

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani. Podali Dr. W. H. Krajewski i Dr. W. Wróblewski. (Dokończenie). Ważniejsze szczegóły z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka. Podał docent Dr. W. Jaworski. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 9. Leczenie uchołotu. — Krytyka i Bibliografia. H. Sahli. O najnowszych poglądach na patologię chorób zakaźnych. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Z III oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

## Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani.

PODALI

Dr. W. H. Krajewski, ordynator tegoż oddziału

i

Dr. W. Wróblewski, ordynator kliniki uniwersyteckiej szpitalnej.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 6).

Z powyższego zestawienia odrzucam dwa przypadki (NN. 128 i 129), o których nie podano żadnych szczegółów, nie można ich więc zużytkować do obliczeń, mających posłużyć do wyprowadzenia jakich bądź wniosków. W ten sposób pozostaje 127 całkowitych wycięć krtani, które zużytkowuję przy poniższych obliczeniach. Z liczby tej umarło w ciągu pierwszych 6-ciu tygodni po operacji 57 chorych, co czyni 44,90% śmiertelności. Jeślibyśmy odrzucili wszystkie przypadki operowane przed 1880 rokiem, to przekonamy się, iż na 106 chorych umarło 43 t. j. 41,50%. Niezaprzeczenie więc ulepszonego technika i antyseptyka wpłynęły na poprawienie bezpośrednich rezultatów, pomimo to dotychczasowa śmiertelność jest jeszcze bardzo wielka. Prawdopodobnie śmiertelność zależy w znacznej części od stopnia wyciężenia operowanych chorych, z tego powodu byłoby bardzo ważnem wiedzieć ile czasu upłynęło od początku cierpienia do wykonania operacji, czego jednak z danych, rozrzuconych w literaturze, dla większości przypadków oznaczyć niestety nie można.

W 57 przypadkach śmiertelnych, odnotowano następujące przyczyny śmierci:

Paraliż serca . . . . .	1	Zapaś . . . . .	5
Zator tętnicy płucnej . . . . .	1	Otrucie jodoformem . . . . .	1
Rozedma płuc (?) . . . . .	1	Posocznica . . . . .	1
Krwotok . . . . .	3	Ropne zapalenie śródpiersia . . . . .	2
Obrzęk płuc . . . . .	2	Zapalenie oskrzeli posok. . . . .	4
Wstrząs nerwowy. . . . .	1	Zapalenie płuc . . . . .	24
Wyciężenie . . . . .	4	Niewiadoma przyczyna . . . . .	7

Razem 57

Arnc 208/53/13

Tak więc główną przyczyną śmierci po operacji pozostaje dotąd *Bronchitis putrida* i *Pneumonia*, od których umarło razem 28 chorych t. j. 49,1% wszystkich przypadków śmierci bezpośrednio po operacji.

Ogólna liczba chorych, którzy żyli jeszcze w 6 tygodni po operacji, wynosi 70, z tej liczby prędzej lub później umarło jeszcze 38 chorych, a mianowicie:

Skutkiem posocznicy	umarł . . . . .	1
„ wyciężenia	„ . . . . .	2
„ zaduszenia	„ . . . . .	2
„ apopleksyi	„ . . . . .	1
„ ostrego zapalenia płuc	„ . . . . .	3
„ pneumonia cachecticorum	„ . . . . .	1
„ raka organów brzusznych	. . . . .	1
„ recydywy (miejscowej lub w gruczołach)	26	
„ niewiadomej przyczyny	„ . . . . .	1
	Razem	38

Tak więc z ogólnej liczby 127 operowanych pozostaje jeszcze do bliższego rozpatrzenia—32.

Z nich: o 3 chorych brak wszelkich uzupełniających szczegółów (NN. 81, 82, 119), 6 chorych wprawdzie żyje jeszcze, lecz mają już recydywę (NN. 56, 74, 109, 111, 116), 23 chorych, w chwili ogłoszenia przypadku i ostatnich, osiągniętych o nich, wiadomości, było jeszcze zdrowych. Z tych ostatnich:

4 chorych (NN. 63, 77, 100, 105)	żyje zaledwie kilka tygodni po operacji	
6 chorych (NN. 38, 90, 95, 115, 118, 127)	— od 5—10 miesięcy	—
6 chorych (NN. 17, 48, 57, 67, 97, 107)	— od 10 mies. do 2 lat	—
5 chorych (NN. 26, 37, 64, 80, 91)	— od 3—4 lat	—
1 chory (NN. 43)	— 5 lat	—
1 chory (NN. 30)	— 7 lat	—

Ponieważ, jak to słusznie zauważył Dr. MAYDL <sup>1)</sup>, opisując swój przypadek, w którym nastąpiła recydywa w 32 miesiące po operacji, za radykalnie wyleczone możemy, z niejakim prawdopodobieństwem, uważać tylko te przypadki, w których od chwili operacji upłynęło przynajmniej 3 lata; więc z wymienionych 23 chorych za radykalnie wyleczonych możemy uważać tylko następujących:

Tabliczy Nr. 30 chory Hahn'a	żyje 7 lat bez recydywy.
— Nr. 43 — Gussenbauer'a	— 5 lat —
— Nr. 26 — Thiersch'a	— 3½ lat —
— Nr. 80 — H. Fischer'a	— 3½ lat —
— Nr. 37 — Winiwarter'a	— 3 lata 3 mies
— Nr. 64 — Gussenbauer'a	— 3 lata —
— Nr. 88 — Bergmann'a	— 3 lata —

Tak więc z liczby 127 operowanych dotychczas za radykalnie wyleczonych należy uważać 7 chorych, co czyni 5,5% <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Intern. klin. Rundschau 1888 r. str. 150.

<sup>2)</sup> Gdybyśmy odrzucili wszystkie przypadki operowane po 1884 roku, tobyśmy otrzymali cokolwiek lepszy procent radykalnych wyleczeń, gdyż na 85 operowanych wyzdrowiało 7 t. j. 8,04%.

Cheąc określić, jak często po operacji następuje recydywa, należy do 26 przypadków śmierci, w skutek recydywy dodać jeszcze 6 przypadków w których, pomimo wystąpienia recydywy, chorzy jeszcze żyją jakoteż 1 przypadek (Nr. 121), w którym chory zmarł na inną chorobę mając już początki recydywy w gruczołach. Będziemy wtedy mieli na 70 chorych, którzy przeżyli operację 33 recydywy, czyli iż powrót cierpienia zdarza się w 47,1% przypadków.

Ostatecznie więc: 44,9% śmiertelności po operacji, w razie wyleczenia groźba powrotu cierpienia w 47,1% przypadków; szansa radykalnego wyleczenia (trwającego dłużej niż 3 lata) w 5,5% przypadków. Oto niezbyt pocieszające cyfry, jakimi moglibyśmy odpowiedzieć na zapytanie chorego o, grożące mu ze strony operacji, niebezpieczeństwo i szanse dalszego utrzymania życia. Na pociechę należy dodać, iż przy ostrożniejszym wyborze przypadków do operacji, bezpośrednia śmiertelność po takowej stanowczo zmniejszyć się może, jak tego zresztą dowodzi statystyka operacji, dokonanych po 1880 roku, która wykazuje tylko 41% śmiertelności.

