeniu na powietrzu, podobnie jak i przy dochodzeniu w płwocinie laseczników gruzliczych, trzykrotnie, a szybko przeprowadza się przez płomień lampki gazowej lub spirytusowej. Barwić najlepiej roztynem fuksyny lub gencyjanafioletu. Czasami pole drobnowidza bywa usiane spirylami, czasami napotyka się ich bardzo nieznaczna ilość, wreszcie w przypadkach wyjątkowych wykryć ich się nie udaje.

W każdym razie w celu przekonania się o istocie pasorzyta należy przeprowadzić dochodzenie bakteriologiczne. W tym celu za pomocą przepalonego druczka platynowego cząsteczkę wypróżnień przenieść należy do wyjałowionego buljonu, a po dokładnem rozmieszaniu do drugiej próbówki z tą samą odżywką, nareszcie do próbówki z rozrzedzoną żelatyną, którą po zaszczepieniu i wymieszaniu wylewa się na płytkę. Na drugi dzień można zauważyć tworzenie się kolonij, a na trzeci podług cech wyżej opisanych oznaczyć właściwy ich charakter. Tam, gdzie przy badaniu drobnowidzowem da się zauważyć gdzieś — gdzie tylko miejsca podejrzone, przydatną być może metoda SCHOTTELIUS'a, polegająca na własnościach spiryllów tworzenia błonki na powierzchni płynnej odżywki. W tym celu należy zmieszać wypróżnienia z podwójną lub potrójną ilością buljonu, a mieszaninę umieścić w termostacie przy ciepłocie hodowlanej. Po 12—24 godzinach przenosi się cząsteczkę z utworzonej błonki do badania drobnowidzowego, choć jednocześnie należy przeprowadzić hodowlę na płytkach.

Fakt, że czasami hodowle spiryllów u jednych badaczy wcześniej u innych później się rozwijają, objaśnia MAX DAMMEN ¹⁾ niejednakową alkalicznością żelatyny, i za najodpowiedniejszą uważa odżywkę, zawierającą już po wyjałowieniu 1% węglanu sodu. Jako odczyn pomocniczy może być przydatną reakcja GUETERBOCK'a i VIRCHOW'a z kwasem azotnym przy działaniu bezpośrednim na wypróżnienia choleryczne. O wiele lepszym, zdaje się, jest odczyn podany przez BUJWIDA i DUNHAM'a, zasadzający się na zmieszaniu cząsteczki wypróżnień z wyjałowionym buljonom zawierającym 1% peptonu i na wystąpieniu w 24-o godzinnej hodowli czerwieni cholery za działaniem kwasów mineralnych. BUJWID ²⁾ jednak twierdzi, że „jeżeli bakteryje cholery były zanieczyszczone znaczną domieszką innych, to odczyn czerwony wystąpi nie tak wyraźnie“; a pomimo wielu głosów przemawiających za dodatnimi stronami tego odczynu, PFEIFFER uważa go jednak za zupełnie nieprzydatny ³⁾. Według naszego zdania, ujemne rezultaty z badania na czerwien cholery nie pozwalają na wykluczenie spiryllów, wyniki zaś dodatnie wobec stwierdzenia morfologicznych własności, odpowiadających spiryllom KOCH'a, dają możliwość uważać odpowiednie przypadki z wielkim prawdopodobieństwem za cholere.

W ostatnich czasach LASER ⁴⁾ proponuje rozpoznanie cholerycznych bakterij przez właściwy im zapach, jaki wytwarzają przeniesione na buljion po 24 godzinach przy ciepłocie hodowlanej. Rozumie się, że odczyn ten, jako opierający się na danych subiektywnych, zastosowania praktycznego mieć nie może.

W czasie rozwinętej cholery rozpoznanie zwłaszcza okresu zamartwiczego na podstawie już samych klinicznych objawów nie przedstawia większych trudności. Omyłki jednak są możliwe, jak o tem świadczą: przypadek FUERBRINGER'a (*D. med. Woch. Nr. 34. 1891*) i przypadek, obserwowany w Berlińskim Instytucie dla chorób zakaźnych; oba przebiegały przy objawach stanu zamartwiczego, a jednak pierwszy przy szczegółowszem badaniu okazał się cholera swojską, w drugim w wypróżnieniach i w narządach wykryto streptokoki.

¹⁾ MAX DAMMEN. Die Nährgelatine als Ursache des negativen Befundes bei Untersuchung der Faeces auf Cholera bacillen. *Centralbl. f. Bact. u. Parasit.* 1892, str. 620.

