

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Spostrzeżenia z praktyki prywatnej i szpitalnej. Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego. Opisał dr. Władysław Florkiewicz.—**Streszczenia i wyciągi.** 15. O włóknistej postaci suchót płonnych. (13). O cierpieniach ocznych gośćcowych. (Ciąg dalszy). 16. Leczenie wiewióra miękkiego za pomocą jodoformu. 17. Leczenie cholery podczas ostatniej epidemii w Tulonie. — **Assenizacja Warszawy. II. — Odcinek.** W sprawie własności odwaniających torfu Otwockiego.—**Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.**

Spostrzeżenia z praktyki prywatnej i szpitalnej.

TRZY PRZYPADKI powikłanego przymiotu spóźnionego (*sypilis tarda*).

Opisał dr. Władysław Florkiewicz.

Jako ciąg dalszy ¹⁾ spostrzeżeń ważniejszych zebranych w zakresie mej działalności lekarskiej, podaję historią trzech przypadków chorobowych, z których dwa pierwsze zdają mi się tworzyć przyczynek do poglądów naukowych na stosunek przymiotu spóźnionego do zaburzeń w ośrodkach układu nerwowego, trzecie zaś przez swe charakterystyczne objawy i przebieg, posłużyć może za wskazówkę przy ocenie przypadków analogicznych, nieczęsto napotykanających się w praktyce.

Spostrzeżenie I. **MENINGO-MYELITIS TRANSVERSA DORSALIS SYPHILITICA.**

W połowie Października 1878 r. celem zasięgnięcia mej rady lekarskiej, przybył do Koniecpola, gdzie podówczas pełniłem obowiązki lekarza szpitala, pan J. P. lat 40 liczący, obywatel ziemski, oddawna mi znany, jako dzierżawca wsi sąsiedniej, od kilku miesięcy przesiedlony w dalszą okolicę gubernii Piotrkowskiej. Ponieważ pan P. wczasie swego przeprowadzenia się pożegnał się ze mną zdrów i czerstwy, niemałe więc było moje zdziwienie, gdy niespodziewanie ujrzałem go w stanie tej niemocy ciężkiej, która stanowić będzie wątek niniejszego opisu.

Pan P. pochodzi z rodziców zdrowych, zmarłych w wieku późnym, ma jednego brata zdrowego, w młodości nie przechodził za dnych chorób ważniejszych. Przy końcu r. 1864, w kilka tygodni po spółkowaniu podejrzanem, utworzył się na prąciu jego wrzód, po którym w Marcu 1865 roku kiedy się zgłosił do mnie po raz pierwszy o radę, pozostała blizna nieznaczna. Badanie wykazało naówczas objawy niewątpliwe przymiotu wtórnego, na powierzchni tułowia i kończyn znajdowała się wysypka charakterystyczna, na błonie śluzowej ust i przełyku łepięże i powiększenie gruczołów chłonnych. Leczenie polegało na wewnętrznem użyciu prze-

¹⁾ Medycyna z r. 1882. Nr. 8, 9 i 10.

tworów rțciowych, w następstwie czego znikły dosyć rychło wszystkie objawy przymiotu i przez przeciąg następnych lat 13, w których miewalem wielokrotnie sposobność badania stanu zdrowia pana P. nie objawił się u niego żaden ślad tej choroby. W pomienionym przeciągu czasu, pacjent cieszył się w ogóle dobrem zdrowiem, pomimo że oddawał czasem dosyć znaczne ilości piasku w moczu i dwukrotnie przebył napady bólów przedstawiających cechę kolki nerkowej; w przedostatnim dopiero roku dwa razy zapadał na zapalenie gośćcowe stawów, połączone z gorączką umiarkowaną, które przechodziło bez komplikacji i dosyć prędko. W połowie m. Sierpnia 1878 począł odczuwać w części łądzwiowej kręgosłupa i w kończynach dolnych bóle dosyć silne i często się powtarzające, których przyczynę powstania odnosił do przemoczenia się i utrudzenia na polowaniu całodziennem na błotach. Lekarz wezwany o radę miał uznać te bóle za objaw gośćcowy i polecił ciepłe kąpiele sione. Pomimo wzięcia oznaczonej ich liczby, bóle nie ustąpiły, owszem przy końcu kuracji zmogły się bardzo, mianowicie w kończynach dolnych, w których zarazem pan P. począł doznawać pewnego osłabienia. Zasiągnąwszy z tego powodu dalszej rady, otrzymał polecenie, aby po pewnej przerwie czasu rozpoczął na nowo kąpiele z ilością soli kuchennej znacznie powiększoną i przy ciepłocie znacznie wyższej. Podczas trzeciej takiej kąpieli stracił pacjent tak dalece władzę w kończynach dolnych, że nie był w stanie o własnej sile wyjść z wanny, a w ciągu kilku dni następnych przy wzmagających się ciągle bólach, postradał w zupełności władzę i czucie w kończynach dolnych, a następnie wystąpiła niemożność oddawania kału i moczu. Po kilku tygodniach pacjent przybył do mnie ułożony w pojeździe jak w łózkę, a badanie podjęte naówczas wykazało następujący stan zdrowia. Wzrost dobry, układy mięśniowy i kostny dobrze rozwinięte, skóra blada, podściółka tłuszczowa gruba, w wyrazie twarzy maluje się cierpienie i upadek na duchu. Puls, oddech i ciepłota ciała prawidłowe. W narządach oddechu i krążenia nie wykazuje badanie żadnych zбочeń przedmiotowych, chory uskarża się jedynie na uczucie ciężaru na powierzchni brzucha, utrudniające mu oddech, gruczoły chłonne na powierzchni ciała nie są powiększone. W narządzie trawienia wykazało badanie zбочenia następane: brzuch wzdęty i twardy; macanie głębsze pozwala wyczuwać napełnienie okrężnicy poprzecznej i zstępującej; stolec zaparty stale a wypróżnienia od początku choroby następują jedynie po użyciu środka przeczyszczającego; wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Zaburzenia w układzie moczopłciowym ograniczały się na przepełnieniu pęcherza, którego dno dawało się wyczuwać wysoko nad spojeniem kości łonowych i na niemożności oddawania moczu, który przy wysiłku pacjenta wezwanego o dopełnienie tej czynności, odchodził tylko kroplami, a wypuszczony zapomocą cewnika w ilości około 700 cm. kub. był ciemnożółtym, mętnym, miał c. g. 1028, zawierał sporo osadu śluzoropnego, oddziaływał obojętnie, nie zawierał białka ani cukru. Badanie układu nerwowego wykazało zaburzenia następujące: a) obiedwie kończyny dolne znajdowały się

w stanie bezwładności zupełnej, żadną z nich nie był pacjent w możności wykonać ruchu najmniejszego, ruchy bierne były swobodne; b) odruchy nie istniały w obydwóch kończynach dolnych, klócie, łechtanie podeszew wcale ich nie wywoływało; c) w obydwóch kończynach dolnych, tudzież na powierzchni brzucha i grzbietu aż po linię łuków żebrowych nie można było wywołać uczucia bólu zapomocą klócia i szczypania skóry, zmysł dotykania, wrażliwość na zimno i ciepło nie istniały również w całej dolnej powierzchni ciała, d) dosyć silny strumień prądu przerywanego nie był zupełnie odczuwanym na skórze, kurezliwość zaś mięśni była niezmiernie słabą; e) mięśnie po obydwóch stronach stosu kręgowego były w stanie skurezu stałego, uniemożliwiającego ruch części piersiowej i lędźwiowej tegoż stosu; f) dolna połowa stosu kręgowego przedstawiała podwyższoną wrażliwość na ucisk, a mianowicie bolesność wyrostków kolczystych 2 ostatnich kręgów piersiowych i 3 pierwszych lędźwiowych była tak wydatną, że lekkie opukiwanie takowych wywoływało objawy bólu wielkiego. W układzie nerwów górnej połowy tułowia, kończyn górnych i w zakresie nerwów czaszkowych nie było żadnych złoczeń; władze psychiczne były w stanie nienaruszonym.

R o z p o z n a n i e. Wyniki badania wykazujące zupełne porażenie ruchu i uczucia w dolnej połowie ciała, połączone ze zniesieniem odruchów i pobudliwości elektrycznej, z uposledzeniem działalności odbytnicy i pęcherza, z wydatną bolesnością części kręgosłupa i jej unieruchomieniem przez skurez stały mięśni odpowiednich, a przytem brak zupełny zaburzeń w reszcie układu nerwowego nie pozwalały wątpić, że istniejące zaburzenia były następstwem zmian anatomicznych, znoszących działalność rdzenia kręgowego na jego pewnej, całkowitej przestrzeni i że ognisko tych zmian mieściło się w tej części rdzenia, którą wskazywała podwyższona bolesność 5 wymienionych wyrostków kolczystych kręgosłupa i której odpowiadał zupełnie zakres istniejących zaburzeń czynnościowych.

Zupełnie pomyślny stan poprzedni zdrowia pacjenta, brak momentu traumatycznego, niemożność wykazania nowotworu złośliwego w innych narządach ustroju, a wreszcie podany w anamnezie moment etiologiczny, wykazujący, że choroba poczęła się rozwijać po przemoknięciu i utrudzeniu fizycznym, dosyć prędki rozwój przypadłości i brak gorączki, wydawały się być dostatecznymi podstawami do uznania choroby pana P. jako zapalenie przewlekłe rdzenia kręgowego i jego opon (*meningo-myelitis chronica*) jakkolwiek wykluczenie nowotworu złośliwego pierwotnego, zawsze niemożliwe w początkach choroby, opierało się jedynie na rzadkości tego rodzaju sprawy i na braku usposobienia dziedzicznego.