Na pytanie czy zyskali co chorzy, którzy po operacji prędzej lub później zmarli, trudno jest odpowiedzieć. Do obecnej chwili zamknięte są akta, dotyczące 95 przypadków (57 zmarłych w pierwszych 6 tygodniach i 38 zmarłych później), w których dokonano wycięcia krtani. Z zestawienia długości życia tych przypadków z długością życia, po dokonaniu tylko tracheotomii przy raku krtani, winno by się okazać, czy chorzy operowani zyskali co na średniej długości życia, czy też nie. Cała trudność w tem, iż nie posiadamy dokładnych obliczeń średniej długości życia po dokonaniu tracheotomii u chorych na raka krtani; chcąc w przybliżeniu przynajmniej zrobić takie obliczenie posilkowałem się tablicą SCHWARTZ'A <sup>1)</sup>, podającą rezultaty tracheotomii, dokonanych u chorych na raka krtani.

Tablica Schwartz'a  
żyło po dokonaniu tracheotomii:

0 god.	3 chorych (zmarli podczas oper.)
0—1 dnia	3 —
1—2 dni	2 —
2—8 dni	5 —
15 dni do 1 mies.	6 —
1—2 miesiący	6 —
2—6 miesiący	19 —
6 m. do 1 roku	32 —
1—2 lat	12 —
2—3 lat	2 —
kilka dni	3 —
kilka miesiący	2 —

Razem 95 chorych

Średnia długość życia=295,9 dni.

Moja tablica  
żyło po dokonaniu całkowitego wycięcia krtani:

12 god.	3 chorych
1 dzień	1 —
1—2 dni	5 —
2—8 dni	28 —
10 dni do 1 mies.	11 —
1—2 miesiący	4 —
2—6 miesiący	18 —
6 m. do 1 roku	10 —
1—2 lat	6 —
2—3 lat	3 —
kilka dni	5 —
kilka miesiący	1 —

Razem 95 chorych

Średnia długość życia=206,3 dni.

<sup>1)</sup> Ch. E. Schwartz. Des tumeurs du larynx.

Jak widzimy obliczenie to wypada na niekorzyść całkowitego wycięcia krtani; gdybyśmy jednak porównali między sobą tylko tych chorych, którzy przeżyli pierwsze 8 dni po dokonaniu operacji tobyśmy otrzymali dla całkowitego wycięcia krtani średnią długość życia = 348,5 dni, dla tracheotomizowanych zaś chorych średnia życia wyniosła by 345,5 dni, a więc cokolwiek mniej niż po wycięciu krtani. Cyfry te jasno dowodzą, że główną przyczyną mniejszej długości życia po wycięciu krtani jest znaczną śmiertelność w pierwszych kilku dniach po operacji, która da się znakomicie zmniejszyć przez wybór odpowiednich przypadków i udoskonalenie techniki operacyjnej. Z góry zastrzedz się muszę, iż obliczenie nie jest zupełnie dokładne, a to z powodu że długość życia w tablicy Schwartz'a nie jest dokładnie podaną dla każdego przypadku (np. chory, który umarł w 13 miesięcy, i taki, co umarł w 23 miesiące po operacji, są zaliczeni do jednej rubryki). Chcąc zdobyć materiał do porównania, musiałem z mojego zestawienia ułożyć odpowiednią tabliczkę i następnie długość życia obliczałem w ten sposób: iż brałem maximum życia w każdej rubryce, a więc na przykład liczyłem że chorzy, o których powiedziano, iż żyli od 2 do 8 dni, żyli wszyscy po 8 dni i t. d.; otrzymaną zaś ogólną sumę dni przeżytych dzieliłem przez liczbę chorych (zupełnie ten sam stosunek bym otrzymał gdybym w obu tablicach brał minimum życia zamiast maximum). Rozumie się, iż otrzymana w ten sposób średnia długość życia nie jest prawdziwą, tak dla chorych tracheotomizowanych, jak dla tych, u których wykonano całkowite wycięcie krtani, ponieważ jednak w obu obliczeniach robią się te same omyłki, porównawcze więc zestawienie tych obu cyfr przedstawia niezaprzeczenie niejaką wartość. Rzeczywista średnia długość życia, po wykonaniu całkowitego wycięcia krtani u chorych, dotychczas zmarłych, daje się z całą dokładnością obliczyć z, podanego wyżej, zestawienia i wynosi 121,6 dni; cyfra więc 206 dni nie jest prawdziwą i ma znaczenie tylko w zestawieniu z cyfrą, obliczoną jako średnia długość życia po tracheotomii (292,5 dni).

Wobec cyfr, wyżej podanych, trudno jeszcze w obecnej chwili stawiać w obronie całkowitego wycięcia krtani na podstawie dotąd dokonanych operacji, trudno gardłować za koniecznym wykonaniem tej operacji w każdym napotykanym przypadku, trudno natarczywie zalecać ją chorym. Jedynym faktem przemawiającym na korzyść operacji jest 5,5% (*resp.* 8,04%) radykalnych wyleczeń, których żadną inną drogą osiągnąć by się nie dało. Fakt, iż takie radykalne wyleczenia rzeczywiście istnieją, chociaż rzadki, nadaje sam przez się prawo obywatelstwa operacji, której jest skutkiem, zobowiązuje nas do jej wykonywania, ilekroć sam chory, po bezstronnem przedstawieniu mu wszelkich *pro* i *contra*, wybierze, uśmiechającą mu się choć nie wielką, szansę radykalnego wyleczenia nad pewność dłuższego nawet wegetowania z nieuleczalnym cierpieniem.

Dalsze ulepszenia w technice operacyjnej, ostrożny wybór przypadków do operacji poprawią może w przyszłości nieświatne wyniki jakie dotychczas osiągnięto. Nakoniec miejmy nadzieję, iż udoskonalenie środków rozpoznawczych i zwiększenie dbałości pacjentów o własne zdrowie ograniczą do minimum liczbę dokonywanych całkowitych wycięć krtani, gdyż dozwolą wyratowywać

chorych przez usuwanie li tylko chorych części po uprzednim pośrodkowym rozcięciu krtani (laryngofissura).

Zadaniem niniejszego artykułu było przedstawić, o ile można bezstronnie, wyniki, osiągnięte po całkowitem wycięciu krtani, co, jeśli mi się choć trochę dokładniej od mych poprzedników udało, będzie sowitą nagrodą za trudy podjęte około wyszperania rozrzuconych w literaturze przypadków.

Kwestyi częściowego lub połowicznego wycięcia krtani nie poruszałem wcale z powodu: 1) iż sam nigdy tej operacyi nie dokonywałem, więcbym nie własnego powiedzieć o niej nie mógł; 2) że dotąd ogółem przy raku dokonano wszystkiego 28 częściowych wycięć krtani <sup>1)</sup> liczba za mała, aby, na niej się opierając, jakieś pewniejsze wnioski można było sformułować. Dla ciekawego czytelnika przytaczam tu cyfry z 2 statystyk: Wolfenden'a i Scheier'a:

#### Statystyka Wolfenden'a:

Z 28 operowanych: 4 umarło w skutek operacyi.

6 umarło w ciągu pierwszego roku.

4 żyje jeszcze, lecz mają recydywę.

14 wyzdrowiało (z nich o 10 wiadomo że żyli rok po operacyi).