²⁾ BUJWID. Kilka słów o poszukiwaniu zarazka cholery. *Medycyna.* Nr. 31, 1892.

³⁾ PFEIFFER. Zur bakteriologischen Diagnostik der Cholera mit Demonstrationen. *Deutsche med. Woch.* 1892, str. 814.

⁴⁾ LASER. Zur Cho'era-Diagnose. *Berl. klin. Woch.* Nr. 32. 1892.

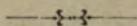
W czasie epidemii cholery indyjskiej odróżnić ją można od cholery swojskiej tylko na podstawie badania bakteriologicznego, a właściwie na podstawie ujemnych wyników co do obecności spiryllów Koch'a.

Zatrucia metalami [arszenik, sole antymonowe, sublimat], które rażące mogą przedstawiać podobieństwo do cholery, wyróżniają się od niej zmianami w jamie ustnej i przelyku, bolesnymi wymiotami i wypróżnieniami, rznięciem przy oddawaniu moczu, które zwykle nie bywa upośledzonym; w wyjątkowych przypadkach odpowiedź na wątpliwości dać może chemiczne dochodzenie trucziny w wydzielinach.

Rokowanie zależy od charakteru epidemii, od charakteru objawów i własności indywidualnych. W każdym razie przeciętno śmiertelność należy najmniej na 50% oznaczyć.

Ani biegunka choleryczna nie pozwala wypowiedzieć lekarzowi pomyślnego rokowania z bezwzględną pewnością, ani okres zamartwiczny — zejścia śmiertelnego; przebiegu choroby z góry nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Za niepomyślnym objawem uważać należy brak zwiastunowej biegunki; w okresie zamartwicznym wysokiego stopnia sinica, długotrwały brak tętna, nagłe ustanie wymiotów i biegunki; lub nieustannie bezwiedne wydalanie wypróżnień zwłaszcza krwią zabarwionych, więcej niż 4 dni trwający bezmocz. Bładość skóry, zmienność objawów w okresie odczynu, objawy mocznicowe, krwawe wypróżnienia w tyfoidzie pogarszają rokowanie. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



67. Stern. O dezynfekcy przewodu kiszkowego.

W wielu chorobach zakaźnych przewód kiszkowy jest głównym siedliskiem zarazków. Wskazania lecznicze w takich chorobach sprowadzają się do następujących punktów: usunąć zarazek z kiszek środkiem przeczyszczającym lub przemywaniem kiszek, postępowanie mechaniczne; zabić lub przynajmniej osłabić zarazek w kiszkach, antyseptyka kiszek; uczynić nieszkodliwymi dla ustroju trucziny, wytwarzane przez bakteryje, postępowanie antytoksyczne. S. wypróbował szereg powszechnie używanych środków pod względem antyseptycznej wartości.

Z doświadczeń autora wyprowadzić można następujące wnioski:

1) Doświadczenia, podjęte nad antyseptycznym działaniem danego środka na zewnątrz ustroju, nie dają pojęcia o działaniu tego środka po wprowadzeniu go do kiszek. W tyfusie brzuszny, w choleryze bakteryje osiedlają się nie tylko w zawartości kiszek, lecz także i w błonie śluzowej, w gruczołach limfatycznych.

2) Przy możliwie jednakim pożywieniu ilość bakteryj w kale zdrowego, czy chorego człowieka podlega dużym wahaniom.

3) Podając badanemu β -naftol w ciągu 12 dni ogółem w ilości 40,0, niepodobna zauważyć jakiegokolwiek zmiany w ilości bakteryj w kale. [O tem samem przekonał się sprawozdawca odnośnie do dużych dawek kalomelu].

4) Zadając do wewnątrz żupę, zmieszaną z hodowlą *bacillus prodigiosus*, a następnie środek dezynfekcyjny [kalomel, salol, naftalinę, β -naftol, kamforę], można zawsze wykazać w wypróżnieniach obecność *bacillus prodigiosus* w znacznej ilości. Powyższe wnioski stosują się do osobników zarówno zdrowych, jako też i chorych na tyfus brzuszny, ostry niezżyt kiszek, gruźlicę kiszek.

(Zeitschr. f. Hyg. XII. p. 88).

Chelmoński.

