

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Przyczynk do operacyi wysokiego czyli nadłonowego cięcia pęcherza moczowego. Podał dr. F. A. Janiszewski. (Dokończenie).—**Kazulstyka.** Spostrzeżenia nad działaniem kokainy w bólach połowicznych głowy, w nerwobólach oka i ucha. Przez d-ra G. Lewy. — **Streszczenia i wyciągi.** 145. Endemia Ankylostomów w kopalni zu Höngou. 146. O zachowaniu się lekarza względem klientów, którzy się czują zagrożonymi przez pomięszanie umysłu swoich przodków. 147. Menthol, zastępujący kokainę dla znieczulania miejscowego nosa i gardziela.—**Odcinek.** Obecny stan zdrowia J. I. Kraszewskiego. Podał dr. Tymowski. Konferencya w kwestyi cholery odbyta w cesarskim zdrowotnym instytucie w Berlinie. Przełożył dr. G. Lewy. (Ciąg dalszy). — **Od Redakcyi.** — **Ogłoszenia.**

PRZYCZYNEK DO OPERACYI

wysokiego czyli nadłonowego cięcia pęcherza moczowego (*Sectio alta*).

Podał F. A. Janiszewski

Kierujący szpitalem Ś-go Jana Bożego w Lublinie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 51).

Nareszcie w d. 20 Lipca przystąpiłem do wykonania operacyi przy której łaskawie mi towarzyszyli i pomagali kolledzy: JENTYS, ARENSZTEJN i kandydat med. p. ROSENTHAL. Chory podobnie jak w poprzednim przypadku został należycie obmyty i całe pole operacyjne sterilizowanem roztworem sublimatu. Po zachloroformowaniu do zupełnego znieczulenia z powodu wygórowanej nadczułości, wprowadziłem do pęcherza cewnik metalowy cienki połączony z irrigatorem i przezeń wstrzyknąłem roztwór 4% kwasu bornego. Do odbytnicy pęcherza gumowego (*Colpeurynter*) ani wprowadzić, ani dostatecznie wodą napęlić nie było można z przyczyny tenesmów odbytnicy, której znaczna część, przynajmniej 4—6 centymetrów, wysuwała się co chwila z otworu stolcowego. Mimo tak wygórowaną nadczułość reflexyjną wskutek której brzuch chorego w ciągłym był ruchu podnosząc się to zniżając, na smudze białej zrobiłem cięcie długości 8 centymetrów przechodząc nieco za spojenie łonowe i rozdzieliwszy po sondzie rowkowej rozciągnęto brzuszne i mięsa doszedłem do powięzi poprzecznej. Po przecięciu fascyi, tkankę tłuszczową wraz z otrzewną odsunąłem ku górze i poprosiłem pomagającego mi kol. JENTYSA aby ją w tym kierunku utrzymał.

Pęcherz jakkolwiek nie uniesiony ku górze, z powodu wypełnienia go płynem odszukać i w nim cięcie wykonać było można. Co gdy nastąpiło i mocz wypływać począł, szybko otworzyłem kran połączony z cewnikiem i pęcherz przemyłem. Krwawienie ze ścian pęcherza jakkolwiek zrazu obfite, ustało wkrótce samo przez się. Wprowadzony palec w zrobiony otwór, a z nim i kleszcze nie były w stanie kamienia usunąć, tak silnie był on w fałdach pęcherza usadowionym. Ręczne dopiero manipulacye

i uciskanie przez odbytnicę pozwoliły ruszyć go z miejsca i następnie wyjąć w całości. Badanie wewnętrznej powierzchni pęcherza wykazało duże zgrubienie ścian tegoż i błonę śluzową również zgrubiałą i licznymi pokrytą kosmkami.

Po należytem przemyciu i oczyszczeniu pęcherza, wprowadziłem węł sączek z czerwonego kauczuku jak w poprzednim przypadku, z tą tylko różnicą, że nie przyszyłem go do ścian pęcherza, ale do brzegów rany w skórze, którą to ranę spoilem szwem przerywanym z jedwabiu jodoforowanego i na wszystko nałożyłem zwykłą opaską aseptyczną.

Wydobyty kamień jak go w naturalnej wielkości przedstawia rysunek miał kształt podłużny, postać niekryształiczną i ważył 21,25 gramma czyli 340 granów. Rozbiór chemiczny dokonany przez P. Szniersztejna Mag. Farm. wykazał, że główną i jedyną składową część kamienia stanowił szczawian wapna.

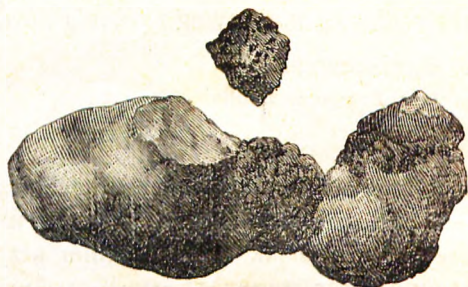


Fig. 17.

Chory po przeniesieniu na salę i przebudzeniu się z długo utrzymywanej narkozy, dostał silnych tenezmów pęcherza, pomimo, że mocz przez sączek do naczynia spływał swobodnie i krzychał tak że zmuszony byłem zastrzyknąć mu pod skórę $\frac{1}{8}$ grana morfiny, po czem usnął i spał do wieczora.

Wieczorem odwiedziłem go i zastałem zupełnie spokojnym.

Uskarżał się jeszcze na bóle w pęcherzu ale znacznie słabsze i brzucha nie pozwolił się dotknąć. Zaleciłem opium $\frac{1}{12}$ gr. co 2 godziny podawać i okłady lodowe na brzuch stosować.

Noc całą spał dobrze, a mierzona rano temperatura obecności stanu gorączkowego nie wykazała. Mocz przez sączek wyciekał swobodnie do odbieralnika. Opatrunek pozostawiono niezmiennym.

22-go Lipca t. j. na trzeci dzień po operacji. Temperatura normalna, stolce obfite, mocz dobrze przez sączek odpływa jest mętny i zawiera wiele śluzu. Brzuch przy dotykaniu cokolwiek bolesny, apetyt wraca. Dyeta ścisła.

24 Lipca t. j. piątego dnia po operacji. Ciepłota prawidłowa, bolesność brzucha nieznaczna. Mocz przez sączek w nocy odpływać przestał, a przesącza się przez ranę. Opatrunek zmieniono. Po przemyciu sączka mocz na nowo swobodnie odpływa.

28 Lipca t. j. 9-go dnia po operacji. Sączek usunięto i szwy z rany zdjęto; górna część rany dobrze spojona, dolna otwarta i przez nią mocz odpływa obficie. Apetyt dobry.

2 Sierpnia t. j. 14-go dnia po operacji. Mocz oddziela się przez ranę wskutek czego opatrunek codziennie zmieniony być musi. Ziarnina jednak obfita ranę pokrywać zaczyna. Bólów żadnych.

4-go Sierpnia. Mocz zaczyna wydzielać się przez cewkę moczową, gdy chory się nadmie będąc w położeniu stojącym. Ziarnina bujnie całą ranę pokrywa.

Od tego czasu zaczął się process przychodzenia do zdrowia. Mocz coraz obficie przez cewkę wypływać począł, rana żywą ziarniną wypełniać się i po brzegach zabliznić zaczęła i d. 26 Sierpnia ostatecznie zabliznioną została. Chory przedstawiony przezemnie na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w d. 5 Września miał już bliznę grubą niebolesną i funkcję wydzielania moczu prawidłowo odbywał, przy dobrym ogólnym wyglądzie, dobrych siłach i wesołym ducha nastroju.