Wnioski: Natychmiastowa śmiertelność = 14,3%; powrót cierpienia zdarza się u 41,6% chorych, z których przed upływem roku zmarło 25%. Pozostali przy życiu żyją zbyt krótko aby ich uważać za radykalnie wyleczonych.

#### Statystyka Scheier'a (od 1880 roku):

Z 23 operowanych: 2 umarło w ciągu pierwszych 14 dni.

3 umarło w ciągu 3—6 tygodni.

5 dostało recydywy.

13 żyje dotąd bez recydywy (z tej ostatniej liczby należy odjąć 8 przypadków, jako za wcześniej ogłoszone, pozostanie 5 przypadków, żyjących bez recydywy więcej niż 16 miesięcy).

Wnioski: Natychmiastowa śmiertelność = 9%, śmiertelność w 3—6 tygodni po operacyi = 13%, powrót cierpienia zdarza się u 21% chorych, wyleczenie nastąpiło w 56,5% przypadków, od której to cyfry należy odjąć 35%, jako za wcześniej ogłoszone.

Rozpatrując się w cyfrach, podanych przez D-ra SCHEIER'A, widzimy pewną gmatwaninę, która zaciera prawdziwy stan rzeczy. Przedewszystkiem rozdzielenie przypadków śmierci po operacyi na takie, które się zdarzyły w pierwszych 2 tygodniach i w następnych 4-ch, nie jest słuszne, gdyż obie te cyfry powinny pójść na karb operacyi. Obliczać procent recydyw należy w stosunku do liczby chorych, którzy z operacyi wyzdrowieli, nie zaś do ogólnej liczby operowanych, nikt bowiem zaręczyć nie może, iż chorzy, którzy w skutek operacyi pomarli, nie dostali by też recydywy, gdyby dalej żyli. Dalej wystawianie wielkiego procentu wyzdrowień z zastrzeżeniem, iż należy pewien procent odjąć, jako za wcześniej ogłoszony, zmusza czytelnika do samodzielnego doko-

<sup>1)</sup> Wolfenden l. c.

nania tego działania arytmetycznego, czego nie zawsze dopełni, a tem samem pozostanie w nieświadomości prawdziwego procentu trwałszych wyleczeń.

Gdybyśmy spróbowali ułatwić rolę czytającego statystykę D-ra SCHEIER'A, w myśl wyżej przytoczonych uwag, tobyśmy otrzymali następujące cyfry:

Po częściowem wycięciu krtani: bezpośrednia śmiertelność wynosi 21,7%  
powrót cierpienia zdarza się w 27,7%  
wyleczeń (trwających więcej niż 16 m.) 21,7%.

Jeśli byśmy do przypadków podanych przez D-ra SCHEIER'A zastosowali postulat D-ra MAYDL'A, żeby tylko taki przypadek uważać za radykalnie wyleczony, który przeżył 3 lata po operacyi, toby tym warunkom odpowiedział jeden tylko przypadek FRAENKEL'A (Nr. 52 tablicy D-ra S.), co by zredukowało procent trwałych wyleczeń po częściowem wycięciu krtani do 4,3%.

W każdym razie z przytoczonych cyfr okazuje się, iż bezpośrednia śmiertelność po częściowem wycięciu krtani jest 2 razy mniejsza od takiejże śmiertelności po całkowitem wycięciu. Powroty nie występują częściej niż po całkowitem wycięciu, przeciwnie wydają się rzadszemi, co się objaśnia krótszym przeciągiem czasu, w którym chorych obserwowano. Procent radykalnych wyleczeń jest cokolwiek mniejszy niż po całkowitem wycięciu. Wogóle 2 ostatnie uwagi wymagają potwierdzenia przez większą liczbę, dłużej obserwowanych, przypadków.

Dr. W. H. Krajewski.

Warszawa 20 Października 1888 r.

### Dopełnienie.

Już pod koniec druku niniejszego artykułu wyszła w *Deut. Med. Woch.* Nr. 4 1889 r. praca D-ra M. SCHEDE'GO, w której podano bliższe szczegóły o przypadkach odnotowanych w mojej tablicy pod NN. 81 i 82, a zaczerpniętych z tablicy SOLIS COHEN'A, jakoteż opis jednego nie ogłoszonego przypadku. Dla wierności podaję odnośne szczegóły na tem miejscu:

Nr. mojej tablicy 81. Mężczyzna, operowany 12 Czerwca 1884 r., wyzdrowiał; w rok potem dostał recydywy i umarł w kilka dni po drugiej operacyi od zapalenia płuc.

Nr. mojej tablicy 82. Kobieta, operowana 24 Czerwca 1884 r., wyzdrowiała i została przedstawiona jako zupełnie zdrowa w 4½ lat po operacyi na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Hamburgskiego.

Przypadek nie objęty tablicą. Chory 55-letni, operowany 30 Grudnia 1885 r., wyzdrowiał; w 11 miesięcy potem stwierdzono recydywę w guzolech, która dała się tylko częściowo usunąć przez drugą operację; śmierć w 3 miesiące po drugiej operacyi z wycieńczenia.

Tak więc ogólna liczba całkowitych wycięć rakowatej krtani wzrasta do 130; co się tyczy modyfikacyi, jakie zajądą w moich obliczeniach pod wpływem przytoczonych tu szczegółów, to dokonanie odnośnych poprawek muszę pozostawić, interesującemu się kwestyą, czytelnikowi.

Warszawa 10 Lutego 1889 r.

W. H. Krajewski.

## WAŻNIEJSZE SZCZEGÓŁY z nowoczesnej dyagnostyki i terapii chorób żołądka.

Podał Docent Dr. W. Jaworski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 6).

β) Zamiast rozczyńców sztucznych soli używa się wód mineralnych zawierających powyższe składniki. Dla lepszego przeglądu wyliczę ważniejsze z nich idąc od najsilniejszych do najsłabszych i oznaczając średnie dawki potrzebne do wywołania stolca. Woda morszynska ze źródła Bonifacego po  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki z dodatkiem wody sodowej użyta (Korczyński), zawiera w znacznej ilości sól kuchenną obok glauberskiej i gorzkiej w ilości  $51\%$ . Potem idą gorzkie wody węgierskie i czeskie: Mattoni's Offner Bitterwasser, Franz Jozef Bitterquelle i Victoriaquelle używane w ilości  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  szklanki zawierają przeważnie sól gorzką, jakoteż glauberską i sól kuchenną w ilości około  $50\%$ . Mało co słabszemi są Hunyady-János i Rakoczy (po  $\frac{1}{4}$ —1 szklanki) z  $46\%$  powyższych składników solnych. Słabszemi o tych samych składnikach są Püllna, Friedrichshall, Saisdshütz, Sedlitz o zawartości  $30$ — $15\%$  soli przeczyszczających. Następnie woda morska jako solanka  $20$ — $40\%$  używana po  $\frac{1}{2}$ —2 szklanek. Do dłuższego używania i przeprowadzania leczenia nadają się szczególnie wody słabsze, obfitujące natomiast w kwas węglowy, jako to: Homburg-Elisabethbrunnen (po 4—2 szklanek), solanka kwaśna  $10\%$ ; Kissingen-Rakoczy (po 1—3 szklanek), solanka żelazista kwaśna  $6\%$ ; Marienbad-Ferdinandsbrunnen i słabsza Kreuzbrunnen (po 1—3 szklanek), szczawa glaubersko-solna  $7\%$ ; Tarasp-Luciusquelle (po 1—3 szklanek) silna szczawa alkalizacyjna  $5\%$ ; Franzensbad-Franzesquelle i słabsza Salzquelle (po 1—3 szklanek), szczawa glaubersko-żelazista  $4\frac{1}{2}\%$ .