68. Rosinski. O zapaleniu tryprowem błony śluzowej jamy ustnej u noworodków.

U dziecka, urodzonego na klinice uniwersyteckiej w Królewcu, zauważył autor 8-go dnia po porodzie szczególnie, jemu nieznaną, plamę na błonie śluzowej jamy ustnej, a biorąc pod uwagę, że dziecko to dotknięte też było tryprowem zapaleniem oczu i pochodziło z matki, cierpiącej na trypra narządów moczowo-płciowych, zaczął od pierwszej chwili podejrywać, czy i ta sprawa nie jest także zapaleniem tryprowem, dotychczas jeszcze u noworodków w jamie ustnej nie spostrzeżanym. Dalszy przebieg tego przypadku, oraz czterech innych podobnych, które następnie miał jeszcze sposobność spostrzeżeć na tejsze klinice, jak również badanie bakteriologiczne produktów chorobowych, potwierdziły zupełnie to przypuszczenie. Plamy zawsze zajmowały te same miejsca w jamie ustnej, a mianowicie: przednie $\frac{2}{3}$ części języka, blaszki BEDNAR'a, haczyk skrzydłasty (*hamulus pterygoideus*), a następnie wzdłuż więzów skrzydło-żuchwowych (*lig. pterygo-mandibulare*) zjawiały się na dziąsłach i zajmowały przednie zwłaszcza części wolnego brzegu obu szczęk. W 3-ch przypadkach nalot zajął także szew biały podniebienia (*rhaphe*) pod postacią plamy podłużnej, a raz nawet usadowił się w fałdzie dziąsło-wargowej szczęki dolnej. Cierpienie to zjawiało się między 5-tym a 13-tym dniem życia noworodków, bez uprzedniego odczynu zapalnego, pod postacią plam białych o gładkiej powierzchni. Po 24-ch — 36-ciu godzinach białe zabarwienie ustępowało miejsca żółtemu, niekiedy prawie żółto-cytrynowemu; plamy podnosiły się wtedy nieco ponad powierzchnię błony śluzowej, która okazywała się w tych miejscach nieco obrzmiała. W tym czasie powierzchnia nalotu stawała się szorstką, a warstwy powierzchniowe nabłonka tworzyły z ciałkami ropnymi i z wysiękiem gęstą miazgę, szaro-żółtą, trudno zlewającą się ze śliną, która nieznanemu zaledwie od niej ulegała zmętnieniu. Po największej części 3-go dnia rozpoczynało się gojenie. Wtedy na brzegu plam zjawiał się odczyn zapalny, mianowicie zaczerwienienie i ztąd odnowa nabłonka szła dalej w kierunku dośrodkowym, w miarę czego nalot się kurczył i wreszcie zupełnie zniknął, pozostawiając powierzchnię gładką, pokrytą nabłonkiem, a więc zupełnie prawidłową, tak, iż nigdzie nie było widać nawet śladu bliznowatego skurczenia tkanek, lub odmiennego zabarwienia błony śluzowej. Zagojenie to przychodziło do skutku samodzielnie w ciągu mniej więcej czterech tygodni, bez żadnego nawet miejscowego leczenia. Pogorszenia w ogólnym stanie zdrowia u tych dzieci przez cały ten czas nie spostrzegano; dzieci ssały z piersi lub flaszki bardzo dobrze i zostały wypisane w zupełnym zdrowiu.

Przy badaniu drobnowidzowym preparatów, przygotowanych z wydzieliny ust, znajdowano głównie liczne ciała ropne, rzadziej komórki nabłonkowe, zawierające w swej protoplazmie kupki (*Häufchen*) charakterystycznych diplokoków. Rzadziej znajdowano kupki te leżące także i swobodnie w wydzielinie. Zato w tkankach stosunek był odwrotny. Na preparatach, przygotowanych ze skrawków błony śluzowej, zajętej nalotem, nigdy nie spotykano gonokoków w protoplazmie komórek, lecz zawsze znajdowano je leżące swobodnie w przestrzeniach międzykomórkowych (*interstitia*). Tkanka zaś łączna, pod warstwą nabłonka leżąca, nie zawierała już wcale gonokoków, czyli, że cała sprawa ograniczała się do warstwy nabłonkowej. Cecha ta, jakoteż wyżej zaznaczony stosunek diplokoków do komórek wydzieliny i tkanek, z którego wypływało, że diplokoki te nie były w stanie przeniknąć do żywej, nienaruszonej komórki, stanowią, jak wiadomo, własności charakterystyczne dla drobnoustrojów zapalenia tryprowego. Ujemny wreszcie wynik szczepień wydzieliny na zwykłych gruntach odżywczych także dowodził, że diplokoki te są gonokokami NEISSER'a.