Zastanawiając się nad opisanymi przypadkami, przychodzimy do następujących uwag i wniosków:

Najprzód co do przypadku pierwszego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że chwila wybrana przez chorego na poddanie się operacyi, była o ile można najnieprzyjaźniejszą pomyślnemu zejściu tejże z powodu nadmiernego wyczerpania sił tak bólami jak i często powtarzanemi przez dłuższy przeciąg czasu krwotokami kiszkowemi. A jakkolwiek była ona wskazana, gdyż inną drogą cierpienia usunąć ani złagodzić nie było sposobu, to jednak niechętnie do niej przystępowałem i li tylko spełniłem stanowcze i usilne żądanie chorego, który miał zupełne prawo rozporządzania sobą, czyli, że operacya wykonana została z uprzejmości, albo używając terminu przyjętego w chirurgii, *par complaisance*.

Ze przyjąwszy za pewnik konieczność wykonania operacyi, tylko metoda cięcia nadłonowego sposobem Petersena jedynie w tym razie mogła być użyta, również nie ulega wątpliwości. Kruszenie bowiem kamienia (*lithothrypsio*) nie mogło być zastosowaniem z powodu obciążenia pęcherza naokoło kamienia, wskutek czego wypełnienie jamy pęcherza płynem stawało się niemożliwym, a sama znowu wielkość kamienia wymagałaby lytotryptora tak znacznych rozmiarów, jakie zwykle w tym celu nie są używane. Cięcie zaś boczne, pominiawszy już znaczną utratę krwi jaką zwykle ze sobą sprowadza, nie doprowadziłoby nigdy do usunięcia kamienia, z powodu niewielkiego otworu jaki zwykle robi się w pęcherzu, jak również dla tego, że kleszcze nie byłyby w stanie ani objąć, ani poruszyć z miejsca kamieni takiej wielkości i tak ściśle obciążonego pęcherzem. Wydobyć go zaś za pomocą manipulacyi ręcznej, co miało właśnie miejsce w opisanym przypadku, możliwym było tylko przy cięciu górnem pęcherza, przy którym otwór w ścianach tegoż może być zrobionym znacznie większym jak przy innych sposobach operowania. Co się tyczy śmiertelnego zejścia to nasuwa się pytanie, w jakim stosunku toż zejście zostaje z wykonaną operacyą.

Ze operacya sama bardzo niewiele ku temu przyczynić się mogła dowodzi to, że chory żył przeszło trzy tygodnie po jej dokonaniu, że w pierwszych dwóch tygodniach czuł się stosunkowo dobrze, że process wegeta-

cyjny w ranie rozwijał się żywo i że nie było żadnych ze strony rany powikłań. Temperatura bardzo niska zaraz po operacji, następnie jeszcze większy jej spadek w ostatnich dniach życia, wreszcie biegunka, która w końcu całe cierpienie pogorszyła i ostatecznie równowagę sił organicznych zwichnęła każą przynuszczać, że przedewszystkiem na wzięcie zdrowie szkodliwie podziałał chloroform i że wskutek działania tegoż upośledzająco centry nerwowe, raz zmieniona równowaga sił nerwowych już się więcej podnieść i na właściwej stopie utrzymać nie mogła, powodując coraz inne objawy ze strony zmienionej działalności nerwów, zakończone wreszcie zejściem fatalnem.

Co do przypadku drugiego:

Ważkość cewki w którą zaledwie najcieńszy kateter wprowadzać się dawał nie pozwalała myśleć nawet o kruszeniu kamienia, którego kształt i objętość łatwo przez odbytnicę oznaczyć się dające, upewniały również że cięcie boczne pomyślnie wykonanem i ukończonem być nie mogło, gdyż najszersze nawet możliwie cięcie krokowe pęcherza jeszcze byłoby niedostatecznem do usunięcia za pomocą kleszczy kamienia takich rozmiarów kształtu i położenia jakie zajmował. Pozostało zatem do wyboru tylko cięcie górne i tylko sposób Petersena jako zapewniające możliwie dobry rezultat.

Co do obu przypadków:

Wykonanie operacji w obu przypadkach napotkało przewidziane i nieprzewidziane przeszkody, które utrudniły wprowadzenie tych ułatwień jakie stanowią najważniejszą zaletę omawianej metody. W przypadku pierwszym trudność wypełnienia pęcherza i trudność wprowadzenia doń cewnika tak, aby koniec jego łatwo mógł być wyczuwalnym, jak również trudność uniesienia pęcherza ku górze za pomocą wypełnionego płynem kolpeurinteru; w przypadku zaś drugim zupełna niemożność wprowadzenia do odbytnicy kolpeurinteru w celu uniesienia pęcherza, a tem samem usunięcia otrzewnej pokrywającej górną tegoż połowę, wygorowana nadczułość reflexyjna w skutek której tenesmy odbytnicy wypychały takową na zewnątrz na kilka centymetrów, przyczem całe ciało nieustannym podlegało ruchom, stanowiły niemałe przeszkody dla poprowadzenia każdego ciecica i rozdzielania tkanek, a chory musiał być nierównie dłużej chloroformowanym i operacja sama więcej jak należy czasu zająć musiała. Mimo to jednak, w obu przypadkach otrzewna naruszona nie została, a cięcie pęcherza dopełnionem zostało równo, czego szybkie i dokładne zabliźnienie tegoż w ostatnim przypadku dowiodło.

W obu przypadkach niebyło nacieczeń moczowych ani ropnych które przy cięciu wysokiem zdarzają się również i na które składają się dwa warunki mianowicie: wpływ moczu przez ranę i nierówności rany sprządzające odluszczenie jej brzegów. W danym przypadku zawdzięczać to należy ściślemu przestrzeganiu wymagań antyseptyki.

Zabliźnienie zupełne rany w pęcherzu i powłokach brzusznych w ciągu dni 36 zaliczyć również należy do przypadków pomyślnych, gdyż rany takie rzadko kiedy wcześniej jak w dni 40 zabliźnieniu ulegają.

W obu przypadkach w omawianej metodzie małą uczynilem zmianę, mianowicie: zamiast dwóch sączków zszytych ze sobą pozostawiłem w pęcherzu jeden tylko sączek średnich rozmiarów i przyszyłem go w pierwszym przypadku do brzegów rany pęcherza, w drugim do brzegów rany w skórze.

Opierając się na powyższych danych jak również na podstawie dotychczas ogłoszonych przypadków do następujących dochodzę wniosków:

1) Że operacya wysokiego cięcia przy modyfikacyach wprowadzonych do jej techniki przez PETERSEN'A, PERIER'A i GUYON'A i przy stosowaniu opatrunku przeciwnilnego ma wielką przyszłość w zastosowaniu praktycznym i jeżeli nie spotka się naraz z tylu przeszkodami jak w opisanych przypadkach, co przecież nie zawsze bywa, jest łatwą w wykonaniu i pewną w skutkach.

2) Że przy kamieniach znaczne posiadających rozmiary lub takich, które całą jamę pęcherza wypełniają stanowczo jej należy dać pierwszeństwo przed cięciem bocznem i że

3) W wielu zwykłych przypadkach ją również przełożyć należy nad kruszenie kamienia (*lithothrypsio*), które mimo ulepszonych dziś sposobów postępowania nierzadko sprowadza silne podrażnienie pęcherza, ropne zapalenie tegoż i w rezultacie śmiertelne zejście chorego, a ze strony operatora wymaga wielkiej biegłości i wprawy, mogących być nabytemi przez długoletnią pracę w tej tylko specjalnie gałęzi chirurgii.