Tak rozczyńcy solne, jak i wody mineralne powinny być pite rano naczczo, a skuteczność ich powiększa się przez używanie przechadzki podczas picia. Parcia na stolec nie powinien pacjent nigdy przetrzymywać. Rozczyńcy solne i wody mineralne sprawiają stolec wodniste wskutek podrażnienia błony śluzowej do przepacania cieczy surowiczej, a po jednorazowym użyciu wypróżnienie nie jest dokładne, muszą być przeto przez 2—3 dni z rzędu stosowane. W stanie więcej zgęszczonym użyte, mogą w pewnych przypadkach wywołać przekrwienie i krwotoki kapilarne z błony śluzowej. Stąd też Bamberger odradza stosowania środków solnych, jeżeli przypuszczamy, że ściany jelit znajdują się w stanie zapalnym. Ze względu na żołądek nie należy ani wód ani rozczyńców solnych używać we wszystkich przypadkach, w których jest znaczniejszy niedowład mechaniczny lub rozstrzeń, albo świeży wrzód okrągły, jako też u osób mocno w odżywieniu podupadłych, lub na ściślejszej diecie pozostających. Jeszcze najstosowniejszą ze środków solnych byłaby w powyższych przypadkach sól morszynska lub karlsbadzka, które w tem większem zgęszczeniu muszą być użyte, im więcej mechaniczna czynność żołądka okazuje się upośledzoną.

γ) W chorobach przebiegających ze wzmożeniem wydzielaniem kw. żołąd-

kowego bardzo stosownem do sprowadzenia stolców jest używanie po 3—5 gm. ( $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{3}$  dr.) *magnesia usta carbonica*. Zwykle podaje się magnezyna kilka razy dziennie po łyżeczce, albo w postaci tabletek prasowanych po 0,5 (8 grn.). Mięszanina z *magnesia c. pulv. radicis rhei aa* jest środkiem również bardzo dobrym przez empiryą już oddawna wypróbowanym. W postaci zawiesiny przepisuje się *lac magnesiae*. Rp. *Magnesiae ustae* 10,0 ( $2\frac{1}{2}$  dr.)+*aq. d.* 80,0 ( $2\frac{1}{2}$  unc.) +*syr. florum aurantiorum* 20,0 (5 dr.) MDS. Na raz użyć.

δ) **K a l o m e l** (*hydrargyrum chloratum*) jest łagodnym środkiem wypróżniającym a równocześnie i żółtę pędzącym. Może on być użyty nawet u dzieci nieposiadając złego smaku. W dawkach większych podnieca ruch jelit i przepacanie z błony śluzowej. Przepisuje się go tylko jako środek jednorazowy najstosowniej w ilości 1,0 (16 grn.) + *sacchari albi* 2,0 (32 gn.) podzielonej na 4 dawki użyte w odstępach 1—2 godzinnych. Niektóre osoby dostają po użyciu kalomelu bardzo łatwo *stomatitis mercurialis*, czemu ma sprzyjać spożywanie kwasów i soli kuchennej podczas zażywania kalomelu. Szczególniej małe dawki kalomelu pozostając dłuższy czas w przewodzie pokarmowym, zamieniają się w większej ilości w stan rozpuszczalny i sprawiają łatwiej zatrucie, niż duże. Płókanie jamy ustnej  $1\frac{1}{2}$ —3% roztworem *kali chloricum* dość szybko usuwa zbroczenie miejscowe.

c. *Pulpa tamarindorum* zawierająca między innymi kwasami organicznymi *ac. tartaricum*, używa się w kilku przetworach jako *decoctum* z 30,0 (1 unc.) na 500—1000 (1—2 f.) *aq. comunis* z dodatkiem *syrupus mannatus.*, jako *electuarium purgativum tamarindorum* według przepisu: *Pulpa tamarindorum depurata* 12, *cremor tartari pulver.* 1, *sal. Seignetti pulver.* 2, *manna calabrina* 4, *syrupus rosarum* 8. S. Po łyżce naraz używać. Ostatecznie są w użyciu *trochisci tamarindorum* zawierające jeszcze *extractum sennae alexandrine*, takich pastylek do wywołania stolca używa się 2—3. Przetwory powyższe sprawiają wypróżnienia zwykle bez bólów.

d. *Folia sennae alexandrinae sine resina* zawierając *ac. catharticum* są niemal ludowym lekiem wypróżniającym. Używają się rzadko same jako *infusum aquosum* w średniej dawce 2,0 (32 grn.) na 200 (6 unc.) wody gorącej lub odwaru sliwek. Zwykle stanowią liście senesowe składnik rozmaitych przetworów złożonych jakoto: *Potio laxativa Viennensis v. infusum Sennae compositum*, które jest naparem składającym się z 5 części *folia sennae alexandrinae* + 30 *aq. fervidae*, +*sol. Seignetti*+10 *manna calabrina*. W celu przyspieszenia wypróżnień u ludzi dorosłych dodaje się jeszcze 10—15 (2—3 dr.) *natrium sulfuricum* i poleca całą ilość (30—60; 1—2 unc.) cieczy na dwa razy użyć w odstępie jednogodzinny. *Electuarium lenitivum e senna* składa się z 10 części *folia sennae pulver.*+40 *syr. simpl.*+50 *pulpa tamarindorum* i podaje się naczeczko po łyżce stołowej. *Syrupus sennae cum manna* bywa stosowany w praktyce dziecięcej w ilości jednej łyżeczki. *Pulvis liquiritiae compositus* albo *pulvis Kuwelli* składa się z 2 części *folia sennae pulver.* + 2 *pulv. liquiritiae* + 1 *semen anisi* + 1 *sulfur depuratum* + 6 *sacchari* i używa się z dobrym skutkiem trzy razy dziennie na koniec noża. Działa on nie tylko rozwalniająco, ale także jako środek wykrztuśny. Ziółka francuskie (*Thé de Saint Germain*) składają się według farmakopei francuskiej



z 12 części *folia sennae*+5 części *flores sambuci nigri*+5 *semina anisi*+5 *semina foeniculi*+5 *tartarus depuratus*. Z jednego pakieccika zawierającego 5 gramów mięszaniny robi się napar wodny na jedną filiżankę.