Autor zwraca jeszcze uwagę na stałość, z jaką rzeczona sprawa chorobowa usadawiała się w pięciu tych przypadkach na wymienionych na początku miejscach w jamie ustnej i sądzi, że skłonność miejsc tych do przyjęcia zarazka zależy tak

od budowy anatomicznej warstwy nabłonka, która na miejscach wskazanych jest o wiele cieńszą, aniżeli na sąsiednich, jak i od pewnych szkodliwości, już to wynikających ze spraw fizjologicznych już też tu zachodzących na drodze mechanicznej w pierwszych dniach życia noworodka.

(*Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. 1891. T. XXII. Zesz. 1 i 2*).

M. Zweigbaum.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Kilka uwag króciutkich do pracy D-ra HERYNGA: Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie.

Podał prof. RYDYGIER.

SZANOWNA REDAKCYJO!

Z prawdziwą przyjemnością i uwagą przeczytałem cenną rozprawę kol. HERYNGA [Gazeta Lekarska Nr. 41, 42, 43], ale właśnie dlatego nie mogę się wstrzymać od kilku krótkich uwag, tem mniej, że kol. HERYNG czyni w niej jeden zarzut wprost mnie, a raczej mojemu podręcznikowi, pisząc na str. 987.: „Od tej chwili mylny ten „pogląd balamucący lekarzy przeszedł do wszystkich podręczników chirurgii“. Widać, że kol. HERYNG mojego podręcznika nie czytał, czego mu wcale nie mam za złe, bo któżby polskie podręczniki czytał! Piszę na str. 257: „Cięcie noża potrzeba zawsze prowadzić w kierunku strzałkowym, a nie zbaczać końcem na zewnątrz, by nie zranic tętnicy szyjnej wewnętrznej, chociaż tu niebezpieczeństwo zranienia jej jest jeszcze mniejsze, niż przy nakłuwaniu ropnia kołomigdałkowego..... wykonywając tonsylotomię, nie wycinamy całego migdałka, lecz odcinamy tylko większą jego połowę; pozostająca mniejsza połowa wraz z tkanką łączną pozamigdałkową i mięśniami zwierającami gardła stanowią pokład około 3 ctm. grubo oddzielający tętnicę szyjną od noża odcinającego migdałek“. Przecież jak na polski podręcznik dość wyraźnie. Ale i swoich niemieckich kolegów od noża, a raczej od pióra mógłbym wziąć w obronę, bo tak w HITTER'a podręczniku, jak i ALBERT'a znajdujemy wyraźnie zaznaczone, że niebezpieczeństwa obrażenia *caort. int.* nie ma, a i KOENIG o niem przy tonsylotomii nie wspomina.

Druga uwaga tyczy się prowadzenia noża. Zalecam w podręczniku prowadzenie noża przy wycięciu migdałka od dołu ku górze dlatego, że „przy prowadzeniu nożyka z góry na dół zalewałaby nam spływająca krew pole operacyjne“. Wiem, że nie wszyscy chirurdzy się tego przepisu trzymają, a jednak jest on racjonalny i nie pozwalałbym nawet wówczas „jeżeli dolny brzeg migdałka jest widoczny, cięcie prowadzić od góry ku dołowi“ [HERYNG pag. 893], bo nie można wżąć w dół dokładnie widzieć, co i ile się wycina, a przecież dla tego właśnie zalecają nóż.