K A Z U I S T Y K A.

Spostrzeżenia nad działaniem kokainy w bólach połowicznych głowy (Migrena), w nerwobólach oka i ucha (otalgia).

Przez d-ra G. Lewy.

Działanie znieczulające kokainy miejscowo na gałkę oczną, łącznicę i na błony śluzowe spowodowało mnie do stosowania tego środka w bólach migrenowych i w towarzyszącym im często, nerwobólu oka, oczodołu a także w nerwobólu usznym (*otalgia*). Dla wykazania działania kokainy w tych cierpieniach podam kilka przypadków bliżej przezemnie spostrzeżanych.

I. Jan Z. lat 73, źle odżywiony, małokrwisty, cierpi od kilku tygodni na zapalenie nieżytowe łącznicy, zmętnienie rogówki prawego oka, na bóle nieznośne prawej połowy czaszki, kości oczodołu i samej gałki ocznej. Choremu prócz tego dokuczają nieznośne strzykające bóle prawego ucha i bezustanny szum w temże. Cierpienia te są tak dokuczliwe, że chory po całych nocach spać nie może, i zmuszony jest chodzić po pokoju. Badanie ucha wziernikiem nic nie wykryło. Środki narkotyczne, kompresy, mało choremu przynoszą ulgi.

Po pierwszym napuszczeniu choremu kilkunastu kropel roztworu kokainy (0,20—10,00) do kąta oka, do jamy nosowej i do jamy usznej, bó-

le opuszczają chorego po 3 minutach na czas 6 godzinny. Stosowałem leczenie to przez dni 8, skutek tegoż zawsze okazał się dodatnim. Czas wolny od bólów po napuszczeniu kokainy trwał 2—4—6 do 10 godzin. Po ośmiodniowym leczeniu ból migrenowy i ból w uchu zupełnie ustały, został tylko ból gałki ocznej i w kościach oczodołu (co prawdopodobnie pochodzi od zapalenia okostnej i processu degeneratywnego gałki ocznej). Użycie kokainy i w tym przypadku zawsze choremu ulgę przynosi chociaż na parę godzin.

II. Berta B... lat 68, dobrze odżywna, cierpi od lat kilkunastu na peryodyczne bóle migrenowe, trwające nieraz parę dni, prócz tego chora doznaje od paru lat bezustannego szumu w obydwu uszach, chora nigdy na to nie zasięgała porady lekarskiej. W ostatnim czasie migrena wystąpiła tak silnie i tak uporczywie długo trwająca, że chora widziała się zmuszoną wezwać pomocy lekarskiej. Chora, którą zastałem w łóżku żali się, że oprócz zwykłego cierpienia migrenowego, dokuczają jej uczucie ciśnienia na wierzchołek mózgu, sztywność i bolesność w mięśniach karku tak dalece, że nie jest w stanie żadnego ruchu głową wykonać.

Po wpuszczeniu roztworu kokainy do jamy nosowej i obu jam usznych ból głowy ustaje po 3 minutach na 2 godziny. Chora porusza swobodnie głowę. Następne wstrzykiwania powstrzymują bóle głowy na 4—6 i 8 godzin. Po dwóch dniach ból migrenowy zupełnie ustał, został tylko szum, który kokaina łagodzi ale nie znosi.

III. J. Hoffman, lat 40, z przyczyny sparzenia się proszkiem wybuchowym dostał zapalenia ostrego łącznicy, przyczem chory skarży się na ból w gałce ocznej, w kościach oczodołu, ból połowiczny czaszki i na ból i szum w uchu (*otalgia*). Zastosowanie w powyżej opisany sposób kokainy usuwa bóle za pierwszym razem po 2 minutach na 4 godziny, następne wstrzykiwania usuwają bóle na 2—3—6 i 10 godzin. Po 2 dniach bóle zupełnie ustały. Stosowanie kokainy w tenże sposób w kilku innych przypadkach tegoż samego rodzaju cierpienia, dawały mi zawsze wyniki zadawalniające.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

145. *Eudenia Ankylostomów w kopalni Maria zu Höngen.* Dr. G. VÖLKERS. W Styczniu r. b. dr. MAYER w Akwizgranie po raz pierwszy znalazł ankylostomy u robotnika anemicznego z kopalni węgla „Maryja” w Höngen. Od tej chwili lekarz górniczy zaczął zwracać swą uwagę na anemicznych robotników i 10 jako podejrzanych o tę chorobę odesłał do oddziału d-ra MAYER'A. Z tych 10 u 9 znaleziono anchylostomy (*anchoylostomum duodonale*). Pacjent u którego nie znaleziono pasożyta przedstawiał subiektywnie te same objawy jak chorzy cierpiący na tę chorobę. Był bardzo anemiczny, żalił się na silny ból w dolku (*epigastrium*). Przy pobieżnym jednak nawet badaniu obraz przedstawiał się inaczej. Był anemiczny, ale wyglądał tak jak po wielkiej utracie krwi, gdy tymczasem kolor skóry u innych ma odcień szaro-żółty. W stolcu pacjenta nie znaleziono ani ankylostomów ani kryształków Charcot'a. Stolce zabarwione

normalnie, trawienie dobre. U pozostałych 9 znajdowano tak w sluzie z kiszki stolcowej jak i w stolcach jajka pasożyta. Każdy z chorych żalił się na silne osłabienie, ból *in epigastrio*, szum w uszach mianowicie po stronie lewej, zawrót, brak apetytu, rozwolnienie naprzemiany z zatwardzeniem. Chorzy anemiczni, osłabieni — pokład tłuszczowy zachowany. Serce nieco rozszerzone (*dilatatio*) szmery anemiczne. Ciąłka czerwone krwi uderzająco blade, formy zmienionej już to jako biszkopty już to jak pestki jabłka. Uryna stale dawała odczyn indicanowy—białka nie było. U wszystkich chorych temp. nieco podniesiona do 38,1. Stolce koloru brunatno czerwonego, ciąłek czerwonych krwi nie spotykano. Stale spotykano w stolcach jajka ankylostomów, niekiedy jajka ascaridów — stale kryształki Charcot'a nieco większe od kryształków spotykanych w płwocinie astmatyków. Jajek *anquillula stercoralis et intestinalis* które były obserwowane u robotników w tunelu Gotthardskim nie spotykano. Jako środek przeciw-czerwiowy używany był *Eatr. filicis mar.* z początku w pigułkach, później tę formę zarzucono podawano z *Syr. Cort. Aurant* a następnie i tę formę zarzucono dając z *koniakiem*: Dawka 10,0. Zwykle czerwie wychodziły drugiego dnia—żadnego pobocznego działania nie zauważył. Dla uniknięcia pobocznego działania prof. BAUMLER w przypadkach lżejszych radzi Do-liarynę, preparat używany często w Brazylii przeciw tej chorobie, autor dotychczas nie stwierdził skuteczności. W pierwszych zaraz dniach po odejściu pasożytów stan chorych widocznie poprawiał się, ból w dołku przechodził, apetyt wracał, siły powoli poprawiały się. Każdy z chorych miał zalecone preparaty zelaża przez dłuższy czas. Ognisko choroby było ograniczone do kopalni „Maryja” i to tylko w pewnej głębokości.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, Nr. 36). A. P-i.