c. *Radix rhei chinensis* jest również często używanym lekiem wypróżniającym i uchodzi równocześnie jako dobre *tonicum* i *stomachicum*, a da się użyć we wszystkich przypadkach chorób żołądka w których tylko użycie środka czyszczącego nie jest przeciwwskazane. Jako środek przeczyszczający podają się przetwory korzenia tego w d a w k a c h w y s o k i c h jak np. *pulvis radiceis rhei* 1,0 (16 gn.) na dawkę, gdyż w mniejszych stosowane sprawiają skutek przeciwny. Z wielu przetworów tego leku przytaczam najskuteczniejsze: *Pulvis radiceis rhei*+*magnesia usta aa* 5,0, a w razie niedowładu przewodu pokarmowego z dodatkiem 0,25! (4 gn.) *pulvis seminum strychni*, w przypadkach skurczu zwieraczy z dodatkiem 0,25—0,5! (4—8 gn.) *pulvis foliorum belladonae*. MDS. Trzy razy dziennie na koniec noża użyć. Nie mniej skuteczną jest mięszanina kleista: *Pulvis radiceis rhei* 20 (5 dr.) + *natrium sulfuricum* 10 (2½ dr.) + *natrium carbonic.* 5,0 (1⅓ dr.) *natrium bicarbon.* 5,0 (1⅓ dr.). MDS. Trzy razy dziennie po łyżeczce użyć. *Tinctura rhei aquosa* zawiera jeszcze w sobie *natrium boricum*, *kalium carbonicum* i *agua cinamomii*, używa się kilka razy dziennie po łyżeczce i jest również skuteczną, jak i o wiele droższa *tinctura rhei vinosa*. *Syrupus rhei* zawiera podobne składniki, co powyższy nastój wodny i podaje się dzieciom po łyżeczce w miarę potrzeby. *Extractum rhei* jest przetworem suchym, w wysoku rozpuszczalnym i działa podobnie jak *pulvis radiceis rhei*. *Extractum rhei compositum* p. ustę. aloës. Dobre usługi oddaje w nawykowym zaparciu stolca *vinum cum rheo*, które sposobem domowym sporządza się przez dwudniowe wymoczenie 50,0 (2 unc.) siekanego korzenia w butelce wina węgierskiego. Mały kieliszek, 2—3 razy dziennie przed jedzeniem wypity, sprowadza stolce papkowate.

f. Wielce pożytecznym okazał się wyciąg kory amerykańskiej z *Rhamnus Purshiana* noszący nazwę *extractum fluidum Cascarae Sagradae*. Według doświadczeń wielu lekarzy (Bundy, Fletcher-Horne, Senator, Farlow) sprawia ciekły wyciąg w ilości 15—25 kropel trzy razy dziennie, lub jednorazowo w dawce po ½ łyżeczki przed obiadem użyty po 6—24 godzinach wypróżnienia maiste bez jakichkolwiek dolegliwości. Nawet u dzieci, u ciężarnych albo w obec guzów krwawnicowych da się ten lek bez obawy stosować. Wyjątkowo tylko zdarza się potrzeba zwiększenia powyższych dawek leku do trzech razy po pół łyżeczki bez wywołania ubocznych dolegliwości. Ja uważam ten lek jako *tonicum* i *stomachicum* na równi z *rheum* i *tinctura amara* i używam go w rozmaitych kombinacjach, których wskazanie Czytelnik ze składu łatwo odgadnie: *Rp. Extr. fluidum Cascarae Sagradae*+*Tinctura rhei vinosa aa* MDS. trzy razy dziennie po pół łyżeczki użyć. Albo *Rp. Extr. fluid. Cascarae Sagradae* 25,0 (6 dr.)+*T-ranucis vomicae* 2—3,0! (32—48 grn.) v. *T-ra belladonae* 2—4,0! (½—1 dr.) MDS. Trzy razy dziennie po 30—20 kropel użyć. W braku łaknienia *Rp. Extr. fluidum Cascarae Sagradae*+*T-ra amara aa* 15,0 (4 dr.)+*ac. hydrochlor. conc. pur.* 1,0 (16 gn.). MDS. Trzy razy dziennie po łyżeczce użyć. W razie bólów w żołądku zamiast kw. solnego dodaje się 1,0 (16 gn.) *chloroformi* lub tyleż *Aetheris*

*sulfurici*. Dla zakrycia silnie gorzkiego smaku może być lek ten podany z domieszką gliceryny lub jako *extractum siccum Cascariae Sagradae* w tabletkach prasowanych wyrobu aptekarza Wiszniewskiego w Krakowie po 0,06 (1 grn.), używając 2—3 tabletek dziennie. Istnieje jeszcze *Vinum Sagradae genuinum*, którego fabrykant (P. Liebe) poleca używać po  $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki trzy razy dziennie.

*g. Tubera jalapae pulver.* są pewnie działającym środkiem przeczyszczającym. Podany w ilości 0,2 ( $3\frac{1}{5}$ )—0,5 (8 grn.) sprawia stolce maziste. Morzyska zwykle nie ma tak, że ten środek może być przy silnem zaparciu stolca nawet u dzieci stosowany. *Resina jalapae* (wyciąg wysokowody) działa w ilości 0,1—0,3 ( $1\frac{3}{5}$ — $4\frac{4}{5}$  grn.) na dawkę. Tak zwane *pillulae jalapae* mają ciężar 0,1 ( $1\frac{3}{5}$  grn.) i składają się z trzech części *sapo medic.*+1 *pulv. jalapae*. W celu wywołania wypróżnień należy użyć 1—3 pigułek na raz.

#### 10. Leki przeczyszczające ostre.

Dotąd wyliczone leki apteczne wystarczają do wywołania wypróżnień. Są jednak przypadki uporeczywego zaparcia stolca, wymagające środków, jelita silniej pobudzających wymienionych niżej, zwanych pospolicie drastycznymi. Środki te nie powinny być codziennym chlebem pacjenta, ale tylko wyjątkowo w koniecznej potrzebie stosowane. Sprawiają one nie tylko bóle jelitowe i niezbyt tychże, ale mogą wywołać u kobiet krwotok maciczny, poronienie, a u mężczyzn wytworzenie się guzów krwawnicowych, krwotoków odbytnicowych a nawet zapalenie nerek. Do takich środków należą:

a. *Podophyllum*, żywica wyciągnięta z rośliny *podophyllum peltatum* sprawia już w ilości 0,02—0,05 ( $\frac{1}{3}$ — $\frac{4}{5}$  grn.) po upływie 10—12 godzin stolce, którym u wielu osób towarzyszy morzysko. Trousseau i Blondeau zapisują ten lek w pigułkach: *Rp. Podophyllini* 0,2 ( $3\frac{1}{5}$  grn.) + *extr. belladonnae* 0,1 ( $1\frac{3}{5}$  grn.) *Gi arabici q. s. u. f. pill.* Nr. X. D. S. 1—2 pigułek dziennie użyć.

b. *Fructus colocynthidis pulver.* w dawce 0,3! ( $4\frac{4}{5}$  grn.); *T-ra colocynthidis* po 1,0! (16 grn.); *Extractum Colocynthidis* po 0,05! ( $\frac{1}{5}$  grn.) mogą już w tych ilościach sprawić morzysko i wymioty, a w większych nieco zatrzymanie moczu, zwód prącia i zapad. To też lek ten jest przeciwwskazany we wszystkich przypadkach w których istnieje jakiegokolwiek podrażnienie jelit, lub narządów leżących w miednicy małej.

c. Żywice: *Gummi Gutti* w dawce wypróżniającej 0,05—0,3 ( $\frac{1}{5}$ — $4\frac{4}{5}$  grn.), jakoteż *Scamonium* w dawce 0,5 (8 grn.) użyte, sprawiają prawie zawsze morzysko.