Nie mam wprawdzie tak wielkiego doświadczenia co do tonsylotomii, jak kol. HERYNG, bo i po najdłuższym życiu nie doprowadzę do liczby sześciuset, ale zawsze jakie 40 do 50 razy częściowo sam, częściowo przez uczniów swoich, operację tę stosowałem. [BILLROTH, przy sposobności omawiania amputacji sutka i zliczaniu swoich przypadków, dziwi się, jak małą liczbę wykazało dokładne zliczenie, kiedy on się prawdziwie spodziewał, że tak często zdarzająca się operacja jest przecież wiele setek razy dokonywał]. Powtarzam: mimo niezbyt rozległego doświadczenia śmiałybym powątpiewać, że pętlicy galwanokaustycznej należy „bezwarunkowo“ oddać pierwszeństwo. Pomijam już to, że prawie wszystkie przypadki przerostu migdałków u dzieci są tego rodzaju, że nawet nie warto ze szafy wyciągać maszyny elektrycznej i należącej do niej przyrządów, ja nigdy w tej małej liczbie swoich przypadków nie widziałem potrzeby uciekania się do tego, chociaż maszyna prawie gotowa w pobocznym pokoju stoi i nigdy nie miałem krwotoku znaczniejszego; zwrócić jednak muszę uwagę, że, jeżeliby rzeczywiście „bezwarunkowo“ pętlicy galwanokaustycznej należało się pierwszeństwo, to albo każdy lekarz musiałby się zaopatrzyć w taki przyrząd, gdyż sądzę, że co najlepsze, to właśnie jest dostateczne dla chorego, albo wszystkie *resp.* znaczniejszą część tonsylotomii trzeba by odsyłać do specjalistów. Mogłoby to mieć dla nas bar-

dzo dodatnie strony, ale dla chorych byłoby nieco niedogodnem. Ja twierdzą, że każdy lekarz powinien umieć wykonać tonsylootomię, a nawet w tych nadzwyczaj rzadkich przypadkach znaczniejszego krwotoku dać sobie radę za pomocą środków w każdym podręczniku podanych i na klinikach chirurgicznych często demonstrowanych.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Proszę Cię o pomieszczenie kilku słów odpowiedzi na list prof. RYDYGIERA powyżej wydrukowany.

Prof. RYDYGIER robi mi zarzut, że omawiając źródło krwotoków po tonsylootomii i prostując mylny pogląd co do zranienia *art. carotis. int.*, nie położyłem nacisku, że w jego podręczniku [zdanie to nie zostało powtórzonem, przeciwnie sprostowanem. Przychodzi więc do wniosku, że jego podręcznika nie czytał wcale, czego mi nie ma wcale za złe, „bo któżby czytał polskie podręczniki“?

Autorowi podręcznika zdaje się zatem, że praca jego jest zbyt mało przez rodaków cenioną, przezemnie zaś specjalnie lekceważoną. Przyznaję się, że nie rozumiem, z jaką ta podejrzliwość i chęć dopatrzania się w ogólnikowem zdaniu zamiaru dotknięcia jego pracy.

Podręcznik prof. RYDYGIERA jest bardzo pożytecznym i wiele przez kolegów czytaniem dziełem. Nabyłem je w 1886 roku, gdy opuściło prasę i czytałem rozdziały, traktujące choroby gardła i krtani, bardzo uważnie. Czytałem je po raz wtóry, gdy zbierał materiały do pracy o tonsylootomii, a pomimo tego nie położyłem szczególnego nacisku na fakt, że prof. R. w cennej swej pracy nie powtórzył starych i jako błędne dowiedzionych poglądów.

Wspomniałem, że twórcą fałszywej teorii co do źródła krwotoków po tonsylootomii był CHASSAIGNAC i że postawił ją w 1846 r.. Pisząc owo zdanie, które wywołało list prof. R., miałem na myśli prace ówczesnych chirurgów. Przyznaje się do winy, że wyraziłem się zbyt ogólnikowo, ale mogę zapewnić prof. R., że jego książki nie miałem na myśli. Już w odpowiedzi na list D-ra SĘDZIĄKA poprawiłem to zdanie, pisząc, że pogląd ten błąkał się po różnych podręcznikach; sam więc przyznaję, że nie po wszystkich.

Drugi zarzut prof. RYDYGIERA dotyczy liczby podanych i dokonanych przezemnie tonsylootomij, którą uważa za nieściłą.

Tak jest, w istocie, jest ona niedokładną, przybliżoną; nie mieści bowiem w sobie liczby dokonanych na miesiąc tonsylootomij, których nie notowałem w dzienniku, prowadzonym od pierwszych lat praktyki mej, jako specjalisty, t. j. od 1874 r..

Jeżeli podaną przezemnie liczbę około 600 tonsylootomij podzielę przez lata mej praktyki, t. j. przez 18, wypadnie około 33 tonsylootomij na rok, około 3 tonsylootomij na miesiąc. I ta skromna cyfra operacji, wchodzącej w zakres mej specjalności, przy, bądź co bądź, bardzo dużym materjale, wydaje się prof. RYDYGIEROWI zbyt wielką. Tymczasem WARREN (patrz O. ZUKERKANDL *zur Frage der Blutung nach Tonsylootomie*), jako chirurg, wykonał ich 1000. W roku 1888 w szpitalu MACKENZIE'GO, zrobiono ich 743. A więc w jednym roku więcej, niż ja przez lat 18.