Chociaż określenie istoty choroby i jej siedziby nie przedstawiało trudności, zachodziła jednak wątpliwość pod względem etiologicznym, a mianowicie pod względem oceny klinicznej, czy choroba była pierwotną, spowodowaną uszkodzeniem ustroju zdrowego przez czynniki szkodliwe zewnętrzne, lub też następczą, t. j., wynikłą z innej sprawy chorobowej ogólnej, tkwiącej w ustroju, wobec której wpływ czynników zewnętrznych,

podanych jako przyczyna zaburzeń, stanowił moment etiologiczny tylko podrzędny. Ponieważ pan P. był osobnikiem odżywiającym się doskonale, do chwili wybuchu ostatniej niemocy pełnym sił i czerstwości, nieobciążonym skutkami nadużyć w zakresie układu nerwowego i niedziedzicznym usposobienia do chorób w tymże układzie, a wreszcie człowiekiem obytym z trudami fizycznymi, z wpływami zimna i wilgoci: nie mogłem wątpić, że przyczyna jego choroby musiała tkwić w jego ustroju przed wybuchem takowej i że istotny moment etiologiczny polega na jakiejś sprawie chorobowej ogólnej, ukrytej poza objawami zbroczeń stwierdzonych przez badanie. Na poparcie tego poglądu anamneza wykazywała dwie sprawy chorobowe, mogące stanowić punkt wyjścia dla zmian anatomicznych i zbroczeń czynnościowych istniejących u pacyenta, a mianowicie: przymiot i gościec; obiedwie te sprawy bywają czynnikami etiologicznymi sprzyjającymi powstaniu i rozwojowi przewlekłego zapalenia rdzenia kręgowego i jego opony, na korzyść którego przemawiał przebieg dotychczasowy i całokształt objawów choroby. Niezmiernie ważnym momentem na stronę przymiotu był wzgląd na przebyte przed laty 11 objawy wczesne tej choroby, która obecnie mogła wystąpić w postaci guza przymiotowego na powierzchniach przewodu kręgosłupa, rdzenia kręgowego i jego opon, lub wysięków zapalnych w dwóch ostatnich narządach; z uwagi jednak na to, że w ciągu długiego okresu czasu nie było żadnych przypadłości, co zaś ważniejsza, że badanie stanu obecnego nie wykazało powiększenia gruczołów chłonnych, a w całym ustroju nie wykryło ani śladu takich objawów przedmiotowych lub podmiotowych, na których możnaby było opierać przypuszczenia przymiotu późnego; gdy przeciwnie na korzyść gościca przemawiały 2 napady przebytego przed rokiem gościca stawowego wysiękowego, tudzież ostatni moment etiologiczny zaziębienie i przemoczenie, które jak wiemy niezmiernie sprzyjają tego rodzaju zaburzeń, przeto ostatecznie na szali przekonania mego przeważył ten pogląd, że pod wpływem dyskrazji reumatycznej, jako momentu etiologicznego przeważnego i usposabiającego, a przy współdziałaniu czynników pobudzających, zewnętrznych wytworzyło się ograniczone, przewlekłe zapalenie wysiękowe najprzód opon a następnie rdzenia kręgowego, *meningo-myelitis rheumatica chronica*, które to rozpoznanie przekonało mnie raz jeszcze, że zdanie prof. BARTELSA z Kiel, piszącego: „*Rheumatismus des Teufels Grossmutter in der ärztlichen Diagnose*”, pełne dowcipu, bywa i prawdziwym dosyć często.

Leczenie polecone przezemnie polegało: na przystawieniu baniek ciętych na miejscu wskazanem przez bolesność kręgów pacierzowych, następnem jątżeniu skóry na temże miejscu zapomocą wezykatoryi, a ostatecznie na stosowaniu ciąglem okładów rozgrzewających (*compresses échauffantes*) na dolną połowę kolumny pacierzowej, na zaleceniu metodycznego wypróżnienia pęcherza moczowego. Do wewnątrz przepisałem środek mający sprowadzić skuteczne wypróżnianie stolca, środki gorzkie poprawić mające upośledzone łąknienie, a nareszcie małe dawki *kali jodati* i *nucis vomicae*. Po upływie miesiąca otrzymałem wiadomość listowną od żony pacyenta,

który po zasięgnięciu mej rady powrócił do domu, że stan jego polepszył się znacznie, że odzyskał cokolwiek władzy i czucia w kończynach dolnych, że działalność pęcherza, jakkolwiek słaba, bywa jednak zależną od woli, że bóle w kolumnie pacierzowej zmniejszyły się, że powrócił apetyt i sen a wreszcie powróciła nadzieja wyzdrowienia, którą oboje państwo P. byli zupełnie stracili. W odpowiedzi na wiadomość powyższą poleciłem przystawić powtórnie bańki i wezykatoryą, potem stosować dalej okłady na kolumnę kręgową, używać dalej wymienione powyżej środki wewnętrzne a wreszcie odpowiedni sposób żywienia.

W połowie Grudnia t. r. to jest we dwa miesiące po bytności u mnie pana P., miałem sposobność zbadać znów osobiście stan jego proszonym będąc o odwiedzenie państwa P. w przejeździe moim do Warszawy, dokąd właśnie w owym czasie przeprowadziłem się na mieszkanie.

Badanie wykazało mi następujące zmiany, zaszłe przez przeciąg czasu pomieniony: władza w kończynach dolnej prawej powróciła o tyle że pacjent był w stanie podnieść ją nieco w górę, władza w kończynach dolnej ograniczała się na ruchach stopy i palców, czucie w dolnej połowie ciała powróciło także częściowo, ukłócie szpilką odczuwanem było miejscami dobrze, miejscami słabo, miejscami zaś wcale jeszcze nie dochodziło do świadomości chorego; odruchy były dosyć wydatne, bolesność kręgosłupa i podwyższona na ucisk wrażliwość jego były znacznie zmniejszone, napięcie skurczowe mięśni lędźwiowych istniało wprawdzie jak dawniej, choroby mógł jednak siadać o własnej sile; działalność pęcherza, jakkolwiek słaba, była jednak dostateczną do wydalania moczu ze znacznym wysiłkiem, ale bez pomocy cewnika; stolec był zawsze zaparty, apetyt dobry, wygląd chorego nie pozostawiał wiele do życzenia, uskarżał się on podówczas na nieznanne na początku choroby podrywy skurczowe w kończynach dolnych, zdarzające się często i niespodzianie, a najczęściej we śnie i w nocy i będące źródłem bardzo dla chorego przykrych wrażeń wstrząsających całym ustrojem i niepokojących go we śnie. Ważnym momentem stwierdzonym przy tem badaniu była ta okoliczność, że poprawa w stanie chorego zaszła w ciągu trzech pierwszych tygodni po rozpoczęciu kuracyi zaleconej przezemnie, poczem mimo stosowania dalszego środków, które początkowo wydawały się tak skutecznymi, nastąpiła stagnacya, stan się nie pogarszał, ale też nie było żadnego dalszego postępu ku lepszemu. Wszystko to bowiem wzięte pod uwagę doprowadziło mnie do wniosków, że zmiany anatomiczne zachodzą raczej zewnątrz rdzenia kręgowego, że zaburzenia czynnościowe polegają więcej na ucisku, aniżeli na wysięku zapalnym w samym rdzeniu, że wytwory chorobowe są zdolne do przemiany wstecznej i wessania pod wpływem terapii właściwej, a że z pomiędzy środków zastosowanych przezemnie skuteczną bardzo rolę miałem prawo przypisać jodowi. Okoliczność ta w połączeniu z anamnezą, wykazującą przymiot przebyty przed 13 laty, pozwalała sądzić, że zaburzenia w działalności mleczka pacierzowego spowodowane są albo przez obecność guzów przymiotowych w kanale kręgosłupa, albo, co prawdopodobniejsze, z uwa-

gi na powstanie i rozwój objawów chorobowych, przez wysięk zapalny, ograniczony, umiejscowiony przeważnie w oponie miękkiej, wytworzony, nie na skutek dyskrazji gościcowej, ale w następstwie przymiotu późnego, istniejącego w ustroju pomimo niemożności wykazania jego objawów w innych tegoż narządach.

W myśl tego rozpoznania przedstawiłem panu P. potrzebę przeprowadzenia leczenia przeciwprzymiotowego pod kierunkiem najbliższego lekarza, któremu listownie skreśliwszy mój pogląd na naturę choroby, zaproponowałem zastosowanie wcierań szaruchy i równoczesne podawanie do wewnątrz większych dawek *kalii jodati*. W tydzień później otrzymałem od państwa P. wiadomość, że pacjent zdecydował się przyjechać do Warszawy celem przeprowadzenia tu kuracji pod moim kierunkiem, a następnie upłynęło przeszło dwa miesiące, przez które nie miałem żadnej wiadomości o panu P., albowiem zamierzony wyjazd jego z domu uległ zwłoce z powodu, iż insynuacye przyjaciół, opierające się jakoby na informacjach kompetentnych, wyrobiły w pani P. i jej krewnych najbliższych to przekonanie, że choroba pana P. jest nieuleczalną, że zatem wszelkie usiłowania dalsze będą bezskutecznymi. W początkach Marca 1879, przybył jednakże pan P. do Warszawy i zaprosił wraz ze mną prof. NAWROCKIEGO do narady. Stan jego nie uległ żadnej zmianie od połowy Grudnia, co nie mogło wpłynąć na zmianę mego poglądu na istotę choroby. Prof. NAWROCKI, zbadawszy pacyenta, obok objawów porażen wyżej opisanych, stwierdził znaczne pomniejszenie kurczliwości elektrycznej mięśni w dolnej połowie ciała i zgodził się na mój pogląd. Leczenie, polegające na wcieraniach co drugi dzień po pół drachmy szaruchy i podawaniu po 20 gran *kali jodati* rozpoczęło się d. 8 Marca, a skutek jego przewyższył oczekiwanie, albowiem pan P. od pół roku złożony bezwładnością na łożu niemocy, po 6 wcieraniach—jakby pod wpływem różeczki czarodziejskiej—był już w stanie przejść po pokoju oparty jedną ręką na ramieniu służącego a drugą na lasce, poczem przy zmianie wcierań na codzienne, ilość szaruchy została powiększoną do 1 drachmy. Po 12 wcieraniach pacjent mógł już przechodzić się po pokoju oparty jedynie na lasce, po 24 chodził zupełnie swobodnie i bez utrudzenia, jakkolwiek chód jego był chwiejny. Przez przeciąg tej kuracji nie było żadnych przypadłości obocznych, wygląd chorego stawał się codziennie lepszym, przy końcu kuracji pęcherz działał z zupełną energią, wypróżnienia stolcowe odbywały się bez pomocy sztuki, czucie na całej powierzchni ciała było zupełnie prawidłowym, bolesność w kręgach znikła bez śladu. W drugiej połowie Kwietnia stan pacyenta był takim, że mógł on już sam jeden chodzić do mieszkania prof. NAWROCKIEGO, który w tym czasie rozpoczął stosowanie prądów stałych na kolumnę pancerzową i mięśnie porażaniu poprzedniemu uległe, a ostatecznie po 30 takich posiedzeniach pan P. zdrowy zupełnie powrócił do domu. W roku następnym z powodu pewnych objawów budzących uzasadnione podejrzenie, poleciłem panu P. udać się do Buska, gdzie po wzięciu pewnej liczby wcierań szaruchy i kąpeli letnich objawy pomie-

nione ustąpiły zupełnie i odtąd stan zdrowia pacyenta nie przestał być zo wszechmiar pomyślnym p. P. gospodaruje—poluje, jak każdy z jego najzdrowszych sąsiadów.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