146. O zachowaniu się lekarza względem klientów, którzy się czują zagrożonymi przez pomięszanie umysłu swoich przodków. Dr. BILLOD (*Rundsch.* 5 H.—1884). Nie rzadko lekarz zmuszony dawać poradę osobom, które obawiają się choroby umysłowej, ponieważ jedno z jego rodziców, lub jeden członek rodziny był warjatem. Opierają oni swoją obawę na tem, że sami cierpią na rozmaite dolegliwości nerwowe jak: bóle głowy, bezsenność i t. d. Lekarz jest w trudnem położeniu, żeby przygnębiająco nie oddziaływać na chorego, powiedzawszy mu otwarcie, a przez to nie pogarszyć stanu, lub zamilknąwszy, nie usposobić go lekkomyślnie. BILLOD radzi tak odpowiadając: pomięszanie może być chorobą dziedziczną, ale dla czegoż ma być w danym przypadku. Pomięszanie może być u pewnej liczby członków rodziny, ale przecież nie wszyscy członkowie podlegają temu. Odziedzicza się tylko usposobienie, dopiero gdy odpowiednie przyczyny wywołujące się nagromadzą, to jest niebezpiecznem. Jeżeli tych ostatnich nie będzie, to w ciągu najdłuższego życia można pozostać zdrowym, a usunięcie tych przyczyn spoczywa w rękach chorego. W końcu czy choroba pochodzi od ojca czy od matki. Jeżeli oboje są dotknięci, to powiedzieć tylko choremu, że dziedziczność to tylko usposobienie a nie choroba. B. dodaje, że tem łatwiej jest uspokoić chorego, iż ciężej fatalizm dziedziczności nad nim ciąży. Skłonność niepokojenia się stoi w zdrowotnym stosunku do niebezpieczeństwa. Wogóle niepokoją się ci najwięcej, którzy najmniej mają ku temu powodu. Lekarz, który dwa razy przebył udar mózgowy obawiał się tylko o moczówkę cukrową. Czasami lekarz jest w trudnem położeniu. Pewien człowiek przyszedł z zapytaniem do B., czy nie ulegnie czasem skłonności do samobójstwa, gdyż prawie w jednym wieku ulegli tej chorobie pradziad, dziad i ojciec. W innym przypadku zapytywała panna, czy może wyjść za mąż i nie ulegnie pomięszaniu jak i jej dzieci, bo matka na nie cierpiała. B. uspokoił pytającą i zezwolił na wyjście za mąż,

bo ojciec był zdrowy, a matka przedstawiała w rodzinie wypadek odosobniony. Narzeczonemu jednak powiedział, że przyszłość w każdym razie jest wątpliwą. Małżeństwo jednak do skutku przyszło. R-i.

147. **Mentol, zastępujący kokainę dla znieczulania miejscowego nosa i gardzienia.** Dr. ROZENBERG w Berlinie (*Berl. klin. Woch.* 28—1885). Przy swoich próbach znalazł środek zastępujący drogą kokainę; autor przekonał się o podobnym działaniu roztworu wyskokowego mentholu. Dla znieczulenia tylnej ściany gardzienia wystarcza 50^o/_o, dla podniebienia miękkiego 25—50^o/_o. Znieczulenie zupełne trwa 1—3 minut i dłużej. Penzlowanie gardzienia sprawia mniej palenia, jak błona śluzowa nosa. Krtań znosi 10^o/_o roztwór, znieczulenie trwa kilka minut. Menthol nie jest identyczny w działaniu z kokainą, ale da się zastosować: 1) przy próbnym penzlowaniu błony śluzowej nosa, 2) dla penzlowania gardła dla operacyjnych celów, np. wyjęcia migdałów. Ponieważ zaś jest i tani (1 grm. kosztuje 0,25 marki) więc i to zachęca do dalszych prób.

ODCINEK.

Obecny stan zdrowia J. I. Kraszewskiego.

O stanie zdrowia J. I. KRASZEWSKIEGO otrzymujemy od d-ra TYMOWSKIEGO z San-Remo następujące szczegóły:

Jak wszystkim wiadomo P. Kraszewski od dawna na przewlekły nieżyt oskrzeli był cierpiącym, ale od czasu rozpoczęcia processu w Berlinie zdrowie jego silnie zostało zrujnowane i tylko dzięki troskliwym staraniom d-ra LEWINA złego wyjścia uniknął. W więzieniu zapadał często na *bronchitis*, na ostatku miał silny atak, który wszelkie symptomy stenocardii (*angina pectoris*) przedstawiał. Wnoszę o tem raz z opowiadania pacyenta, a po drugie, że choroba ta aczkolwiek w słabszym nasileniu, często dziś jeszcze się powtarza. Dwa i pół lata zamknięty w ciasnej celi, rzadko mogąc używać świeżego powietrza, a oprócz tego cierpiąc moralnie nad swoim nieszczęściem, czcigodny pacjent wychudł znacznie, stracił sen i apetyt, tak że często obrzękały mu nogi, stolec był zaparty, odżywianie najgorsze, puls zwykle 100 do 120, słaby i nieregularny, kaszel męczący godzinami trwający, płwocina obfita, ropna, czasem z krwią, rozdrażnienie ogólne, bezsenność kompletna. Dawniej, Szanowny chory przywykł był noce spędzać przy lampie, ale w więzieniu regulamin na to nie pozwalał, tak że przy owym pamiętnym ataku na jesieni b. r. chory upadłszy bez zmysłów na łożo w ciemności bez żadnej pomocy całą noc przeleżał w męczarniach i spokojnie wyczekiwał śmierci, bo nie sądził, aby atak ten przeżył. Dopiero za wstawieniem się lekarza więziennego d-ra GÄHDE pozwolono mu palić lampę i nie zostawiano go na noc samym. Wreszcie przez szczególną łaskę zezwolono choremu zimą przepędzić na południu z warunkiem, że z wiosną do twierdzy powróci.

W powyżej opisanym stanie znalazłem też chorego dnia 16-go Listopada w Genui, gdzie pacjent tak źle się czuł, że wahał się czy do San-Remo mógłby jechać. Przy badaniu znalazłem w dolnych płatach płucnych rżenia wilgotne bardzo obfite i obydwaj płuca rozdęte (*Emphysema pulmonum*) tak znacznie, że po prawej stronie w linii brodawkowej aż do łuku żebrowego a z tyłu aż do 11-go żebra dochodziły; diafragma przy oddychaniu prawie nie poruszalna, tony serca w górnej części ledwo do słyszeć było można, natomiast silne i wyraźne, w epigastrium.

Przy gwałtowniejszem poruszeniu chory doznaje silnego bicia serca

i duszności (*Dyspnoea*) z uczuciem niepokoju w okolicy dołka sercowego, tak, że ledwie dech złapać może. Przytem pacjent oddawna nie może trzymać się prosto i miewa silne bóle w okolicach kości potylicowej i między łopatkami; ból ten powstał przy owym napadzie stenocardyi. Trawienie nadzwyczaj utrudnione, jakkolwiek niema oznak kataru żołądka i prawdopodobnie mamy do czynienia z dyspepsią nerwową.