Co do uwagi prof. RYDYGIERA, że przy wycinaniu migdałka nożem cięcie należy prowadzić od dołu do góry, nie zaś od góry ku dołowi, jak ja to zalecam, odpowiem, że ostatnia metoda okazała się dla mnie dogodniejszą, więc ją poleciłem.

Prof. RYDYGIER powątpiewa, czy słusznie pętlicy galwanokaustycznej należy bezwarunkowo oddać pierwszeństwo. Ja tego nie utrzymywałem, a dowodem ustęp mej pracy drukowany na str. 895, gdzie mówię, że użycie tonsylootomu wskazanem jest przedewszystkiem u dzieci, i zdanie pomieszczone na str. 914, w którym wyraźnie objaśniam, że pętlica galwanokaustyczna powinna być przedewszystkiem użyta u dorosłych, przy twardych, włóknistych migdałkach, jeżeli na pewno chcemy uniknąć krwawienia.

Prof. RYDYGIER, który dotąd na 40—50 tonsylootomij nie widział silniejszego krwotoku, uważa, że nie warto dla tak błahej operacji wyciągnąć maszyny z szafy. Ja zaś, który widziałem dotąd 2 bardzo znaczne krwotoki po wycięciu migdałków tonsylootomem, zawsze pętlicy oddam pierwszeństwo, pomimo że operacja pętlicą jest o wiele trudniejsza, pomimo drogości baterji, straty czasu na jej nastawianie, częstego psucia się narzędzi i znacznie większych dla operatora kosztów. Przedewszy-

stkiem robię to dlatego, że dotąd spostrzegano przeszło 45 razy silne krwotoki po tonsylootomijach, dokonanych nożem lub tonsylootomem. Cyfra ta, zebrana w mej pracy, nie jest weale dokładną. Przypadki krwotoków silnych, niebezpiecznych, już w tym roku opisali: ARBUTHNOT LANE, (*Britisch med. Journal, April*), który zmuszonym był podwiązać *art. carotis communis*. HOVEL, SCHANON, POLLARD (*Referat z Therapeutische Monatshefte Nr. 9, str. 500*). KRASIN [w Dniewniku Obszezestwa Wraczej, pri Kazanskom uniwersitetie. R. 1892. III zeszyt] podaje 2 przypadki gwałtownych krwotoków po wycięciu migdałka tonsylootomem. W pierwszym, u 15-letniej dziewczyny, krwotok trwał 10 godzin, wystąpił w 2 godziny po operacji i ustal dopiero, gdy chora z anemii zemdlala. W drugim przypadku u 26-letniego oficera, silnej budowy, krwotok wystąpił w 2 godziny po operacji i trwał 6 godzin. Czyż tego rodzaju przypadki nie są wskazówką, aby zachować wszelkie możliwe ostrożności, aby nie narazić pacjenta na silną bezkrwistość lub śmierć z krwotoku. Wszak podalem przypadki zakończone śmiertelnie i to bez zranienia tętnicy szyjowej wewnętrznej.

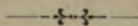
Czy wolno chirurgowi pomijać doświadczenie innych, czy wolno wybierać metodę łatwiejszą przed inną, nieco kłopotliwszą, lecz zabezpieczającą od groźnych komplikacji?

Wszak w razie śmiertelnego zejścia przy tak blabej operacji, jak tonsylootomija, potępi chirurga rodzina chorego, opinija publiczna, a czasem jego własne sumienie.

Oto moje w tym względzie przekonanie, od którego dziś, gdy poznal zalety metody bezkrwawej, nie odstąpię i, o ile to możliwe, zawsze stosować ją będę, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Każdy lekarz powinien umieć wykonać tonsylootomiję, na to zupełnie się zgadzam, ale powinien też wiedzieć, kiedy ją ma wykonać sam, a kiedy odesłać do chirurga, posiadającego wszelkie aparaty zabezpieczające od możliwości krwotoku.

Prawda, na klinikach kwestyja tamowania krwotoków jest omawiana, ale nie każdy lekarz robiący tonsylootomiję, potrafi wykonać w razie gwałtownego krwotoku, nieustępującego pod naciskiem, podwiązania tętnicy szyjowej, niezawsze znajdzie też w danej chwili odpowiednią asystencyję. Wszelkich tych trudności i chwil ciężkiej trwogi uniknie tak łatwo, operując u dorosłych pętlicą. Jakieżże metodzie należy oddać pierwszeństwo? Niech ogół rozstrzygnie ¹⁾.