15. SOKOŁOWSKI Alfred. 0 włóknistej postaci suchót płucnych (*phthisis fibrosa*). Chociaż anatomija patologiczna wykazała, że podstawą tak gruźlicy ostrej jako też i różnych zmian suchotniczych w płucach oraz i t. z. serowatego płuc zapalenia zawsze jest gruzełek (CHARCOT, CORNIL i RANVIER, THAON, GRANCHER, RINDFLEISCH, ZIEGLER i w. i.); to jednakże z punktu widzenia klinicznego istnieje zasada do przyjęcia pewnej liczby odrębnych postaci suchót płucnych. Jedną z takich postaci w jakiej się suchoty, choć niezbyt często, pojawić mogą, jest t. z. postać włóknista. Dla szczegółowszego zbadania tej postaci klinicznej, którą dopiero od niedawna w grupie chorób płucnych wyróżniać poczęto, poświęcił autor szereg poważnych studyjów, tym pożądanyszych dla ogółu lekarzy, że mających bardzo ważne pod względem praktycznym znaczenie. Okoliczność ta zobowiązuje nas do szczegółowego zastanowienia się nad powyższą pracą oraz obszerniejszego zdania z niej sprawy. Pytanie, dla czego jeden i tenże sam element chorobowy (gruzełek, resp. pasożyt gruźliczy) raz tę, drugi raz inną postać suchót sprawadza? nie zostało dotąd jeszcze rozwiązaniem. Prawdopodobnie pod tym względem rozstrzygają właściwości osobnicze a może też niektóre wpływy zewnętrzne. Dla czego mianowicie, raz występuje ostra prosówkowa gruźlica, która chorego szybko zabija, drugi raz sprawa toczy się czas znacznie dłuższy i obszernemi zniszczeniami oraz sprawami rozpadowemi się charakteryzuje, lub wreszcie, dla czego powstaje nadmierny przerost tkanki łącznej stanowiący suchoty włókniste trwające nieraz lat dziesiątki? może w przyszłości da się to wyjaśnić jeżeli w każdym pojedyńczym przypadku badać będziemy poszczególne warunki wśród których choroba przyszła do skutku, a więc: wpływy dziedziczne, wiek, rodzaj zajęcia, warunki socyalne, klimatyczne, przebyte dawniej sprawy chorobne, sposób poprzedniego leczenia i t. p. Ogólnie biorąc, sama choroba polega na patologicznym rozroście tkanki łącznej. CLARK był pierwszym, który wyróżnił suchoty włókniste (*fibroid phthisis*) jako odrębną zupełnie postać chorobną, uważając je za cierpienie pierwotne (idyjopatyczne) gdy POWELL twierdzi, że one są zjawiskiem następczem. Dla WILLIAMS'A *phthisis fibrosa* stanowi tylko odmianę suchót zwykłych powikłanych występowaniem zgęszczeń łączno-tkanekowych. Jeszcze do niedawna autorowie niemieccy (NIEMEYER, JÜRGENSEN) mało na ten przedmiot wogóle zwracali uwagi, mówiąc tylko o marskościowej przemianie (*cirrhosis*) tkanki płucnej jako zejściu różnorodnych spraw, a przedewszystkiem zapalenia opłucnej. Dopiero BENEKE (r. 1879) zajmując się suchotami płuc z klinicznego punktu widzenia i starając się ściślej je rozklasyfikować, zastanawia się nad „*fibromatöse Phthise*“ wszelako traktuje rzecz ogólnikowo, nie podając jasnego obrazu klinicznego. Z franczkich badaczy zasługuje na wzmiankę BARD, który jednakże rozpatruje rzecz ze stanowiska przeważnie histologicznego, a z najnowszych Du CASTEL, że pominiemy tu innych. Z polskich badaczy KORCZYŃSKI w pracy swej: O zwyrodnieniu włóknistem tkanin z przeważnem uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnej (Medycyna r. 1882) dotyka również w mowie będącej sprawy, twierdząc, iż uprawnionem jest rozróżnienie t. z. *phthisis indurativa vel cirrhotica*, jako odrębnej postaci klinicznej o ile ona ma odmienną etyologiją od zwykłych suchót. Zasobny krytycznem opracowaniem tego co dotąd inni

badacze zrobili, a przedewszystkiem własnymi, klinicznymi poszukiwaniami, autor nasz, w następnym sposobie definiuje chorobę o której mowa: „Pod nazwą włóknistej postaci suchót płucnych — *phthisis pulmonum fibrosa* — rozumiemy tę formę [suchót płucnych, której podstawą anatomiczną jest nadmierny rozwój tkanki łącznej, powstający pierwotnie — lub co ma najczęściej miejsce — następnie, po ostrych lub przewlekłych cierpieniach mięszu płucnego lub opłucnej. Postać ta charakteryzuje się niezwykle przewlekłym przebiegiem, trwa lata a nawet dziesiątki lat, przebiega zazwyczaj bez gorączki, ma niezwykle skłonność do zatrzymania się w rozwoju; w późnych okresach choroby, forma ta jednak przybiera charakter zwykłych suchót płucnych, przedstawiając jednakże i wówczas, pewne odrębne, jej ściśle właściwe objawy.“ Z klinicznego stanowiska dwie postacie choroby tej wyróżnić należy, mianowicie: zwykłe suchoty włókniste (*phthisis fibrosa simplex*), oraz suchoty włókniste towarzyszące rozedmie płuc (*phthisis fibrosa ab emphysemate*). Co do pierwszej postaci, to rozwija się ona powoli, skrycie, jak się autor wyraża, bez żadnych pierwotnych objawów. Osobniki zupełnie zdrowe, zaczynają kaszleć niezwracając uwagi na ten objaw; nieraz lat kilka upłynie zanim się pojawi mniej lub więcej obfite krwioplucie, lub też nawet jeden lub więcej krwotok, które jednak nie wywołują żadnego gorączkowego odczynu. Wkrótce z powyższymi objawami łączy się duszność, z początku nieznaczna, później stopniowo się wzmagająca; współcześnie kaszel staje się częstszym, plwocina obfitszą. Pomimo tego stan ogólny chorych przedstawia się ciągle dobrze, gdyż prócz kaszlu i duszności nic im zgoła nie dolega. Badanie fizyczne stwierdza podówczas zgęszczenie jednego lub obu szczytów płuc, jednakże bez najmniejszych objawów rozpadu. Stan taki może trwać bardzo długo, a chorzy nieraz dochodzą do później nawet starości. W większości jednak przypadków powyższy — stacyjny — okres, ustępuje miejsca drugiemu, który się cechuje coraz bardziej wzmagającą się dusznością, a wtedy ta ostatnia, staje się objawem naczelnym i najdokuczliwszym. Chorzy tylko z trudnością chodzić mogą, a lada przyczyna może duszność tę zwiększyć, gdyż nawet mówienie staje się dla nich męczącym. Jednocześnie kaszel przybiera coraz to bardziej duszący charakter, plwocina staje się coraz obfitszą; pojawia się od czasu do czasu krwioplucie, w ślad za czem chory zaczyna podupadać na siłach, chudnie, niszczeje, łaknienie znika, pojawia się zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem. Jest to drugi okres choroby; wreszcie pojawia się okres końcowy czyli okres stopniowego wycieńczenia, wywołany ciąglą dusznością, która ze swej strony bezsenności staje się powodem. Uporczywe rozwolnienie, choroba nerek lub zajęcie krtani kładą koniec smutnej egzystencji chorego. Badanie fizyczne w tym okresie choroby przedsięwzięte, stwierdza obecność rozległych zniszczeń mięszu płucnego i wogóle, zjawiska wysoko posuniętych suchót płucnych (jamy, rozległe zgęszczenie mięszu, owrzodzenia krtani); panującymi jednakże zjawiskami w dwóch tych ostatnich okresach przedewszystkiem są: 1-o ciągle trwająca i niezwykle silna duszność, stanowiąca jedyny przedmiot skargi ze strony chorego i 2-o brak gorączki oraz potów nocnych, t. j. tych dwóch najgłówniejszych objawów, które napotykaamy w końcowym okresie zwykłych suchót płucnych. W innych razach rozwijanie się choroby czyli opisany powyżej okres pierwszy nie ma charakteru przewlekłego, a choroba występuje nagle pod postacią ostrego

zrazikowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*) jednego ze szczytów lub też zapalenia opłucnej, krwotoku obłitego i t. p. Ostro gorączkowy stan nawet z objawami hektycznymi trwa nieraz kilka tygodni (rzadko dłużej); poczem chorzy przychodzą do siebie i jako jedyny ślad przebytej choroby pozostaje kaszel wreszcie nieznaczny ze skąpą plwociną, oraz lekka duszność. W takim stanie chory może zarówno przetrwać długie nieraz lata pomimo tego, że od czasu do czasu występuje krwioplucie. W innych razach po owym gorączkowym okresie nie ma znaczniejszej poprawy, kaszel się wzmacnia, duszność coraz bardziej się zwiększa i choroba przybiera obraz na wstępie opisany. Drugą postać opisaną już przed laty kilku przez autora, stanowi tak zwana przez niego *phthisis fibrosa pulmonum ab emphysemate*. Towarzyszy ona rozedmię. Chorzy niegorączkują, stan ogólny ich jest dobry, oł czasu do czasu jednak pojawia się krwioplucie, nieznaczny poprzednio kaszel się zwiększa, w miejsce skąpej plwociny pojawia się obfitsza, chorzy męczą się co raz bardziej a jednocześnie stan ich ogólny dotąd dobry, stopniowo się pogarsza, wyniszczenie się wzmacnia. Badanie fizykalne przekonywa, iż do typowych objawów rozedmię przybyły jeszcze objawy zgęszczenia miąższu w jednym, lub co ma częściej miejsce, w obu szczytach płuc. W dalszym ciągu, zgęszczenie się rozszerza, zjawiska rozpadu miąższu płucnego stają się wyraźnymi, plwocina staje się śluzoropną i odchodzi w postaci mass uformowanych (*sputa globosa*), duszność się wzmacnia coraz bardziej. Sinica, przesięki do jamy opłucnej, obrzęk kończyn i inne objawy od niedostateczności serca zależne, dopełniają obrazu. W ogóle, w tej postaci chorobnej dochodzi jeszcze do znaczniejszych objawów ogólnego wyniszczenia aniżeli w poprzedniej; nieraz znowu, czas do ich wytworzenia jest niedostateczny, jeżeli wystąpią bardzo obfite i częste rozwolnienia doprowadzające szybko do ostatecznego wyczerpania. Wreszcie, końcowe okresy w tych odmianach o tyle są do siebie podobne, że ani gorączka, ani poty i wogóle tak zwane objawy hektyczne nie mają miejsca. W ten sposób daje się naszkicować ogólny obraz obydwu postaci suchót włóknistych. Co się tycze etjologii choroby o której mowa, to za podstawę pod tym względem służyło autorowi 41 przypadków dokładnie obserwowanych (21 w szpitalu, 20 w zakładzie leczniczym należącym). **Dziedziczność**, która jak wiadomo w zwykłej postaci suchót płucnych bardzo doniosłego jest znaczenia, we włóknistej postaci suchót gra o wiele mniejszą rolę. Wielu autorów albo ją pomija lub wyklucza, albo ogólnikowo się o niej wyraża. Na 41 przypadków 5 razy zanotował autor w anamnezie dziedziczność jako niewątpliwy moment przyczynowy i w tym względzie przytacza dwa interesujące przypadki w których matka i córka mając dziedziczne usposobienie uległy nie suchotom zwykłym, lecz typowym suchotom włóknistym. O ile wiek, płeć lub rodzaj zajęcia do suchót włóknistych usposabia, to pomimo bardzo szczegółowego zanotowywania przez autora odnośnych danych, nie można nic pod tym względem ściślej powiedzieć. Przyczyny tego szukać należy w zbyt małej liczbie ilości spostrzeganych przypadków; gdyż jeżeli 41 spostrzeżeń są zupełnie wystarczającymi do wykazania klinicznej samoistności danej postaci chorobnej, to dla wyprowadzenia wniosków statystycznych cyfra wspomniana bardzo jest niedostateczną. Wspomniano wyżej, iż choroba może się zacząć skrycie i bardzo wolno się rozwijać bez żadnej jawnej przyczyny, albo też, że wstępem do niej bywają ostre sprawy zapalne płuc lub opłucnej. Otóż, do rzędu tych ostatnich przyczyn BARD zalicza jeszcze przewlekłe nieżyty oskrzeli, POWELL zaś miejscowe obrażenia lub ropień płuca. Autor, który jaknajtroskliwiej badał swych chorych w tym względzie, doszedł do następujących

wyników: u 26 chorych cierpienie powstało bez widocznego ostrego momentu przyczynowego, i rozwijało się bardzo powoli, a jedynym objawem na który chorzy zwrócili uwagę był kaszel. Pozostałych 15 chorych stanowiło drugą grupę t. j. grupę w której choroba rozpoczęła się od mniej lub więcej wyraźnych zjawisk. W pięciu przypadkach punktem wyjścia choroby był bądź to nieznaczny, bądź obfity krwotok płucny; od chwili bowiem jego pojawienia się, choroba, u osobników przedtem zupełnie zdrowych, rozwijać się zaczęła. O możliwości przyczynowego związku pomiędzy krwotokami płucnymi a pojawianiem się suchót autor nie wątpi, odwołując się do prac dawniej już (r. 1878) ogłaszanych, a JACCOUD opierając się między innymi i na pracach naszego autora w ostatnim swem dziele „o leczeniu suchót płucnych“ pogląd ten dzieli. W dwóch innych przypadkach chorzy jako przyczynę naznaczali koklusz przebyty w dzieciństwie; kaszel bowiem od owego czasu trwał aż do ostatniej chwili. Twierdzenie to nie jest bez podstawy ze względu, iż jednym z zejść koklusu bywa zapalenie płuc zrazikowe o którym jako o przyczynie suchót włóknistych, wyżej była mowa. W dwóch znowu przypadkach początkiem choroby było zapalenie płuc i opłucnej przed laty kilkunastu przebyte; w jednym, zapalenie płuc przed sześciu laty przebyte, a w dwóch, zapalenie samej opłucnej. O ile przypadki tylko co wspomniane, były samoistnymi zapaleniami, trudno ściśle oznaczyć, chociaż chorzy dość dokładnie przebieg ich opisywali; bądź co bądź, nie wyklucza to możności przypuszczenia, że zapalenia owe mogły być następstwem resp. od sprawy suchotniczej skrycie przebiegającej, zależnemi. W jednym przypadku przyjąć należało przyczynę traumatyczną, wreszcie w dwóch alkoholizm i jednym przymiot. Istota choroby, polega na nadmiernym rozwoju elementów tkanki łącznej. CLARK jak wspomniano uważa suchoty włókniste za cierpienie samoistne polegające na pewnej właściwości ustroju do wytworzenia materii włóknistej. BENEKE również podobny wygłosił pogląd, uważając rozrost tkanki łącznej w płucach za jeden z objawów ogólnego przerostu tejże tkanki w całym ustroju i nadając temu miano: *fibromatosis*. Inni autorowie (WILLIAMS, POWELL) odmawiają suchotom włóknistym samoistności. Do tych ostatnich należy i nasz autor, który twierdzi, iż o ile z punktu widzenia klinicznego suchoty włókniste przedstawiają swoją indywidualność i stanowczo wyróżniają się od innych postaci suchót, o tyle pod względem patogenicznym nie ma zasady tworzyć z nich odmiennej jednostki chorobowej, podstawą ich bowiem są też same pierwiastki histologiczne co i zwykłych suchót t. j. twory gruźliczkie, masy serowate i w parze z nimi idące laseczki gruźlicze oraz rozwój tkanki łącznej. — „W przypadkach tych jednakże, mówi autor, ta tylko zachodzi różnica, że w procesie zniszczenia bierze przewagę rozwój tkanki łącznej, który właśnie nadaje ów charakter oddzielny pod względem klinicznym całej tej formie odznaczającej się głównie niesłychanie przewlekłym przebiegiem.“ Dla czego wszelako poczynająca się sprawa gruźlicza w ogromnej większości przypadków przechodzi w zwykłą formę rozpadową, gdy w innych tkanka łączna bierze przewagę nad processem niszczącym i wytwarza o wiele łagodniejsze, a przynajmniej pozwalające nieporównanie dłużej egzystować choremu, t. z. suchoty włókniste? na to w obecnej chwili trudno dać zadawalniającą odpowiedź; autor jednak sądzi, że ważną bardzo rolę w tym względzie musi odegrywać właściwość osobnicza danego ustroju, a w szczególności, brak usposobienia dziedzicznego; w przypadkach bowiem autora, dziedziczność dała się zaznaczyć tylko w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków, wtedy, gdy w suchotach zwykłych co najmniej połowa ogólnej liczby zachorowań, a wedle niektórych autorów przeszło $\frac{2}{3}$, usposobienie do choro-

by odziedzicza. Z przeglądu przytoczonych przez autora przypadków przekonać się można, iż trudno dopatrzeć zależności pomiędzy rozwojem danej postaci suchót resp. dążnością tkanki łącznej do nadmiernego prze-rostu, a jakimkolwiek przyczynami od sposobu życia, warunków higienicznych i zejściowych, zależeć mogącymi. W liczbie chorych bowiem byli i bardzo biedni i zamożni; byli ludzie w najgorszych i w najlepszych warunkach życiowych i higienicznych się znajdujący; byli osobniki tak miasto jak i wieś zamieszkujące; byli również, którzy zajmowali się rzemiosłami *par excellence* do suchót zwykłych usposabiającymi, a którzy jednakże suchotom włóknistym ulegli. Przymiot, usposabia przedewszystkiem do zwykłych suchót płucnych, i w wyjątkowych tylko przypadkach powoduje rozrost twardej tkanki łącznej wszelako bez zwykłych bronchopneumonicznych ognisk, co stanowi tak zwane i poprzednio przez autora w specjalnej pracy omawiane suchoty przymiotowe. Co się tycze alkoholizmu, to dwa razy jak wspomniano zanotował go autor w anamnezie; atoli trudno i tu również dopatrzeć związku pomiędzy alkoholizmem i daną postacią suchót. Punkt ten jednk godzien jest, zdaniem autora, bliższego rozpatrzenia i dalszych obserwacyj. Alkoholizm usposabia do zwykłych suchót, przeto w obec znacznie rozprzestrzenionego nałogu pijaństwa pomiędzy klasą biedną, daleko liczniejszych przypadków suchót w naszych szpitalach spodziewały się można aniżeli to w rzeczywistości ma miejsce; natomiast przy pośmiertnem badaniu osobników zmarłych wśród ostatniej nędzy i oddających się nałogowi pijaństwa dostrzegał autor niejednokrotnie rozedmę płuc, przewlekły nieżyty i zgęszczenia łączno-tkankowe, a przeciwnie, nie spotykał tak często zmian serowatych zwykle suchoty cechujących. Spostrzeżenia te doprowadziły autora do wniosków: 1-o że nieżyty nie usposabiają do suchót wbrew twierdzeniu DOBRZYCKIEGO, który często powtarzając się nieżyty dróg oddechowych uważa za jeden z ważniejszych momentów do przyjęcia zarazka gruźliczego usposabiających i 2-o że znalezione w płucach zmiany tkanko-łączne u osobników pijackich, nasuwają myśl pewnego związku pomiędzy alkoholizmem a sprawą przerostową jakiej tkanka łączna ulega.