Od czasu pobytu chorego w San-Remo, po użyciu środków balsamicznych i wykrztuśnych powyższe symptomy, a zwłaszcza przewlekły niezbyt oskrzeli i rozedma płuc ustąpiły po części, apetyt też trochę się poprawił, sił przybyło, ale bicie serca nie ustępuje, bezsenność trwa jeszcze, jakkolwiek nie zdarzają się dawne hallucynacje nocne, które chorego w więzieniu i w pierwszych dniach po wyjściu z więzienia trapiły. W Magdeburgu chory używał często *Tinct. Opii croc.*, która mu zwykle na jakiś czas cierpienia te usuwała, staram się teraz o ile możności ilość opium zmniejszać i mam nadzieję, że wpływ powietrza morskiego, stosowna higieniczna dyeta i trochę ruchu na świeżem powietrzu i w spokoju, w zmożoną zwątlony ustrój Szanownego pacjenta.

San-Remo dnia 18 Grudnia 1885.

Dr. Tynowski.

KONFERENCYA W KWESTYI CHOLERY

odbyta w Cesarskim Zdrowotnym Instytucie w Berlinie.

Przełożył Dr. G. Lewy.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr 51).

Osoby obeznane z tym faktem i zapytane przezemnie weale nie wąpiły o tem, że ludzie zachorowali od użycia tej wody zanieczyszczonej wypróżnieniami cholerycznymi. W naszym wypadku zakażenia cholera podczas kursów cholerycznych był tylko pojedynczy przypadek zakażenia. Przypadek ten ma jednak tak doniosłe znaczenie, że w tym razie wydarzył się w miejscu i czasie, gdzie oprócz manipulacyi lasecznikami cholerycznymi, zakażenie choleryczne zkadąd może być absolutnie wykluczone i dlatego też jeszcze, że to jest pierwszy przypadek w Niemczech, gdzie prawdziwe laseczniki choleryczne wykazane zostały w wypróżnieniach zapadłego na cholerynę. Pewny lekarz, którego nazwisko pomijam znajdował się prawie 5 dni w Berlinie, gdy pojawiło się u niego wzburzenie trawienia połączone z biegunką. Wypróżnienia były rzadkawe, parę razy dziennie, stan ten nie budził jednakże w nim żadnej obawy. W ostatnim dniu jego pobytu tutaj, wypróżnienia stały się częstsze, zupełnie rzadkie a potem wodniste. W tym stanie zajechał szczęśliwie do domu na prowincyą, gdzie po przybyciu dostał prawdziwego napadu choleryny. Przez dwa dni miał wypróżnienia wodniste i bezbarwne, wystąpiły następnie silne osłabienie, niengaszone pragnienie, oddawanie moczu doszło do minimum. Właściwych kurczów w łydkach nie było, lecz mocne ciągoty wystąpiły w podszwach i kurczowe zgięcie palców nóg. Czując się osłabionym, dla zbadania własnych wypróżnień, napelniał niemi czystą flaszeczkę i takową nam tu przesłał. Wieczorem flaszeczka była wysłana, drugiego dnia rano po nadejściu wzięto się zaraz do zbadania. Ponieważ poсылka ta była tylko przez jedną noc w drodze i to w zimną porę przeto nie mogła istotnie przez przewóz być zmienioną. Badanie wypróżnienia robione na szkiełkach nakrywkowych i zarazem przez hodowlę w próżnych nośnikach i na płytach wykazały jednogłdnie obecność licznych prawdziwych laseczników cholerycznych. Przedstawiona dziś jedna

z czystych hodowli pochodzi od odchodów tego chorego. Nadmienię w niemem, że choroba przybrała pomyślny obrót. Biegunka ustąpiła ale pozostało na długo jeszcze widoczne osłabienie. Uwzględniając ten przypadek, muszę zwrócić uwagę tych, którzy zajmują się badaniem i doświadczeniami nad lasecznikami cholerycznymi, aby przy tej manipulacji, zachowali możliwie wielką ostrożność. Ponieważ w programie naszym postawiona została jeszcze kwestya co do form trwałości laseczników cholerycznych, przeto chcę jeszcze i o tem kilka słów powiedzieć. Ze względu na ważność tej kwestyi, starałem się wciąż dalej znajdować coś, coby się dało uważać za stan trwałości bakteryi cholerycznych analogicznie tworzeniu się sporów innych laseczników. Przyszedłem jednakże jak i poprzednio w tych moich poszukiwaniach dotyczących się tego przedmiotu do wyników ujemnych. Wszystkie przez innych badaczy podane relacye o formach trwałości i o tworzeniu się sporów opierają się widocznie na błędach. CECI np. zdawał się spostrzegać spory w lasecznikach cholerycznych. Uważa on laseczniki w starszych hodowlach, które po zabarwieniu aniliną przedstawiają zwykle w środku niezabarwione miejsce zawierające spory. Mnie również w moich pierwszych hodowlach zastanowiły te osobliwie zabarwione laseczniki, przekonałem się jednak niedługo, że ta niezabarwiona część lasecznika nie pochodzi z tworzenia się sporu, lecz powstaje wtedy, gdy lasecznik staje się grubszym; prawdopodobnie ma tu miejsce spęcznienie wskutek przyjęcia wody i oddzielenie się plazmy do substancyi końcowej gęstszej dającej się silniej zabarwić i do substancyi środkowej mniej zgęszczonej.

Podobne spostrzeżenia robiono na lasecznikach posocznicy u królików, które zwykle barwią się w ten sposób, że środek mało albo wcale nie jest zabarwionym. Ponieważ w bakteryach cholerycznych występuje tylko to zjawisko w starszych hodowlach, to trzeba je uważać za rodzaj inwolucyi albo przemianę na obumierających lub też obumarłych lasecznikach. Roztrzygającem dla tego pojmowania rzeczy jest to, że hodowle zawierające takie laseczniki, nie są bynajmniej odporniejsze niż zwykłe laseczniki przecinkowe na szkodliwe wpływy, jak na suchość, chemikalie, gorąco. CECI sam znalazł, że jego pozornie zawierające spory laseczniki wkrótce obumarły gdy zostały zaschnięte; nie mogły zatem znajdować się w formie trwałości.

Przy tej sposobności nadmienię jako *Curiosum*, że KLEINOWI zdało się widzieć podłużne dzielenie laseczników cholerycznych, a podług FERRANA mają bakterye choleryczne należeć do zakresu rozwojowego grzybka pleśniowego, *peronospora*. I te dwa mniemane odkrycia opierają się na mylnem tłumaczeniu form inwolucyjnych laseczników cholerycznych. Mimo, że dotąd stanu trwałości (*Dauerzustand*) bakteryi cholerycznych nie znaleziono i zdaje się że nawet takowy nie istnieje, to jednakże mamy na usługę inne doświadczenia, które nam wyjaśnić mogą przemijające zaśnięcie epidemii cholery, trwające czasami miesiące, a nawet przez całą zimą. Bakterye choleryczne mogą w stanie wilgotnym przy sprzyjających warunkach bardzo długo zachować się w stanie żyjącym. NICATI i RIETSCH stwierdzili, że bakterye choleryczne w wodzie przystani Marsylskiej zostały przy życiu przez 81 dni. Przy próbie na starszych hodowlach prowadzonych na agarze znaleźliśmy w tychże po 144 dniach bakterye choleryczne zdolne jeszcze do rozwoju. Dopiero przy badaniu po 175 dniach pokazało się że hodowle te wymarły. Można sobie podług tego wyobrazić że i w powierzchniowych warstwach ziemi, w bagnach i t. d. mogą bakterye choleryczne natrafić na warunki, przy których również jak na naszych agarowych gelatynach, a nawet lepiej mogą być zachowane przy życiu przez 5 lub więcej miesięcy.

Na to przemawia PETTENKOFFER:

Żałuję że ja z mego stanowiska epidemiologicznego muszę stanowczo sprzeciwić się powadze bakteryologicznej, jaką jest Robert KOCH.