d. *Aloë* same lub jako *extractum Aloës* po 0,1—0,5 ( $1\frac{3}{5}$ —8 grn.) działa przeważnie na warstwę mięsną jelita grubego, sprawia przekrwienie w narządach miednicy i nie może być użyte w stanach zapalnych macicy, ani też w obecności guzów krwawnicowych. Aloes uchodzi także jako cholagogum i jest u wielu lekarzy i pacjentów zwłaszcza prowadzących życie sedenteryjne ulubionym środkiem i składnikiem kilku mieszanin przeczyszczających. Tak zwane pigułki aloesowe mają następujący przepis: *Rp. Aloës socotrinae*+*sapo medic. aa* 1,0 (16 grn.) *f. p.* Nr. X S. 1—2 pigułki na noc użyć. *Extr. rhei compositum* (przetwór suchy) składa się z 30 części *extr. rhei*+10 *extr. aloës*+5

*resina jalapae*+20 *sapo medic.* i skutkuje w ilości 0,3 ( $4\frac{1}{5}$  grn.) najstosow niej w pigułkach użyty. Sawyer poleca w nawykowem zaparciu stolca następujący przepis. *Ap. Aloës* 1,0 (16 grn.)+*ferris sulfurici* 0,2 ( $3\frac{1}{5}$  grn.)+*extr. hyoscyami* 0,7 (11 grn.) *f. pill.* Nr. X S. Pigułkę na noc użyć. Racyonalniejszą radę daje Spender zapisując: *Rp. Extr. aloës socotrina* 0,1 ( $1\frac{3}{5}$  grn.) + *ferris sulfurici* 0,5 (8 grn) + *extr. belladonae* 0,05 ( $\frac{1}{5}$  grn.) + *succus liquiritia q. s. u f. pill.* Nr. X. Z początku należy brać przez kilka dni po trzy pigułki dziennie, przez dalszych kilka dni po 2, a potem już tylko po jednej, tak że można chorego od użycia środków przeczyszczających w przeciągu 2—4 tygodni odzyskać. Sądziłbym że w przypadkach uporczywych należałoby obok tych pigulek wziąć środki mechaniczne do pomocy.

e. Najgwałtowniejszym środkiem drastycznym jest olej krotniowy (*Ol. crotonis tiglium*). Jako środek przeczyszczający wystarcza  $\frac{1}{5}$ —1 kropli podane w oliwie lub w jakimkolwiek syropie. Podawanie większych dawek może spowodować ostry nieżyt przewodu pokarmowego i ogólny zapad.

Wszystkie powyższe leki bywają bądź dla pewności działania, w celu zniesienia ubocznego działania pewnego środka w najrozmaitszych kombinacjach przepisywane. Aczkolwiek one tylko symptomatycznie działają, jednak i w przebiegu systematycznego leczenia zaparcia stolca od czasu do czasu używane oddają zwłaszcza u niecierpliwych pacyentów dobre usługi.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

9. Dr. COLLADON. Leczenie uchetoku (*Die Behandlung der Otorrhoe*). Ta okoliczność, iż uchetok prawie zawsze stanowi objaw ostrego lub przewlekłego zapalenia ucha średniego z przedziurawieniem błony bębenkowej, zmusza nas do stosowania jakiejś racjonalnej metody leczenia; lekceważenie bowiem tego, tak często niestety przytrafiającego się cierpienia, pociąga za sobą nie tylko przykre następstwa, jak przytępienie słuchu, cuchnienie ucha etc., ale także i takie, które zagrażają życiu chorego, jak próchnienie kości skalistej, zapalenie opon mózgowych i t. d. Aby mózdz zapobiedz tym wszystkim fatalnym skutkom, od których rozwój i życie jednostki zależą, należy weześnie i energicznie przystąpić do leczenia, przyczem terapia nie powinna się ograniczać na stosowaniu środków wzmacniających i pokrzepiających ogólny stan zdrowia, ale winna mieć, i to głównie nawet na względzie, leczenie miejscowe. Przy leczeniu miejscowem należy się rzucić następującemi zasadami: 1) Należy się starać o możliwie szybkie usunięcie z jamy bębenkowej produktów wydzielinowych, zanim będą one miały czas zebrać się w dużej ilości i utworzyć gęstą masę. 2) Należy leczyć momenty, sprzyjające cieczeniu z ucha, *resp.* momenty przyczynowe tej choroby. W tym celu poleca autor stosowanie miejscowe cieczech lekarskich lub proszków; następnie, mają tu znaczenie zabiegi operacyjne, jak przyżeganie i zabiegi chirurgiczne. Wychodząc z powyższych zasad, Colladon podaje następujący sposób leczenia ostrego uchetoku. W okresie zapalnym wypłókiwanie słabemi roztworami wodnemi kwasu bornego lub tymolu; tęgość tych roztworów winna wzrastać w miarę zwolnienia ostrych objawów zapalnych. Wdmuchiwanie sproszkowanego kwasu bornego, zalecone przez Bezolda, nie przynosi, według Colladona, pożytku. Większą pomoc okazały wkrapiania roztworów ściągających (najskuteczniej działały siarczan cynku i podoctan ołowiu), stosowane jednocześnie z wdmuchiwaniami powietrza (*Luft-*

*douche*) Politzer'a. W uporeczywych przypadkach Colladon obserwował świetne rezultaty przy wstrzykiwaniu gorącej wody. Co się tycze leczenia u c h o t o k u p r z e w l e k l e g o, to winno ono polegać na irrygacyach silniejszych przeciwgnilnych cieczy, między którymi Colladon oddaje pierwszeństwo kwasowi karbolowemu, salicyłowemu i sublimatowi. Mało pożyteczne są stężone roztwory alkoholowe kwasu borowego i wdmuchiwanie proszku kwasu borowego, środki te bowiem wobec granulacyi gruzliczych i próchnienia kości skalistej są prawie całkiem bezsilne. Również jodoform poleca Colladon tylko w tych przypadkach, kiedy chodzi o posypanie proszkiem wyskrobanych miejsc. W razie, gdy błona śluzowa jamy bębnekowej jest nabrzmiąta i rozpułchniona, najlepiej jest stosować, według Colladon'a, wkraplanie 10—12 procentowego roztworu kamienia piekielnego, zapomocą którego niekiedy prawie momentalnie udaje się w znacznej mierze zmniejszyć nabrzmienie błony śluzowej. Godnem jest polecenia również wkraplanie alkoholu absolutnego (działającego jednocześnie, jako *antisepticum*, *causticum* i *adstringens*) zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z brodawkowaniem polipowem. Następnie, zasługują na uwagę także wkrapiania nadechlorku żelaza. Mniej godne polecenia przy przewlekłym uchootoku są środki ściągające, wszelako i w tym razie, jeżeli się chcemy niemi posługiwać, musimy oddać pierwszeństwo roztworom siarczanu cynku i podocjanu ołowiu. Chcąc zapobiedz recydywom, należy głównie strzedz błonę śluzową jamy bębnekowej od gwałtownych zmian temperatury, co się najłatwiej osiąga zapomocą noszenia w zewnętrznym przewodzie usznym zatykadła z waty. Prócz tego pacjent winien się wystrzegać nieżyty nosogardzielowego, albowiem, jak o tem przekonywa nas doświadczenie, nieżyt ten posiada skłonność przenoszenia się na ucho średnie u tych właśnie osób, które już cierpiały przedtem na *otitis media*. (Therapeut. Monatsch. 1888). A. W.

### KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Hermann SAHLI (Bern). O najnowszych poglądach na patologię chorób zakaźnych. *Ueber die modernen Gesichtspunkte in der Pathologie der Infektionskrankheiten.* (Sammlung klinischer Vorträge Volkmana Nr. 319/20—str. 76).

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 6).

Możliwym też jest i trzeci przypadek, a mianowicie najprzód następuje ogólne zakażenie, a następnie zarazek chorobowy gdziekolwiek się odkłada i wywołuje miejscowe zmiany. Tu należą cierpienia ostre wysypkowe. Wszelako rozgraniczenie między temi późnemi i wprzód wspomnianemi wczesnemi lokalizacyami nie jest zbyt ścisłym ani fundamentalnym, gdyż i przy cierpieniach ostrych wysypkowych występują wczesne lokalizacye w postaci nieżyty płuc, krtani, łącznicy przy odrze, zapalenia gardzieli przy szkarlatynie i t. p. W ogólności pod względem lokalizacyi zachowuje się każde cierpienie odmienne. Skłonność substancyi zakaźnej do umiejscowienia się w pewnym narządzie zależy od dróg, jakimi ona mechanicznie przez krążenie krwi i limfy lub też przez ciągłość tkanek (*continuitas*) zostaje przeniesioną. Dla wszystkich zaś tych przypadków, w których nastąpiło ogólne zakażenie, a mimo to umiejscowienie zarazka nie da się objaśnić na drodze mechanicznej musimy przyjąć, że uległe cierpieniu narządy posiadały miejscową skłonność (*locale Disposition*), a narządy wolne, miejscowe zabezpieczenie (*locale Immunität*). Pod tym względem nie wiele da się pewnego powiedzieć, chyba że każde naruszenie tkanki czyni ją skłonną do przyjęcia krążącego w ustroju zarazka. Na uwagę w tym względzie zasługują doświadczenie Wyssokowitsch'a <sup>1)</sup>, który po zastrzyknięciu królikowi do

<sup>1)</sup> Centralbl. für die med. Wissensch. 1885. Nr. 33.

krwi streptokoków i stafylokoków tylko wtedy otrzymywał zakaźne zapalenie wsierdza, gdy uprzednio przedziurawił w sposób przez Rosenbacha zalecany zastawki sercowe. Podobne wyniki otrzymał Orth <sup>1)</sup>. I przy cierpieniach zakaźnych wysypkowych zauważono, że wysypka jest w tych miejscach silniej rozwinięta, które uległy jakiemś podrażnieniu. Znane też są spostrzeżenia Heubnera dotyczące się umiejscowienia błonicy, Rosenbacha i innych dotyczące się umiejscowienia zapalenia szpiku kostnego, Mendelsohna dotyczące umiejscowienia się gruźlicy i t. p.

Wiemy już w jaki sposób się bakterye w ustroju szerzą, pozostaje nam jeszcze zastanowić się w jaki sposób rozwijające się w ustroju grzybki wywołują objawy chorobowe. Teoretycznie tylko 2 są możliwości. Grzybki działają albo fizycznie albo chemicznie.

Ze rozmnażające się w ustroju grzybki wywierać muszą wyraźne działanie fizyczne czyli mechaniczne jest to zbyt jasnym. Jako ciała obce nagromadzone w naczyniach włosowatych działają one drażniąco, obecnością swą zmieniają gęstość krwi, mogą też będąc nagromadzone w nadmiernej ilości zamykać światło naczyń (*thrombus*) i tym sposobem uczynić je niedrożnymi. Niektóre zjawiska przy czarnej kroście przemawiają za mechanicznym działaniem. Wreszcie nie tylko na naczynia, lecz i na inne narządy mogą bakterye wywierać mechaniczne działanie. I tak kanaliki moczowe i torebki kłębkowe w nerkach mogą być przepelnione bakteryami i mechanicznym swem działaniem upośledzić czynność nerek. Baumgarten opisał takie nagromadzenie laseczników karbunkułowych w torebkach kłębkowych uciskające naczynia włosowate kłębków. Przy innych znowu chorobach zakaźnych, a mianowicie przy sprawach posocznicowych, które się charakteryzują małą stosunkowo ilością drobnych bakteryi we krwi działanie mechaniczne mało jest prawdopodobnem. Tu przyczyną szkodliwego wpływu bakteryi na ustrój jest chemiczne działanie grzybków. Albo grzybki przez swą przemianę materyi bezpośrednio działają na elementa tkankowe, albo też przez wytwarzające się chemiczne jady lub fermenty. Dla niektórych chorób zakaźnych wykrył Brieger <sup>2)</sup> tak zwane ptomainy: typhoxia, tetanin v. tetanotoxin. Dla cholery też prawdopodobnem jest, że laseczniki wytwarzają ptomainy, których wessanie jest przyczyną ciężkich przypadłości.

Czy i lasecznik karbunkułowy produkuje ptomain dotychczas nie jest rozstrzygniętem. Wyniki badaczy są niezgodne ze sobą.

Jak widzimy, działanie grzybków chorobotwórczych jest różnem. W niektórych przypadkach działanie fizyczne łączy się z chemicznem; być może, że ma to miejsce przy zakażeniu wąglikowem. Zdaje się jednak, że działanie chemiczne grzybków jest przeważajacem.

Wynika to między innymi stąd, że przy różnorodnych chorobach zakaźnych występują bardzo często dwa objawy, które z wielkiem prawdopodobieństwem zależą od chemicznego działania grzybków chorobotwórczych. Są nimi zapalenia i gorączka. Co się tyczy zapalenia, to obecnie prawie powszechnie przyjmują, że zostaje ono wywołanem przez nieprawidłowe chemiczne właściwości tkanek <sup>3)</sup>, a szczególnie ścian naczyń <sup>4)</sup>, skutkiem których następuje rozszerzenie światła naczyń. Zapalenia wywołane przez urazy i wpływy termiczne, a zatem wpływy fizyczne są też w gruncie rzeczy następstwem chemicznych

<sup>1)</sup> Tageblatt der Naturforscherversamml. in Strassburg 1885.

<sup>2)</sup> Ueber Ptomaine Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 18 str. 28.—Ueber Ptomaine. Berlin 1885.—Weitere Untersuchungen über Ptomaine 1885 i Weitere Untersuchungen ueber Ptomaine 1886.

<sup>3)</sup> Landerer. Die Gewebsspannung 1884.