(dok. nast.)

(13). 0 cierpieniach ocznych gośćcowych (*Des affections oculaires rheumatismales*). Wykład kliniczny d-ra GAŁĘZOWSKIEGO. (Dalszy ciąg).

Gościowe zapalenie twardówki. Zapalenie twardówki rozwija się wyłącznie pod wpływem ogólnego usposobienia, i tak jak zapalenie błony tęczkowej, nie bywa udarowe (traumatyczne). Gościec i dna są przyczynami do niego usposabiającymi; prof. G. posiada kilka spostrzeżeń zap. twardówki syfilitycznego, nie podlegających zaprzeczeniu. Na początku cierpienia trudno jest ocenić przyczynę powstania tego zapalenia i dopiero bardzo szczegółowe badanie anamnestyczne, rzucić tu może niejaki światło. Istnieją dwie odmiany, zapalenia gośćcowego twardówki: jedna jest ostra, przechodnia, czysto natury gośćcowej, łatwo powracająca; druga odmiana jest uparta, z objawami nie wyraźnymi, skłonna do przewlekłości, którą łatwo wziąć za zap. twardówki dnawe. Oprócz tych istnieją przypadki przechodnie, bardzo trudne do rozpoznania. Ponieważ zap. błony białkowej (twardówki) oka, może zależeć tylko od trzech wymienionych powyżej przyczyn, dla tego w przypadkach opierających się wszelkiemu leczeniu, należy zastosować leczenie specyficzne. Wówczas terapia odkryje prawdziwą przyczynę cierpienia. Gościowe zapalenie tej błony, jak w ogólności wszystkie tego rodzaju cierpienia, powstaje nagle; przechodzi łatwo, podlega powrotom i nie ma skłonności do ropienia. Tkanki w budowie swej zostają przy niem nie-
tknięte, chyba, że choroba trwa bardzo długo i przechodzi w stan przewle-

kły. Przy zap. twardówki dnawem; podczas jego długiego trwania, odkładają się w przestrzenie międzytkankowe, kryształ soli moczowych, a po ich wessaniu, twardówka zostaje zcieńszoną, zabarwioną odcieniem czarniawem, pochodzącem od barwnika naczyńiówki. Po gościecowem zapaleniu twardówka odzyskuje swój wygląd i budowę prawidłową. Zapalenie twardówki rozwija się: 1-o U przedniego bieguna oka; 2-o u jego bieguna tylnego; 3-o na równiku gałki oka; 4-o może też być rozlane; a gdy się zjawia na biegunie przednim, zajmuje i błonę rogową, i sprowadza zapalenie obu błon (*Kerato-sclerolitis*) jednocześnie. Zapalenie umiejscowione w okolicy równika, albo tylnego bieguna, pociąga za sobą często, jako zmiany następcze, zaniki w naczyńiówce. Zmiany te często są przy dnie, pospolite zaś przy syphilis. Przy zap. gościecowem omyłkę popełnić trudno, objawy jego są wybitne, stanowią je: łatwe powroty z napadami gwałtownymi, przechodniemi, ale trwającymi krótko. Przebieg tego zapalenia nie zawsze bywa tak prosty; bóle miejscowe, w niektórych przypadkach mogą być bardzo silne, obrzmienie tkanki rozlane, i sprowadzać znaczny wysięk w tkankę łączną, co powoduje obfity wysięk do spojówki oka z bólami nadoczodołowemi. Ale wszystkie te objawy znikają nagle w 4 do 8 dni. Po niejakiem czasie wracają znowu, i prof. G. widuje chorych z powrotami takimi, co miesiąc, albo raz na rok lub co 2 lata, ale też bywają 3 lub 4 razy do roku. Ten właśnie charakterystyczny powrót napadów krótkotrwałych, właściwy zap. gościecowemu twardówki, odróżnia je od zap. dnawego. Ażeby wykazać jak najwybitniej różnicę między zap. twardówki gościecowem, a zapaleniem tej błony dnawem, prof. G. przedstawia swym słuchaczom chorego, 52-letniego, dobrze zbudowanego, zajmującego się przywożeniem do miasta różnych produktów wózkem. Osobnik ten, nadużywający napojów wysokokowych, z usposobieniem do podagry dziedzicznem, podległ zap. twardówki, i oto jak się takowe przedstawia: Od roku przeszło, oba jego oczy są czerwone, z mocno nastrożniętymi naczyńiami, lekko zażawione, skarży się przytem na bóle w obu oczodołach, i na pewną trudność w ruchach gałek ocznych. Na pierwszy rzut oka, wielu słuchaczy, badając chorego, wzięło to cierpienie za kataralne zap. spojówki obu oczów, ale gdy w powiekach nieznalezli wysięku, gdy gałki oczne naciśnięto, wykazały sfałdowanie błony szluzowej i obecność wysięku w torebce TENVA'A, doszli do przekonania, że chory ten dotknięty jest obustronnem zap. twardówki. Człowiek ten opowiada, że oboje rodzice jego cierpieli na dnę, że on podlegał napadom tego cierpienia i niedawno doświadczył tej choroby w obydwóch nogach, a zaledwie przeszedł w konwalescencję, oczy zaczęły cierpieć, jak to obecnie się widzi. Chory ten dawno cierpi nie dla braku opieki lekarskiej, ale z powodu długo-trwałości samej sprawy chorobowej. Żadnych niedoświadczył powikłań, ze strony rogówki, ani wewnątrz oka. Wzrok jest tak dobry, że codziennie kieruje koźmi. Tak przebiegają w ogóle, wszystkie przypadki zap. twardówki dnawe. *L e c z e n i e* miejscowe, zaleca wyczekujące, wewnątrz salicylan sodowy. Oprócz tego można zastosować środki czyszczące, i lekkie rewulaywa na skronie. Rzadko zapisuje atropinę, bo takowa często dokucza może choremu.

(d. c. n.)

16. Leczenie wiewióra miękkiego za pomocą jodoformu. UNNA (*Monatschr. f. prakt. Dermat.* Bd. III. Hft. 8.—*Rundsch.* 11 H.—84). Przy wiewiórze według UNNY są dwa główne wskazania do wypełnienia: 1) jad znajdujący się we wrzodzie zniszczyć, żeby przeszkodzić rozszerzaniu się jego tak p. *continuitatem*, jak i drogą naczyń limfatycznych i 2) unikać wszystkiego, co może przyczynić się do stwardnienia dna owrzodzenia. Te wskazania wypełnia jodoform, niszczy on zarodek jadu az wgląb tkanek, zabezpiecza, wczesnie zastosowany od dymienia i nie stwardnia rany, w końcu uspakaja ból. Wykluczylby jodoform w leczeniu wiewióra inne środki, gdyby nie

miał tak przenikliwego zapachu. Ponieważ zaś trudno jest usunąć ten zapach, to przynajmniej starać się trzeba zmniejszyć go do minimum. To wypełnia jodoformowy eter, którym się dotyka za pomocą tamponu z waty owróżdzenia. Przy zajęciu cewki moczowej UNNA przygotowuje świeczki, *Rp. Jodoformi* 10,00, *gummi arab.* 3,00, *gummi trag.* 1,00, *glycerini* 1,00. *Aq. q. s. M. f. bacilli* Nr. 5, które się wkłada w wejście do cewki.

17. Leczenie cholery podczas ostatniej epidemii w Tulonie p. CUNEO (*Bull. génér. de Thérap.* 30 Juli 1884.—*Allg. m. C.-Z.* 71—84). Leczenie stosowanym było odpowiednio do natężenia choroby, której odróżnić można było 3 formy: 1) rozwolnienie choleryczne, czyli lekka forma, 2) średniego natężenia i 3) ciężka. 1) Lekka forma była leczona podawaniem makowca wewnątrz i enem z krochmalem i makowcem. Wewnątrz podawano w tej formie: *Rp. Aether* 1,0, *T-ra Opii gtt.* 15—20, *Extr. Rathen* 1,0, *Syr. cort. aur.* 3,0, *Aq. Melissae* 120. Wymioty usuwano podawaniem co kwadrans po łyżeczce *Chartreuse* i następnie po kawaleczku lodu. Wymioty i rozwolnienie usuwano niekiedy za pomocą *magist. bismuthi* samego lub z makowcem; kurcze żołądkowe zwalczano *T-ra Castorei*, Jeżeli po ustaniu rozwolnienia i wymiot pozostała wrażliwość żołądka, to dawano wino-colombo. 2) Średnio-ciężkie formy z początku leczono w tenże sam sposób, chwali jednak autor b. lewatywy z ciepłego wina z kilkoma kroplami nalewki makowcowej (*t-ra opii*), w późniejszym okresie miały one znaczenie środka pobudzającego. Napoje z kwasem węglanym na zimno podawano przeciw wymiotom. Kurcze zwalczano nacieraniami suchą flanelą, spirytusem kamforowym, terpentyną, chloroformem. Kurcze przeponowe i obawę w okolicy serca usuwano za pomocą wstrzykiwania morfiny, lub w połączeniu z atropiną $\frac{1}{12}$ gr. morfiny i $\frac{1}{210}$ gr. atropiny. Jeżeli kurcze szczególniej łydkowe nie ustawały, wstrzykiwano wtedy pod skórę eter. 3) Ciężka forma cholery występowała w dwóch odmianach, jako asfiktyczna lub algidna i jako nieasfiktyczna. W pierwszej formie chory miał lodowo zimne ciało i sinicową twarz. Głównem zadaniem w tych razach jest podtrzymać działalność serca i rozgrzać ciało. Dla otrzymania tego celu wstrzykiwano co godzina pełną szprycę eteru pod skórę, jednak w niewielu przypadkach udało się tym sposobem przedłużyć życie do 24 godzin. Morfina i opium pogarszały stan asfiktyczny, a przeciwnie skutecznymi się okazały wstrzykiwania atropiny od 0,0005—0,001, które powtarzano 4—5 razy w ciągu 24 godzin. Uderzenie serca stawało się silniejsze, puls wyczuwalnym, ciepłota się podnosiła ale przytem podawano gorące napoje i inne pobudzające środki, gorący pęcz, *Chartreuse*, eter, *liq. amon. acet.* *Rp. Liq. amon. acet.* 10,0—50,0, *Syrup. menth.* 40,0—50,0, *Aq. melissae* 120—90,0. Pozornie konający chorzy za pomocą faradyzacji w okolicy podobojczykowej byli ożywieni na kilka godzin. Próbowano wdechać tlenu po 2 minuty co $\frac{1}{2}$ godziny i 6 chorych tym sposobem uratowano; autor sądzi, że ten środek może oddać dobre usługi w asfiktycznej formie. W nieasfiktycznej formie chory ma trupią twarz i sine paznogie, ma jednak pewien stopień ciepła i mały puls, który jest wyczuwalny do ostatniej chwili, ci chorzy chociaż przetrwają napad cholery, zapadają na tyfoid choleryczny, w którym to okresie podaje się chinina z walerianą, chłodne oblewania, drażnienia skóry. Z 68 przypadków średnio ciężkich i ciężkich miał autor 16 przypadków śmierci z których 10 były nieasfiktyczne.