Wiadomości bieżące.



— GÜNTHER, asystent instytutu higienicznego w Berlinie, opisuje nowego mikroba przecinkowatego, mikroskopowo zupełnie podobnego do laseczników KOCH'a: mikroba ten, nazwany przez autora „*vibrio aquatilis*“, znaleziony został w niecedzonej wodzie z rzeki Szprei i łatwo może być źródłem pomyłek przy poszukiwaniach w wodzie laseczników cholerycznych. Mikroba GÜNTHER'a rośnie na żelatynie przy 21°—22° C. bardzo wolno i najwolniej ze wszystkich podobnych do niego gatunków [*vibrio* FINKLER'a, DENEKE'ego, KOCH'a, METSCHNIKOFF'a] rozrzedza żelatynę; w hodowlach przez nakłucie rośnie tylko powierzchownie i prawie zupełnie nie rozwija się wzdłuż linii nakłucia, na płytkach przedstawia się w postaci zupełnie okrągłych z gładkimi brzegami, bardzo drobnoziarnistych, burego koloru kolonij. W neutralnym i alkalicznym buljionie, na różnego rodzaju kartoflach nie rośnie prawie zupełnie, czy przy ciepłocie pokojowej 21°—22° C., czy w termostacie 31°. Natomiast na agarze „*vibrio aquatilis*“ rośnie bardzo [przy ciepłocie 37°] w przeciwieństwie do mikrobów DENEKE'ego, które na agarze nie rozwijają się. O ile dowodzą doświadczenia autora, „*vibrio aquatilis*“ nie posiada działania chorobotwórczego, tak, że należy uważać gatunek ten za zwykłe saprofity.

— W połowie Października r. b. BUJWID znalazł w wodzie wiślanej bakteryję, drobnowidzowo zupełnie podobną do bakteryi cholery, prawdopodobnie identyczną z bakteryją GÜNTHER'a.

¹⁾ Aby już skończyć z kwestyją krwotoków po tonsylootomii, nadmieniam w tem miejscu, że cytowane w pracy CHASSAIGNACA 4 przypadki krwotoków, jakoby wywołanych zranieniem *art. carotis inter.*, podane przez VELPEAU, miały miejsce u chorych, których operowano nożem ostrokańczastym. CHASSAIGNAC pisze o nich w swej pracy (*l. c.* str. 108—109). *Je ne crois pas, qu'il y ait un seul cas de blessure de la carotide, coïncidement avec l'emploi de l'instrument de Fahnestock.*

Na płytkach rośnie ona powoli, głównie na powierzchni, przy ciepłocie około 14—16° C. daje obraz zupełnie podobny do tego, jaki dają bakteryje cholery. W buljonie rośnie bardzo słabo, na agarze bardzo szybko, w galarecie bardzo powoli i prawie wyłącznie w górnej części wkłucia, co dowodzi, że jest prawie wyłącznie aerobowa. Indolowej reakcyi z kwasem solnym nie daje. O ile sądzić można z zapachu, rozwija się merkaptan nie zaś indol, z tego powodu nie może być zaliczoną do grupy choleroïdów [B. FINKLER'a, MILLER'a, DENEKE'go, METSCHNIKOW'a].

Ze względu na łatwość pomyłek przy badaniu wstępnem, mianowicie przy niskiej ciepłocie pokojowej, obszerniejszy opis zamieszczonym będzie później. Tę samą bakteryje znalazł w Listopadzie w wodzie studni w Lublinie stud. med. ORŁOWSKI, dalsze doświadczenia nad tym rodzajem bakteryj są prowadzone w pracowni BUJWIDA.

— XV kongres balneologów niemieckich odbędzie się między 8 a 13 Marca 1893 w Berlinie pod prezydencyją prof. LIEBREICH'a.

— Kol. DMOCHOWSKI ŻDZISŁAW mianowany został pomocnikiem prosektora przy katedrze anatomii patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

— PASTEUR w Paryżu obchodzić będzie w d. 27 Grudnia jubileusz z okazji dojsia do 70 lat życia. W sekcyi lekarskiej Akademii Nauk powstał komitet celem uczczenia znakomitego uczzonego i zebrania składek na dar honorowy. W skład komitetu wchodzi akademicy: MAREY, CHARCOT, BROWN-SÉQUARD, BOUCHARD, VERNEUIL, GUYON, DUCLAUX i GRANCHER.