Z dotychczasowych podań KOCHA pokazuje się stanowczo, że laseczniki choleryczne znajdują się bardzo stale w kiszkiach cholerycznych osób i że one w innych warunkach (z wyjątkiem owego stanu w Kalkucie) nadaremnie były poszukiwane. Znajdowano wprawdzie od tego czasu w powietrzu i w wodzie a także w ludzkim ustroju różne drobnowidzowe ustroje formy przecinkowej, ale badania bakteryologiczne przez manipulację hodowlaną nie dowiodły dotąd tożsamości ich z lasecznikiem przecinkowym KOCHA. Odkryta najprzód przez KOCHA a potwierdzona przez rzeczoznawców stałość znajdowania się laseczników w choleryce zbagaciła co prawda wiele wiadomości nasze patologiczne o choleryce, ale sama nie jest jeszcze w stanie udowodnić przyczynowego znaczenia laseczników Kochowych dla cholery.

Można przypuścić, że owe laseczniki powstają w prawidłowym kanale kiszkiowym ze znajdujących się spirillów i vibrionów, które w sprawie cholery znajdują swoje najpomyślniejsze warunki egzystencji i rozwoju. Rozstrzygnięcie sprawy chorobotwórczości bakterii podług własnego orzeczenia KOCHA może jedynie być uskutecznione przez doświadczenie na zwierzętach, co jednakże dotąd w ścisły sposób udowodnionem być nie mogło. I dziś przedstawione próby zakażenia nie czynią wrażenia przekonującego i te opisane objawy dadzą się innemi grzybkami znalezionemi w trupach cholerycznych wywołać i to daleko wybitniej. Małpa większych rozmiarów której zastrzyknięto podskórnie krótkie pałeczki znalezione przez d-ra EMMERICI'A w trupach cholerycznych w Neapolu, okazywała przy sekcji tyle podobieństwa w kiszkiach swoich z kiszkiami cholerycznymi człowieka, że uprosiłem swego kolegę BOLLINGERA w Monachium aby jako bezstronny rzeczoznawca dokonał sekcji i podyktował protokół, który wraz z kolorowanemi rysunkami wkrótce będzie umieszczonym w „*Archiv für Hygiene*”. Sposób zakażenia przez KOCHA swojemi lasecznikami przecinkowymi morskich świnek, zdaje mi się nie dopuszcza do rozstrzygnięcia kwestyi, w jaki sposób ludzie przychodzą do zakażenia się cholera. Pozostaje tedy do wyboru między dwiema równouprawnionemi możliwościami. Szerzeg wątpliwości przemawia przeciw przyczynowemu znaczeniu laseczników przecinkowych. Własności ich życia są tylko wymuszone dla pogodzenia ich z domaganiami doświadczenia epidemiologicznego o materji zakaźnej cholerycznej, jeśli te własności wogóle z niemi pogodzić się dadzą. Laseczniki przecinkowe nie mają formy trwałości, są nieodporne na bardzo słabe nawet chemiczne szkodliwości np. na kwas żołądkowy, obumierają bardzo szybko po wyschnięciu, gdy tymczasem cholera w swojej endymicznej ojczyźnie w dolnym Bengalu występuje najsilniej w porę najgorętszą i bezdeszczową a w tak samo gorącą prawie porę deszczową występuje najsłabiej. Znajdujące się wszędzie, a zatem i w ludzkich kiszkiach gnilne bakterye są zdaniem KOCHA najgorszymi nieprzyjaciołami laseczników przecinkowych, którym te ostatnie ulegają w walce o byt. Nie mogę tedy pojąć jak takimi obdarzone własnościami mikroby wywołać mogą epidemie w pewnych czasach i miejscach, a zwłaszcza w miejscach najbrudniejszych, i wreszcie najszkodliwiej gospodarują tam gdzie znajduje się najwięcej gnilnych bakteryi.

Przyjęcie laseczników przecinkowych jako przyczynowe bodźce wywołujące cholera sprzeciwia się w dalszym ciągu zdaniu KOCHA, że bodźce zakaźne (*Infectionserreger*) znajdować się muszą w miejscu cierpienia. Tymczasem nie znajdują się one w chorobowo zmienionych narządach, lecz

w kanale kiszkiowym, gdzie dopiero mają działać jako jad. Tym sposobem cholera przestaje należeć do rzędu zwykłych chorób zakaźnych, a uważaną być musi za chorobę złożoną z dwóch procesów: z zakażenia (*infectio*) i z zatrucia (*intoxicatio*), dalej przemawia przeciw przyjęciu wessania wytworzonego w kiszkiach z laseczników przecinkowych jadu ta okoliczność, że z doświadczałnej próby z kanału pokarmowego chorych cholerycznych przekonano się, że wessanie prawie nie istnieje. Mogłoby tu najwyżej chodzić o przejście do krwi obiegu najmniejszych cząsteczek jadu, który dla wywołania tak ogromnych zmian jak w cholerycznej musiałby być nadzwyczaj mocno trującym. KOCH starał się wykazać istnienie tego hypotetycznego jadu i przytacza jako dowód tego, rozpuszczenie się czerwonych ciałek krwi przy hodowli laseczników przecinkowych w pożywnej gelatynie. Nie bacząc na to, że ciałka czerwone krwi przez wiele wpływów chemicznych łatwo się rozkładają jak to HANS BUCKNER wykazał, to taki sam objaw ma miejsce przy nie chorobotwórczych grzybkach, a mianowicie przy vibrionach FINKLERA i PRIORA.

Ta teoria jadu zdawała się i mnie początkowo prawdopodobną i miałem zamiar robić z tym jadem doświadczenia. To był jeden z powodów skłaniający mnie do wysłania EMMERICHA do Neapolu dla przywiezienia czystej hodowli laseczników przecinkowych do instytutu higienicznego w Monachium. Dr. BUCHNER rozmnażał w mięsnej rosoli zasadowej laseczniki przecinkowe przez EMMERICHA czysto hodowane, które przez wielu rzeczoznawców uznane zostały jako laseczniki KOCHA, w takich masach, że mogły wiele jadu wytworzyć; doświadczenia nim dokonane wykazały jednakże, że zadawane znaczne ilości tego rozłożonego pożywnego płynu królikom i świnkom morskim nawet za pomocą wstrzykiwań do otrzewny nie wywołały znacznych skutków. Z tej zasady wychodząc mogę uważać teorię zakaźną i trującą KOCHA tylko jako niedowiedzianą i mało prawdopodobną hipotezę. Ze wszystkiego tego, co o cholerycznej wiemy, to prawdopodobniejszym jest że ona jest chorobą czysto zakaźną, która dopuszcza przy czynowe mikroby nie tylko w kiszkiach, lecz także w pozostałym chorobowo zajętych ustroju.