J. R. i.

ASSENIZACYA WARSZAWY.

II.

„Opinie Sanitarnego Podkomitetu Obywatelskiego” wydane w 1880 r. będące ostatnim wyrazem i streszczeniem wszechstronnych usiłowań lekarzy, obywateli i zarządu miasta, zakończyły dwuletni okres wetlański. Jakśmy już powiedzieli, największej wagi sprawy podjęte w rzeczonym okresie odnosiły się z jednej strony do kanalizacji i wodociągów z drugiej strony do organizacji odpowiedniej służby sanitarnej w Warszawie. Pierwsza z tych dwóch spraw pomyślny obrót wzięła i od owej chwili stopniowo ale systematyczne robi postępy. Druga za to była przez lat 5 prawie zupełnie pogrzebaną. Rozbudzenie jej na nowo, choć w innej postaci zawdzięczamy, o ile się zdaje, po części zmianom osobistym w zarządzie policji miejskiej po części, albo raczej głównie wystąpieniu cholery w 1883 w Egipcie, a w 1884 we Włoszech i we Francji.

W czwartym dziale „Opinii” na str. 43, czytamy co następuje:

„Ważność zdrowia publicznego i obszerność zakresu działania służby której poruczoną zostaje ochrona tegoż zdrowia, czynią koniecznym utworzenie w Warszawie, pod zwierzchnictwem zarządu miasta, stałej delegacyi sanitarnej, to jest takiego organu, którego by w y ł ą c z n e m zadaniem było czuwanie nad interesami zdrowia mieszkańców. Dzisiejsza policja i służba policyjno-lekarska, jako obciążona czynnościami bardzo różnorodnymi, powyższego zadania skutecznie spełnić nie są w możności. Delegacya sanitarna w Warszawie, posiadać winna biegłe organa higieniczne, któreby z jednej strony śledziły ciągle za istniejącymi w mieście czasowemi lub stałemi szkodliwościami sanitarnymi i obmyślały zaradczce przeciw nim środki — z drugiej zaś strony pilnowały, aby obowiązująca ustawa sanitarna wszędzie i przez wszystkich ściśle spełniana była. Delegacya sanitarna o której tu mowa, mająca niejednokrotnie wkraczać w interesa prywatne mieszkańców, winna budzić najzupełniejsze zaufanie w obywatelach miasta a w szczególności we właścicielach domów i w tym celu do jej składu wejść winni także właściciele domów. Zakres ten i warunki, którym jak wyżej powiedziano delegacya sanitarna czynić musi zadość, wymagają aby w skład jej weszło przynajmniej 9 honorowych członków, obywateli miasta a nadto następujący skład urzędników płatnych: 1 lekarz główny; 2 lekarzy pomocników; 1 chemik; 1 technik; 1 urzędnik statystyczny; 9 inspektorów sanitarnych; 12 dozorców sanitarnych; 2 lub 3 kancelistów; 1 woźny”.

Jak widzimy Podkomitet Obywatelski wymagania swe starał się poprzeć dwoma motywami a mianowicie: niemożnością skutecznej ochrony zdrowia ludności przez dotychczasową służbę policyjno-lekarską a to z powodu różnorodnych czynności jakimi taż służba jest obciążoną a powtóre koniecznością udziału obywateli we władzy, która zmuszoną jest, z natury rzeczy, do wkraczania w interesa prywatne mieszkańców.

Komentarzem Opinii Podkomitetu Obywatelskiego jest niemal współcześnie ogłoszony w Medycynie (T. VII 1879. Nr. 31) artykuł p. t. „Jaką być winna służba zdrowotna w Warszawie”. Autor nie sądzi iżby na teraz można było myśleć o wyjęciu całej służby policyjno-lekarskiej w Warszawie z pod zwierzchności policji i oddanie jej, w tej czy innej formie, pod zarząd Magistratu i dlatego stara się jedynie wytknąć zakres działania dzisiejszego organu policyjno-lekarskiego tak „aby obowiązki na nim ciężące i środki jakimi rozporządza w racjonalniejszym zostawały stosunku do siebie.” Za najwłaściwsze uważa autor ograniczenie działania

dzisiejszej policji lekarskiej: 1) do czynności sądowo-lekarskich; 2) do czynności nadzoru nad prostytutkami; 3) do czynności przy szczepieniu ospy; 4) do czynności przy rewizji rekruta; 5) do niesienia bezpłatnej pomocy ubogim chorym. Wyszczególnione tu czynności i tak już stanowczo obarczałyby zbytecznie dzisiejszych lekarzy miejskich, którym by ich spełnienie poruczonem było.

Tymczasem po za temi czynnościami pozostaje jeszcze „cały obszar służby sanitarnej w ścisłem znaczeniu tego wyrazu”, który według autora pomienionego artykułu powinien być poruczony projektowanej Delegacji sanitarnej i Urzędowi sanitarnemu od Delegacji zależnemu. Tutaj należą: 1) Czuwanie nad produkcją i sprzedażą materiałów spożywczych, rewizye mięsa, mleka, piwa, wina, wódek, rewizye jatek, targów i t. d. 2) Sanitarna policja fabryczna i rękodzielnicza; opinjowanie w sprawie zakładania fabryk; czuwanie nad spełnianiem wydanych w tej mierze przepisów; kontrola handlu szmatami, starzyzną, kośmi i t. p. 3) Czuwanie nad sanitarnem urządzeniem i pomieszczeniem stajen, obór i t. p. 4) Opiniowanie i czuwanie nad budową kloak, gnojowników i t. p. 5) Kontrola nad kąpielami, łaźniami, mikwami. 6) Opiniowanie co do budowy i czuwanie nad funkcyonowaniem studzien miejskich i prywatnych; ewentualne kasowanie złych studzien lub oznaczanie ich stosownemi napisami, kontrola sanitarna nad wodociągami, basenami i filtrami wodociągowemi. 7) Kontrola nad wszelkimi miejscami ustępowemi, nad kanalizacją i t. d. 8) Dezynfekcyja w granicach za potrzebne uznanych. 9) Czuwanie nad czystością wewnątrz domów i mieszkań; rozstrzyganie kwestyi co do przepelnienia mieszkań biednej ludności, warsztatów, noclegów i t. p. 10) Czuwanie nad czystością w bramach, sieniach, podwórzach, nad czystością ulic, rynsztołków, ścieków fabrycznych i t. p. 11) Czuwanie nad spełnianiem przepisów policyjno-lekarskich dotyczących grzebania ciał. 12) Czuwanie nad służbą czyszciciela i nad składami padliny. 13) Ewentualnie (w razie przyjęcia prawa o obowiązkowem meldowaniu chorób zakaźnych) wyprowadzanie śledztwa lekarskiego w każdym przypadku choroby zakaźnej.

Nadto do głównego urzędnika sanitarnego w Warszawie należyć by powinno opracowywanie coroczne i ogłaszanie drukiem raportu o służbie sanitarnej i o stosunkach sanitarnych w mieście, opracowywanie przy pomocy urzędnika statystycznego tygodniowych, półrocznych i rocznych raportów statystyczno-lekarskich i ogłaszanie corocznie podręcznego zbioru dawniejszych praw i bieżących przepisów, instrukcyi i regulaminów policyjno-lekarskich obowiązujących tak publiczność jak i służbę sanitarną.

Takie postulaty wyrodziły się pod względem formy i zakresu działania służby sanitarnej w Warszawie, pod wpływem rozważań i obrad okresu wetlańskiej epidemii. Postulaty to zresztą wzorowane są na tem co dawno istnieje w miastach europejskich.

Postulaty rzucone pozostały na papierze. Upłynęło lat dwa przeszło. W połowie 1883 r. epidemia cholery w Egipcie stała się pobudką dla władz krajowych do obmyślenia środków zapobiegawczych. Narady w tej mierze odbywały się w gronie wyłącznie z wyższych urzędników złożonem bez udziału przedstawicieli obywatelstwa i bez udziału lekarzy. Zdaje się że jeszcze wtedy musiało przekonanie o zbyteczności gruntownej reformy służby sanitarnej w Warszawie i o zbyteczności oparcia jej na udziale żywiołu obywatelskiego i lekarskiego. Wyniki narad rzuconego grona z r. 1883 nie są nam prawie wcale znane. Wiemy jedynie że z inicjatywy prezydenta miasta zgodzono się wtedy na urządzenie izby dezynfekcyjnej miejskiej konieczność której uwydatnioną została już w „Opiniach” Podkomitetu Obywatelskiego (str. 26).