— Na posiedzeniu z d. 13 b. m. Warszawskie Towarzystwo Lekarskie wybrało PASTEUR'a na członka honorowego przez aklamacyję i wysłał do Paryża adres wraz z dyplomem, który zawiozą koledzy BUJWID i BENNI.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1893 według tego samego programu, w zwiększonej objętości, a cena ulega podwyższeniu, mianowicie wynosić będzie w Warszawie: rocznie 7 rubli, półrocznie 3 rs. 50 kop.; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą: rocznie 8 rubli, półrocznie 4 ruble.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1893 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów prowincjonalnych „Katalog księgarni Paprockiego i S-ki“.

KAŻDY PRENUMERATOR MA PRAWO WYDRUKOWAĆ DARMO CO KWARTAŁ
OGŁOSZENIE OBJĘTOŚCI 10 WIERSZY PETITOWYCH.

KAŻDY PRENUMERATOR MA PRAWO WYDRUKOWAĆ DARMO CO KWARTAŁ
OGŁOSZENIE OBJĘTOŚCI 10 WIERSZY PETITOWYCH.

Wychodzi codziennie, nie wyłączając niedzieli.

Istniejący rok setny dwudziesty

Dziennik Polityczno-Społeczno-Literacki

„GAZETA WARSZAWSKA“

z bezpłatnym dodatkiem tygodniowym p. t.

„Korrespondent Rolniczy, Handlowy i Przemysłowy.“

Jedyny większy dziennik, wychodzący codziennie z rana i wysyłany na pocztę przed południem—jest więc pismem najwcześniej dochodzącem na prowincyję, i z wielkich gazet warszawskich najtańszem.

TREŚĆ PISMA: Artykuły wstępne, poświęcone sprawom krajowym i zagranicznym.—Artykuły luźne z dziedziny objawów życia społecznego, ekonomicznego rozwoju kraju, rolnictwa i t. p.—Korrespondencje z różnych stron Królestwa Polskiego i Cesarstwa, korespondencje stałe z Krakowa, Lwowa, Pragi, Wiednia, Berlina, Paryża, Rzymu, Londynu i t. p.—Feljton poświęcony sprawom teatru, muzyce, sprawozdaniom ze sztuk pięknych.—Kroniki miesięczne z Paryża i Wiednia.—Sprawozdanie z ruchu książkowego i literackiego w kraju i za granicą.—Notatki literackie, jako wskazówki dla chcących się zapoznać z ruchem literackim.—W felietonie powieści i nowelle oryginalne i tłumaczone.—Kronika sądowa.—Telegramy: własne i Agencji Północnej.—Sprawozdania z ruchu handlowego i przemysłowego.—Ceny zboża i produktów rolniczych na rozmaitych rynkach Królestwa, Cesarstwa (Odessa, Libawa, Ryga) i zagranicy.

Warunki prenumeraty „Gazety Warszawskiej“

W Warszawie: rocznie 9 rubli, półrocznie rs. 4 kop. 50, kwartalnie rs. 2 kop. 25, miesięcznie kop. 75. Za odnośnienie do domu 5 kop. miesięcznie.

Na prowincyi i w Cesarstwie: rocznie rs. 12, półrocznie rs. 6, kwartalnie rs. 3—łącznie z przesyłką pocztową.

Przedpłata przyjmuje się od każdego 1-go miesiąca według kalendarza nowego stylu.

Za wiersz ogłoszenia petitum lub jego miejsce 8 kop. Wiersz reklamy 20 kop.

ADRES: Redakcyja „Gazety Warszawskiej“ Warszawa, Krakowskie-Przedmieście N. 2.

Redaktor i Wydawca St. Lesznowski.

W ciągu roku wychodzi 343 razy.

Wychodzi codziennie, nie wyłączając niedzieli.

LECZNICA

CHORÓB ZĘBÓW I JAMY USTNEJ

Marszałkowska 109.

Przyjmują doktorowie i dentyści od godz. 10—6-jej. Ciężko chorzy mogą się umieścić w Lecznicy. 52—16

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefon Nr. 155.

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni (*vacuum*).

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.

Wina lecznicze, przyrządzane na wyborowych gatunkach win francuzkich i hiszpańskich—własnego importu.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—22