Dalsze tedy poszukiwania powinny się rozciągnąć na wszystkie narządy i nie powinny być wyłącznie drobnowidzowe, gdyż niewiadomo z góry, że znajdujące się w tkankach mikroby cholery posiadają ten sam odczyn na farby anilnowe, jak inne tego gatunku grzybki. Ujemne wyniki badań drobnowidzowych nie przedstawiają przeto jeszcze rozstrzygającej wartości. Faktem jest, że EMMERICH przeszczerpił na gelatynę pożywną KOCHA części narządów i sok ich (wątroba, płuca, nerki, krew) ze wszystkich 9 trupów cholerycznych, jakie mu się dostały do badania w Neapolu w listopadzie roku zeszłego, bez zbadania ich przedtem drobnowidzem i zawsze znajdował jeden i ten sam drobnowidzowy ustrój, krótką pałeczkę prawie zawsze jako czystą hodowlę i nadzwyczaj rzadko z innymi drobnowidzowymi ustrojami zmieszaną, a w tych przypadkach jeszcze potem w Monachium płytami KOCHA dały się osiągnąć czyste hodowle. Jeśli EMMERICH z Neapolu przywiózł laseczniki przecinkowe KOCHA zupełnie czyste, to przypuścić mogę, że i te bakterie z tamąd czysto przywiózł. Te neapolitańskie bakterie EMMERICHA zostały mocno skrytykowane, lecz ta dotychczasowa krytyka nie mogła mojej w nich wiary jeszcze zachwiać, gdyż podług praw rachunku różniczkowego zdaje mi się być bardzo nieprawdopodobnym, aby w dziewięciu po sobie następujących w rozmaitym czasie i w różnych miejscowościach Neapolu robionych poszukiwaniach, wydarzył się jeden i ten sam przypadek. Ponieważ sam nie jestem bakteriologiem i w moim wieku już się nim być nie nauczę, przeto i nie

mogę i nie chcę zapuszczać się w te sporne kwestye, lecz zostawiam to bakteryologom z zawodu, aby ci przy najbliższej okazji, jaka prawdopodobnie wkrótce niestety się nadarzy skonstatowali, czy przy szczepieniu z narządów cholerycznych na gelatynę pożywną, przyjdą do tych samych wyników, do których doszedł EMMERICH, czy też ta przez niego odkryta krótkka paleczka (*Kurzstäbchen*) jest tylko przypadkowym mieszkańcem neapolitańskich trupów cholerycznych. Zadziwiającem jest wykrycie dla wyjaśnienia ujemnych wyników drobnowidzowych, które wypływa z preparatów skrawkowych, które wykonał dr. SEHLEN z narządów zwierząt szczepionych w Monachium czystymi hodowlami neapolitańskich bakteryi. Zwierzęta te zdechły przy objawach do cholery podobnych i narządy ich przedstawiały także drobnowidzowo te same zapalne i zgorzelinowe zmiany, jak odpowiednie tkanki ludzkich trupów cholerycznych.

Nie ma wątpliwości, że te zmiany zostały wywołane u tych zwierząt przez zastrzyknięcie podskórne bakteryi EMMERICHA, lecz jakkolwiek te bakterye ze świeżego płynu narządowego znajdowały się na szkiełku nakrywkowym i w hodowlach z kawałków narządów wyrosły na czyste hodowle, to jednak w szeregu wypadków nie podobna było wykazać je pod drobnowidzem w stwardniałych preparatach. Dla zbadania przyczyn tych objawów jeszcze robione są poszukiwania. W preparatach skrawkowych z narządów ludzi cholerycznych nie znalazły się więcej bakterye przy dalszem badaniu drobnowidzowem, dalsze dopiero poszukiwania mogą rozstrzygnąć nad znaczeniem pierwotnych danych pozytywnych, o których w swoim czasie była mowa w towarzystwie lekarskiem monachijskiem. W każdym razie poszukiwanie bakteryi metodą hodowlaną jest niezbędnem i pewniejszym niż same badanie drobnowidzowe. Nie wiadomo mi, czy bakteryologowie narządy choleryczne, w których drobnowidzowo bakteryi nie wykazano, szczepili je na gelatynie bez wyniku wzrostu. Dzisiaj przywiedziono w tym względzie ujemne wyniki tylko CECI'EGO. Trzeba poczekać czy inni badacze nie otrzymają wyników dodatnich. Te neapolitańskie bakterye, które pod względem zachowania się biologicznego najbardziej zbliżone są do laseczników durzycowych, okazały się przy doświadczeniach nadzwyczaj chorobotwórczemi. Wstrzyknięte większym zwierzętom, jak psom i kotom wywołały w nich nader silne objawy cholery azjatyckiej. Prawdopodobnie znalezione w narządach, w ścianach kiszki i w ich zawartości bakterye EMMERICHA stanowią prawdziwy czynnik (*agens*) sprawy cholerycznej, a vibrio KOCHA występuje może warunkowo jako drugorzędny zawdzięczając swój rozwój sprawie cholerycznej. Można przypuścić że vibrio Kocha normalnie znajdujący się w kanale pokarmowym u człowieka między wieloma dotąd zupełnie niezbadanemi formami vibrionów, znajduje dla siebie pod wpływem alkalicznego przesieku występującego bezpośrednio ze krwi, a zatem przypuszczalnie utlenionego warunki silnego rozwoju. Dopóki jednakże żyjące w kiszki człowieka w stanie prawidłowym różne formy vibrionów i spirillów nie są dokładnie znane i zbadane, dopóty stanowczego sądu o tem ani dodatniego ani ujemnego wydać nie można. Prace w tej kwestyi EMMERICHA, BUCHNERA i SEHLENA będą wkrótce wydrukowane w „Archivum dla Hygieny”. Jakkolwiek grzybek okaże się bodźcem zakaźnym, to jednakże dopiero szukać należy jego związku z stwierdzonymi faktami epidemiologicznymi i ten związek musi być wynaleziony, zanim coś epidemiologicznego przedsiębrać możemy. Jeśli chorzy choleryczni nie zakażają wprost, to i grzybek choleryczny z tychże chorych nie jest w stanie tego dokonać, a jeśli cholera zależną jest od czasu i od miejscowości, to i grzybek choleryczny nie może od nich niezależać.

zależną jest od czasu i od miejscowości, to i grzybek choleryczny nie może od nich nie zależeć.

W ciągu dalszych rozpraw wrócimy jeszcze do faktów epidemiologicznych i wtedy mówić będę przeciw doświadczeniu wodą do picia robionemu przez Macnamarę o którym w artykule o cholercie podałem w *Nord u. Süd* tak samo jak pan KOCH, lecz inaczej tylko od niego rzecz tę osądziłem.

Dr. B. FRAENKEL:

Odnosnie wywodów pana PETTENKOFFERA o rozmnożeniu się w kiszkaach prawidłowych znajdujących się bakterii do przecinka podobnych w procesie cholerycznym, chciałbym przypomnieć, że pokazałem panu Kochowi w roku zeszłym tę tyle omawianą a trafiającą się w ustach przecinkową bakterię. Nie było to nic nowego dla pana KOCHA, bakteria ta była jego dawną znajomą. Odezwał się na to: hoduj pan tylko tę bakterię a nauczysz się ją rozróżnić od prawdziwego lasecznika przecinkowego. Staralem się też odtąd hodować tę w ustach prawidłowych znajdującą się bakterię przecinkową i mogę zapewnić, że ona na gelatynie pożywej nie rośnie. Wiadomo mi, że i pan KOCH to samo spostrzegł. To jest jedyna bakteria, która w stanie prawidłowym znajduje się w kanale pokarmowym u człowieka, i o ile ja osądzić mogę, ma ona jedyne podobieństwo morfologiczne do lasecznika przecinkowego KOCHA. Ponieważ ta bakteria wogóle na gelatynie się nie udaje, to w kanale pokarmowym człowieka nie ma w stanie prawidłowym takiego ustroju drobnowidzowego, o którym moglibyśmy powiedzieć, że on pod wpływem cholery rozwija się na lasecznika przecinkowego.