Sprawa izby dezynfekcyjnej miejskiej będącej istotnie niesłychanie ważnem ogniwiem w systemie assenizacji miasta, była też pod koniec roku 1883 szczegółowo rozbitrana przez Komitet Sanitarny Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwo odpowiednio wnioski przesało Prezydentowi miasta. Tymczasem dostarczone już przedtem prywatnie wydziałowi technicznemu Magistratu dane, posłużyły do opracowania projektu dużej izby dezynfekcyjnej połączonej z pralnią, z piecem do spalania przedmiotów zakażonych i t. p. Sprawa ta obecnie, wskutek nowej odezwy Prezydenta, wzięta będzie pod obrady Komitetu Sanitarnego Tow. Lek. i niema wątpliwości że miasto izbę dezynfekcyjną zbuduje.

Druga sprawa sanitarna pierwszorzędnej wagi, którą z inicjatywy Towarzystwa lekarskiego *resp.* z inicjatywy Komitetu Sanitarnego tegoż Towarzystwa zajmował się w tymże czasie (począwszy od końca roku 1882) zarząd miasta, mianowicie sprawa pracowni chemicznej miejskiej obecnie dopiero ma być rozstrzygnięta. Powrócimy do niej w końcu uwag niniejszych.

Po za kwestyą izby dezynfekcyjnej i chemicznej pracowni miejskiej sprawy sanitarne dotyczące Warszawy, w sferach decydujących niebyły jak się zdaje wcale poruszane, aż do czasu groźnego wystąpienia cholery w Europie w 1884.

Już w lecie w roku zeszłego ogół lekarzy otrzymał okólnik od zwierzchności policyjno-lekarskiej pochodzący, z zapytaniem o ile ciż lekarze zechcą darmo lub za pewnem wynagrodzeniem brać udział w czynnościach przewidywanych w razie pojawienia się cholery w Warszawie. O ile nam wiadomo okólnik zupełnie lub prawie zupełnie pozostał bez odpowiedzi. Wtedy p. Oberpolicmaister, już bez względu na ewentualność pojawienia się cholery ale raczej z uwagi na oplakane warunki sanitarne Warszawy, wystąpił do Naczelnika kraju z wnioskiem o zatwierdzenie Komissyi Cyrkułowych Sanitarnych, któreby wzięły udział w pracach mających doprowadzić do asenizacji naszego miasta. W odezwie inspektora urzędu lekarskiego miasta Warszawy do lekarzy mających wziąć udział w rzeczonych Komissyach zaznaczone jest ponownie, iż te ostatnie mają na celu asenizacją miasta i że lekarze miejscy niemogą spełnić czynności asenizacyjnych o jakie tu chodzi z powodu iż są ciągle obciążeni stałemi zajęciami urzędowemi niecierpiącemi zwłoki.

Ponieważ w odezwach tych równie jak i w późniejszej odezwie p. Oberpolicmaistra do Przewodniczących (obywateli) w pomienionych komissyach cyrkułowych niema wzmianki o profilaktyce przeciwocholerycznej, a przeciwnie z wręczonej tymże Przewodniczącym „instrukcyi” okazuje się iż zadaniem Komissyi Cyrkułowych ma być ankieta sanitarna w całym mieście, w najobszerniejszem znaczeniu tego wyrazu, równie jak i przedstawienie odpowiednich wniosków i projektów melioracji sanitarnych, przeto oczywiście jest, iż organizacya o której tu mowa, jest czemś różnem formą ale czemś zupełnie w rzeczy samej zgodnem z postulatem Podkomitetu Obywatelskiego, jest instytucją sanitarną miejską, z udziałem obywateli i lekarzy wolno praktykujących, instytucją zupełnie odrębną od dzisiejszej policyi lekarskiej ale jednak zależną wprost od zwierzchności policyjnej a nie—jak projektował Podkomitet Obywatelski—od Magistratu.

Komissye Cyrkułowe Sanitarne zostały po kilkumiesięcznej zwłoce, ukonstytuowane w Grudniu r. z. Liczba ich równa się liczbie cyrkułów miasta. Tylko cyrkuł Jerozolimski ma dwie komissye. Każda Komissya ma czterech obywateli z których jeden przez władzę policyjną wyznaczonym jest na Przewodniczącego; dalej należy do niej dwóch ochotników lekarzy, bezpłatnie czynności swe spełniających i jeden delegat policyi.

Spełnienie przez pomienione Komissye zadania wskazanego im w wyżej wzmiankowanej, bardzo obszernej i niestychanie kazuistycznej instrukcyi, przedstawia ogromne trudności. Dokonanie samej choćby tylko ankiety sanitarnej według szematu przez tę instrukcyę wskazane, przy bardzo pilnym zajęciu obywateli i lekarzy wymagałoby lat paru. Zważywszy iż tak obywatele w skład owych Komissyi wchodzący jak i lekarze ochotnicy bezpłatnie w nich uczestniczący mają liczne zajęcia, trudno było zgóry przypuścić iżby cały pomysł organizacyi sanitarnej o której tu mowa dał jakieś istotne a tembardziej doniosłe wyniki. Na szczęście energia kilku przewodniczących w Komissyach Cyркуłowych ocaliła organizacyę, mogącą być zawiązkiem pomyslniej zmiany w higienie publicznej naszego miasta. Przewodniczący ci, po rozpatrzeniu się w poruczonej im robocie, przyszedli do przekonania, że niepodoleją zleconemu im zadaniu a pragnąc pożytecznie pracować dla dobra ogólnego wypowiedzieli konieczność wzmocnienia składu Komissyi Cyркуłowych udziałem większej liczby obywateli i techników. Słuszność tego wymagania władza uznała, ale zażalenie istotnemu brakowi spełnionem zostało w inny sposób aniżeli to Przewodniczący w Komissyach Cyркуłowych proponowali.

By wyjaśnić sposób w jaki siły Komissyi Cyркуłowych w ważnej pracy śledztwa sanitarnego w całym mieście wzmocnionemi zostały, musimy znowu zetknąć się z najdzielniejszym naszym instruktorem higienicznym: z cholera.

Mimo krzątania się i próbowania rozmaitych środków, sfery dycydujące u nas, podczas najgroźniejszego występowania cholery we Włoszech i we Francyi, nic stanowczego pod względem profilaktyki przeciwocholerycznej nieprzeprowadziły. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie jedynie wczasu wypracowało projekt (patrz *Medycyna* 1884. Nr. —), obejmujący cały system środków tak zapobiegawczych jak i ratunkowych na wypadek przeniesienia się epidemii do nas. Uchwała naszego Towarzystwa przez ciąg kilku miesięcy nie zasłużyła sobie na uwzględnienie ze strony organu, stojącego z urzędu na straży zdrowia publicznego w Warszawie.

Dopiero starania pana Prezydenta Miasta dały początek praktycznemu wykonaniu najpilniejszych wymagań. Nienależy jednak przemilczeć faktu, słusznie mogącego pochlebiać dumie naszej, iż pierwsze a tak skuteczne kroki pana Prezydenta, były wynikiem prywatnej inicjatywy szanownego kolegi, profesora CHALUBIŃSKIEGO, który trzeźwo zapatrując się na przebieg epidemii i opierając się na rozległym doświadczeniu nabytem w walce z cholera, niemógł przenieść na siebie milczenia, wobec zupełnej bezbronności w jakiej ewentualny wybuch epidemii zastałby musiał nasze miasto.

Treścią rad i uwag które znalazły posłuch i zatwierdzenie sfer decydujących, było zapewnienie ludności naszego miasta wczesnej zaradczej pomocy i posługi w razie wystąpienia w niem epidemii. W odezwie swej do Towarzystwa Lekarskiego p. Prezydent doniósł iż pragnie aby dla każdego ze 161 rewirów („okołotok”) przeznaczonym był jeden lekarz, którego głównem zadaniem w razie pojawienia się cholery w Warszawie byłoby obchodzenie codziennie wszystkich domów poruczonego mu rewiru i odwiedzanie tych wszystkich osób o których zapadnięciu na jakąbądź chorobę otrzymałby wiadomość u stróża domu. W odezwie nadto wyrażoną była nadzieja, uzyskania od Naczelnika Kraju rozkazu zobowiązującego właścicieli domów *resp.* rządów do zasiągania codziennie wiadomości o stanie zdrowia wszystkich lokatorów i dostarczania takowych odwiedzającemu lekarzowi rewirowemu. Wreszcie lekarzom rewirowym zapewnioną została zapłata po rubli 5 dziennie. Prezydent w końcu swej

odezwy odwołał się do Towarzystwa Lekarskiego z prośbą o dopomożenie w wyborze lekarzy rewirowych.

Do historii tej nowej fazy w sprawach asenizacji Warszawy należą szczegóły bardzo ożywionych obrad jakie na dwóch posiedzeniach Towarzystwa wywołała wyżej streszczona odezwa. Ostatecznie przygotowanie odpowiedzi na nią poruczonem zostało Komitetowi Sanitarnemu, jako właściwemu referentowi Towarzystwa do spraw z higieną związek mających.

Komitet Sanitarny Towarzystwa wypracował odpowiedź obszerną, w której uwydatnił ważność dwóch koniecznie w parze iść muszących środków, stanowiących główną treść całej przeciwocholerycznej profilaktyki a mianowicie 1) jak najwcześniejszą, przed pojawieniem się cholery przedsiębraną ale i po ukazaniu się cholery nieustającą a senizacją i 2) rewizyę lekarską, wśród całej ludności, z chwilą wystąpienia cholery codziennie dokonywane przez lekarzy rewirowych, zawczasu dla każdego rewiru przeznaczonych. Asenizacja o jaką w tym razie chodzi winna się ograniczać do najwybitniejszych szkodliwości a mianowicie przedewszystkiem do studzien i w ogóle do wody do picia, do miejsc ustępowych, do zlewów i do śmietników, przyczem Komitet Sanitarny wyraził przekonanie, że potworzone już Sanitarne Komisyje Cyrkułowe o tyle tylko skutecznie przeciw cholercie oddziaływać mogą, o ile się na teraz ograniczą na śledzeniu tych najdonioślejszych źródeł niezdrovia ludności. Dalej Komitet Sanitarny Towarzystwa Lekarskiego uwydatnił konieczność stworzenia organu centralizującego działalność Komisyj Cyrkułowych i starał się wykazać że udział znacznej liczby lekarzy wolno-praktykujących, w całej sprawie o którą tu chodzi, pożądanem czyni, iżby uczestnikami rzeczzonego organu centralnego byli także delegaci Towarzystwa Lekarskiego. Co się tyczy działalności proponowanych w odezwie p. Prezydenta lekarzy rewirowych, to zdaniem Komitetu Sanitarnego, skuteczność ich działania byłaby tem lepiej zapewniona, gdyby i oni robione przez się spostrzeżenia odnośnie do przeciwhygienicznych warunków danego domu czy całego rewiru, równie jak i wszelkie inne profilaktycznie ważne wiadomości komunikowali Przewodniczącemu w Komisyji odpowiedniego Cyrkułu i aby tym sposobem ich działalność pozostawała pod zwierzchnią kontrolą i kierunkiem wyżej wspomnianego organu centralnego, w skład którego wejść by powinni, zdaniem Komitetu wspomnieni już delegaci Towarzystwa Lekarskiego. Komitet Sanitarny nadto wystąpił w swej odpowiedzi z nader ważnym praktycznym projektem, iżby Lekarze Rewirowi już teraz zrewidowali o ile możności szczegółowo wszystkie domy swego rewiru (od 20 do 25 domów rewirze), i przesłali na ręce Przewodniczącego w Komisyji Cyrkułowej do której dany rewir należy zawiadomienie o brakach sanitarnych najgwałtowniej poprawy wymagających.

Do obszernej odpowiedzi Komitetu Sanitarnego z której tu tylko najważniejsze punkta podajemy, dołączonym został projekt instrukcyi przez tenże Komitet wypracowanej, dla lekarzy rewirowych, określającej ich sposób postępowania przy właściwych, codziennych rewizyach lekarskich w razie wystąpienia cholery w Warszawie.

Nakoniec załatwienie kwestyi wyboru kandydatów na lekarzy rewirowych zostało poruczonem przez Towarzystwo Lekarskie Prezesowi.

Otóż streszczona w powyższem odpowiedź przez Komitet Sanitarny ułożona i niemal bez zmiany na ogólnem zebraniu Towarzystwa Lekarskiego przyjęta, posłużyła za punkt wyjścia do zaspokojenia wymagań wyrażonych tak słusznie przez Przewodniczących w Komisyjach Cyrkułowych. Wogólności wszystkie wyżej uwydatnione postulata odpowiedzi Tow.

Lekarskiego zyskały aprobaçyã p. Prezydenta i na Jego wniosek zatwierdzenie Naczelnika kraju; Tow. Lekarskie nowã odezwã zostało zaproszonym do wyznaczenia dwóch delegatów którzyby wzięli udział w obradach Komitetu centralnego, mającego co dwa tygodnie zasiadać pod przewodnictwem p. Oberpolicmaistra, z udziałem wszystkich Przewodniczących w Komissyach Cyrkułowych. Jednocześnie do zasiadania w tym centralnym organie sanitarnym zaproszonym został profesor higieny w Warszawskim uniwersytecie dr. SKWORCOW. O ile nam wiadomo obrady rzeczowego Komitetu rozpoczną się bezwłocznie. Towarzystwo Lekarskie delegatów swych już wybrało; są nimi koledzy NATANSON i MARKIEWICZ, z których pierwszy jest Prezesem a drugi członkiem Komitetu Sanitarnego Tow. Lekarskiego.

Zyczeniu Tow. Lekarskiego, co się tycze dokonania dziś już wstępnej rewizyi rewirów przez wszystkich lekarzy rewirowych, stało się również zadosć. Każdy lekarz rewirowy dokona tej rewizyi w całym poręczonym sobie rewirze za co wynagrodzonym zostanie w stosunku czterokrotnej rewizyi dziennej, za którą jakęśmy już powiedzieli przeznaczoną zostało wynagrodzenie w ilości 5 rubli. Materiał za pomocą tych rewizyi zebrany, oddanym będzie do stosownego użytku przewodniczącym w Komissyach Cyrkułowych resp. organowi centralnemu, czyniąc na teraz zbytecznem wzmocnienie rzeczonych Komisyi przybraniem większej liczby obywateli i techników. Tym sposobem wstępna rewizya rewirów przez lekarzy rewirowych, posłuży nie tylko do obeznania się tychże lekarze z topografiã i warunkami wśród których im przypaść może walka z cholera ale nadto dostarczy niesłychanie ważnych danych dla asenizacyi miasta w obszernem znaczeniu tego wyrazu.

Opracowaniem programu pomienionych rewizyi wstępnych, naturalnie co do zakresu bardzo ograniczonych, zajmuje się już Komitet Sanitarny Tow. Lekarskiego.

ODCINEK.

W sprawie własności odwaniających torfu Otwockiego.

Na posiedzeniu biologicznem odbytem d. 27 Stycznia r. b. Warsz. Towarzystwo lekarskie przyjęło następującã opiniã Komitetu Sanitarnego.

Komitet Sanitarny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego po odbyciu narady z przewodniczącymi w przedsiębiorstwie Otwockiego materiału torfowego i po wysłuchaniu sprawozdania z poszukiwań kol. NENCKIEGO i p. RAKOWSKIEGO nad wpływem rzeczowego materiału na masy kłoczące, w następujący sposób wyraził swã opinię.

1. Własność rozmaitych ciał sypkich, polegająca na pochłanianiu znacznej ilości ciał gazowych i płynów, a tem samem pożyteczność używania rzeczonych ciał, jako domieszki do zawartości kłoczących, stwierdzoną została od dawna, na drodze licznych prób i doświadczeń, z pomiędzy których szczególnej wagi są doświadczenia angielskiej Komissyi z r. 1868 próby deputacyi miejskiej berlińskiej z r. 1872, o czem świadczy opinia VIRCHOWA w jego sprawozdaniu (*Generalbericht*) z r. 1873, dotyczącem poszukiwań wstępnych, przed zaprowadzeniem kanalizacyi w Berlinie. Próby te i poszukiwania dotyczą suchego czarnoziemu, suchej gliny, suchego torfu, popiołu drzewnego, węglowego i torfowego.

2. Materiał torfowy stanowi bardzo pożytecznã pod względem sani-

tarnym domieszkę do zawartości kłoczej, a jakkolwiek na zasadzie dotychczasowych poszukiwań Komitet Sanitarny nie poczytuje pomienionego materiału za środek dezynfekcyjny, w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, to jednakże tenże Komitet wyraża życzenie, iżby użycie materiałów sypkich, jak np. Otwockiego materiału torfowego jak najbardziej mogło być w mieście naszym rozpowszechnione.

3. Materiał torfowy pożyteczny wpływ wywiera wskutek swego działania odwanającego i absorbującego w znacznej mierze części plynne, tak że masy kłocze z dostateczną ilością materiału tego zmieszane, mogą jako bezwonne, być wyczerpywane i wywożone wozami odkrytymi.

4. Pożyteczne pod względem sanitarnym działanie materiału torfowego zależnem jest od tego, czy rzeczony materiał mieszany jest z zawartością kłoczną w stosunku ilościowo odpowiednim, a mianowicie w ilości stanowiącej $\frac{1}{10}$ wagi masy kłocznych, t. j. średnio w ilości 112 funtów na osobę rocznie.

5. Komitet Sanitarny uznaje, iż tylko masy w zbiornikach podwórzowych (dołach, cysternach, wozach) do mieszania z materiałem torfowym się kwalifikują. Wsypany materiał zamiast wody do klozetów piętrowych, urządzonych sposobem waterklozetowym i połączonych z rurami spadowymi, jest niewłaściwym.

6. Warunkiem pożytecznego działania materiału torfowego jest częste peryodyczne mieszanie jego w zbiorniku kłocznym z odchodami w nim zawartymi.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Pierwsze posiedzenie przewodniczących w komisjach sanitarnych cywilowych z udziałem prof. SKWORCOWA oraz delegatów Warsz. Towarzystwa lek. (kol. NATANSONA i MARKIEWICZA, patrz dzisiejszy artykuł o Assenizacji Warszawy) odbędzie się za dni dziesięć. Przewodniczyć będzie p. Oberpolicmaister.

— Kol. MAĆCZEWSKI został wydawcą „Kroniki lekarskiej” w miejsce kol. KOBYLIŃSKIEGO.

— Obrady nad środkami ostrożności od cholery nie ustają u nas, a optymistom, którzy ruszają na to ramionami oddając się blegim myślom o ustaniu epidemii w Europie odpowiedzieć możemy wiadomością, iż w zeszłym tygodniu w Aubervilliers zdarzyło się 5 przypadków tej choroby, z których dwa zakończyło się śmiercią w przytułku dla biednych w St Denis zdarzyło się w Stycznii 17 przypadków cholery. Oprócz tego objawiła się cholera w Asnières i w Noirmontiers.

Zagraniczne. W Paryżu odbędzie się w Kwietniu r. b. zjazd chirurgów, w którym udział brać mogą i chirurdzy zagraniczni.

— Według ostatnich wiadomości w Anglii praktykuje obecnie 26,000 lekarzy z których przypada na Londyn 4564, na prowincyą 12,060, na Szkocyą 2299 na Irlandyą 2458 na obce kraje 1924, na armię i marynarkę 2505.

— Kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w r. b. w Berlinie w dniach od 8 do 11 Kwietnia.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Января 1885. Друк Зiemkiewiczza Krak.-Przedm. N. 15.