Dr. KOCH:

Pan PETTENKOFFER po tem, cośmy podali jeszcze nie jest przekonany, że bakterie przecinkowe mogą wywołać zakażenie choleryczne. Muszę przyznać, jakto już uczyniłem, że nie przywiązuję sam zbyt wielkiej wartości do doświadczeń na zwierzętach, dla tego, że na związek przyczynowy między cholerycznymi bakteriami a cholera mam inne niezbite dowody. Pożytek z dalszego poszukiwania na zwierzętach mojem zdaniem należy szukać w innym zupełnie kierunku, niż w tym aby mieć jeszcze więcej dowodów na to, że bakterie choleryczne stanowią przyczynę cholery. Wszak PETTENKOFFER sam prawie przyznał, że we wszystkich przypadkach cholery znajdują się bakterie choleryczne i że takowe w żadnej innej nie znajdują się chorobie. Mamy tedy tu do czynienia z tym samym stosunkiem, w jakim się znajdują spirochaety gorączki powrotnej (*f. recurrens*) do gorączki wstecznej lub laseczniki trądowe do trądu (*Lepra*). Nie udało się jeszcze dotąd odosobnić spirochaetów i niemi wywołać gorączkę powrotną, niemniej tak samo nie udało się laseczników trądowych przeprowadzić na czyste hodowle i niemi sztucznie wywołać trąd u zwierząt, a jednakże jeśli weźmiemy na uwagę stosunki zachodzące między temi bakteriami do odnośnych chorób, nie możemy pojąć innego stosunku jak ten, że te pasożyty są przyczynami tych chorób. Na początku badań bakteriologicznych, gdy OBERMEIER znalazł spirochaety gorączki powrotnej, można było jeszcze wątpić czy spirochaety nie są przypadkowym objawem we krwi, albo można było przypuścić, że znajdują się być może zarodki ustrojów drobnowidzowych w zdrowej krwi, które pod wpływem sprawy gorączki powrotnej zamieniają się za każdym razem na spirille. Dopóki takie wątpliwości były uprawniane, trzeba było koniecznie mieć dowód w każdym wypadku, że dany drobnowidzowy pasożyt jest przyczyną danej choroby, a to przez odosobnienie onego i sztuczne wytworzenie choro-

by. Poznaliśmy wszakże od tego czasu niespodziewaną liczbę zakaźnych chorób przedtem wcale nieznanych i bezwątpienia zależnych od drobnowidzowych pasożytów. Nie natrafiłszy dotąd ani na jeden przykład, ażeby pod wpływem sprawy chorobowej wytworzył się przez pierworództwo jakiś nowy specyficzny drobnowidzowy pasożyt, albo by powstał z chorobowo zmienionych tkanek lub też rozwijał się z innych nieszkodliwych drobnowidzowych ustrojów. Przekonaliśmy się zawsze przeciwnie, że ile razy jakaś sprawa chorobowa znajduje się w ścisłym związku ze specyficznym drobnowidzowym pasożytem, nie choroba jest przyczyną pojawienia się pasożytu, lecz odwrotnie pasożyt jest przyczyną wywołującą chorobę. W takich okolicznościach doświadczenie na zwierzętach nie ma więcej tego znaczenia dla zbadania chorób zakaźnych jak przedtem. Na zasadzie licznych nagromadzonych doświadczeń z analogii innych chorób zakaźnych jesteśmy stanowczo uprawnieni do wyciągnięcia wniosków o chorobotwórczych własnościach drobnowidzowego ustroju i o jego przyczynowym stosunku do choroby wtedy nawet, gdy doświadczenie na zwierzętach nam się nie udaje. Co się tyczy przypuszczenia, że laseczniki przecinkowe znajdują się regularnie w zdrowym kanale pokarmowym chociaż w małej ilości i tylko pod wpływem sprawy cholerycznej mogą się do tego stopnia rozmnożyć, że wypierają wszystkie inne bakterye z wartości kiszkowej, to takowe jest bezzasadne i może być postawione przez tego, który dostatecznie nie jest obeznanym z metodami badań bakteriologicznych. Badania hodowlami płytowymi są tak wyraźne, że trudno nie dojrzeć tych laseczników przecinkowych tak charakterystycznie ułożonych w kolonie, gdyby nawet pojedynczo się znajdowały u zdrowego człowieka; i trudno przypuścić aby licznym badaczom, którzy zajmowali się najstarszej badaniem kanału pokarmowego u człowieka zdrowego dla wynajdywania bakteryi cholerycznych takowe uszły zawsze z pod uwagi. Musiała by przecież chociaż raz na tysiącach płyt gelatynowych preparowanych kałem, śliną i t. d. ze zdrowych i cierpiących na inne choroby znajdować się kolonja z laseczników przecinkowych. Przypadku tego o ile wiadomo nie było i do tej chwili nie znaleziono nigdzie laseczników cholerycznych, tylko w prawdziwej cholery azyjatyckiej. (d. c. n.)

OD REDAKCYI.

„MEDYCYNĄ” wychodzić będzie w roku przyszłym, 14-m swojego istnienia w obecnym **naukowo-praktycznym** kierunku i w dotychczasowych terminach.

Wysokość przedpłaty żadnej nie ulega zmianie.

Abonentów w Warszawie nie zamieszkałych zawiadamiamy, iż za najdogodniejsze dla nich i dla siebie uważamy przysyłanie przedpłaty wprost do Redakcyi.

Abonentom otrzymującym Medycynę wprost z Redakcyi nadsyłać będziemy zagubione Numera, o ile otrzymamy odpowiednie żądanie przed 1 Marca r. p.

Za zmianę adresu przysłać należy cztery marki pocztowe po 7 kop.

Z powodu układania nowych list prenumeracyjnych, drukowania adressów i t. p. przygotowawczych czynności, pożądanem byłoby wczesne zgłaszanie się z przedpłatą na r. 1886.

Zalegających w opłacie przedpłaty za dobiegające półrocze, upraszamy o pośpiech w nadsyłaniu zaległości.

Prenumeratorowie przybywający z nowym rokiem otrzymają początek **konferencyi w kwestyi cholery.**

Wyszedł z druku

ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ**D-ra J. Rogowicza**

Rok VIII—1886 w II częściach:

Część I zawiera Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego str. XIV i 336.

Część II (w oprawie), stanowi Rocznik lekarski na r. 1886 następującej treści: Wskazówki sztucznego karmienia niemowląt i ich dokarmiania. Pierwsza pomoc lekarska w przypadkach nagłych i zatrważających. Odrutki. Ratowanie w śmierci pozornej będących. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki dla dorosłych. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujący ich skład chemiczny, działanie, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacji dr. żel. i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne. Badanie siły wzroku i druki próbne Snellen'a. Kilka przepisów lekarskich najczęściej w terapii okulistycznej używanych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Sposób pisania wagi dziesiętnej. Spis lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładnych adressów mieszkających w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na cały rok 1886. Tabelka do obliczania i zapisywania dnia spodziewanego porodu. Tabelka do zapisywania adressów. Ogłoszenia. Cena obu części 1 rs. 20 kop., z przesyłką 1 rs. 35 kop. Skład główny u d-ra **J. Rogowicza** w Warszawie, **Nowogrodzka, 26**. Sprzedaje się nadto we wszystkich redakcyach pism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

ROK XXI.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęzjom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1886, a 21-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Rocznik tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie 5 rubli, półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie 6 rubli, półrocznie 3 ruble.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).

Dr. Tymowski

praktykuje jak lat poprzednich
w San Remo.

REDAKTOR i WYDAWCA **DR. G. Fritsche.**