<sup>4)</sup> Cohnhein. Ueber Entzündung und Esterung. Virch. Arch. 1867 tom 40.

zmian w protoplazmie naczyń, a że są liczne zapalenia, które powstają bez wpływów urazowych i termicznych, a tylko chemicznych jak np. zapalenie ucha u królików po posmarowaniu olejem krotonowym, przeto będziemy bliżcy prawdy, gdy wszystkie zapalenia bez wyjątku odniesiemy do wpływów chemicznych. Prawdopodobnie grzybki chorobotwórcze w miejscu, gdzie się nagromadzają i rozwijają, swemi produktami przemiany materii spowodują zapalenie. Poszukiwania doświadczalne Briegera nad produktami przemiany materii bakterii ropnych *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus aureus* wykazały, że grzybki te wytwarzają nie tak wprawdzie silnie jadownicze substancje, jak grzybek durowy i tężca, lecz w każdym razie nie obojętne dla ustroju substancje amoniakalne. Zapalenia wywołane obecnością grzybków chorobotwórczych są różne stosownie do rodzaju wytwarzanych substancji. W jednych przypadkach następuje tylko zapalny obrzęk (*bacillus oedematis maligni*), w innych zapalenie przechodzi w ropienie (*staphylococcus* i *streptococcus pyogenes*). Zapalenie z zejściem w ropienie w ostatnich nawet czasach czynią wyłącznie zależnym od grzybków gdyż łatwo można wykazać, że wprowadzenie pod skórę już to obojętnych już drażniących substancji jak oleju krotonowego nie jest w stanie wywołać ropienia.

Jak dla zapalenia tak i dla gorączki pierwszorzędną rolę gra chemizm grzybków chorobotwórczych. Są tu dwie możliwości: albo grzybki wywołujące cierpienie zakaźne osiedlają się w centrach regulujących ciepłotę ciała, albo też wytwarzane przez grzybki substancje chemiczne dostawszy się do obiegu krwi zmieniają ciepłotę ciała. Przypuszczenie pierwsze mniej jest prawdopodobnem; niepodobna bowiem, by grzybki pod każdym względem różnie się zachowujące miały się usadawiać wyłącznie w centrach cieplikowych, a nie wywoływały w większości przypadków innych zбоcezeń ze strony układu nerwowego. Z większym prawdopodobieństwem przyjąć możemy przypuszczenie drugie, t. j. że gorączka przy chorobach zakaźnych polega na ogólnem otruciu. Dotąd jednak wiemy jeszcze bardzo mało o substancjach, które spowodują gorączkę. Znamy tylko nieliczne wprawdzie przykłady dowodzące, że na czysto mechanicznej drodze może powstać gorączka przez dostanie się do obiegu krwi rozpuszczalnych chemicznych substancji. Poszukiwania Billrotha <sup>1)</sup> i C. O. Webera <sup>2)</sup> wykazały, że zwierzęta, którym wstrzyknięto do krwi lub pod skórę gnijące zwierzęce lub roślinne substancje dostają gorączki. Również Senator <sup>3)</sup> otrzymał z płwociny za pomocą gliceryny wyciąg wolny od grzybków, który wywoływał u zwierząt gorączkę, Klebs i Tiegel <sup>4)</sup> wywołali u królika silną gorączkę przez zastrzyknięcie wyciągniętego z płuc zajętego zapaleniem płynu wolnego od bakterii.

Zdaje się, że i fermenty przy pewnych okolicznościach mogą wywołać gorączkę, i tak roztwory fermentów włóknika zastrzyknięte do krwi spowodują silną gorączkę <sup>5)</sup>. Nie będziemy może dalecy od prawdy twierdząc, że pewne gorączki są w związku z obecnością we krwi znacznych ilości fermentów włóknika.

Ważnem zjawiskiem w zakresie chorób zakaźnych jest ich dziedziczność. Może ona wystąpić w 2 postaciach, albo jako bezpośrednie przeniesienie zarazki z matki lub ojca na płód albo też jako odziedziczenie usposobienia, skłonności do chorób zakaźnych. W pierwszym przypadku chorobotwórczy grzybek w jakikolwiek sposób już to przez jaja, nasienie już przez tkanekę łożyska zo-

<sup>1)</sup> Billroth. *Langenbecks Archiv* II str. 325, VI str. 372, XIII str. 579.

<sup>2)</sup> C. O. Weber. *Berl. klin. Wochens.* 1864. Nr. 39.

<sup>3)</sup> *Med. Centralbl.* 1873 str. 84.

<sup>4)</sup> Klebs. *Korrespondenzblatt für Schweiz. Aerzte* 1871. Nr. 9.—Tiegel. *Ueber die fiebererregende Ursache der Mikrosporm Septicum*. Dissert. Bern 1871.

<sup>5)</sup> Edelberg. *Archiv. für experim. Pathol.* XII str. 283.

staje z ustroju rodzicielskiego przeniesionym na płód. W drugim przypadku płód odziedzicza pewne właściwości tkanek, jakto ma miejsce przy niezakaźnych specjalnie nerwowych chorobach. Przy przymiocie dziedzicznym ma niewątpliwie miejsce bezpośrednie przeniesienie zarazka. Kwestya dziedziczności gruźlicy pod względem praktycznym bardzo ważna, jest daleko trudniejszą do rozstrzygnięcia; czy tu ma miejsce dziedziczne przeniesienie zarazka czy też odziedziczenie usposobienia, nie da się dziś jeszcze stanowczo orzec. Koch przychyła się do drugiego poglądu. Koubassoff <sup>1)</sup> w doświadczeniach swych otrzymał różne wyniki: Zastrzykiwał on ciężarnym słońcom morskim pod skórę laseczniki gruźlicze, które następnie znajdował w łożysku, mleku i u płodów. Przytem niektóre młode przychodziły na świat żywe i zdrowe, choć posiadały laseczniki gruźlicze, coby dowodziło możliwości skrytego (*latent*) oddziedziczenia zarazka gruźlicy.

Za dziedzicznością zarazka przy gruźlicy są oprócz Baumgartena <sup>2)</sup> przeważnie francuscy uczeni Landouzy, Queyrat i Martin, jakoteż Lannelongue <sup>3)</sup>. Dowodzą oni, że gruźlica nie jest wcale tak rzadka w wieku niemowlęcym jako dawniej sądzono.

W każdym razie istnienie wrodzonej gruźlicy nie może już dziś ulegać wątpliwości. Do czasu wspomnianych wyżej prac francuskich uczonych wrodzona gruźlica uważaną była za *curiosum* (Johne i Demme).

W ogólności na mocy obecnego stanu naszych wiadomości niepodobna wydać stanowczego sądu o znaczeniu bezpośredniego odziedziczenia zarazków z jednej a dziedziczności usposobienia z drugiej strony. W każdym razie ta ostatnia odgrywa ważną rolę nawet jeśli przymiemy bezpośrednie przeniesienie zarazka. Skoro bowiem takie właściwości jak rysy twarzy, pismo, charakter zostają odziedziczone, to dla czegoż nie byłoby prawdopodobnem, że może być też odziedziczonem usposobienie do pewnych chorób. (d. c. n.)

### Wiadomości bieżące.

**Krajowe.** Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza że przedłużyło termin do dnia 1 Kwietnia 1889 roku do złożenia rozpraw na następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra Adama HELBICHA, już w roku zeszłym w piśmiech lekarskich podane:

- 1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchót płucnych”.
- 2) „Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane, solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne”.
- 3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchót płucnych”.
- 4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*)”.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresam Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwiecznionej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Szokalski*.

— Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NATANSONA przyznane zostaną w roku bieżącym dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim mię-

<sup>1)</sup> Mittlilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt 1884. Tom II.

<sup>2)</sup> Comptes rendus de l'acad. des sciences 1885. T. 101. Nr. 6.

<sup>3)</sup> Etudes sur la tuberculose Verneuil 1887. Progres medical 1887, 15 avril s. 335.

dzy 14 Września 1884 roku a 31 Grudnia 1888; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych.

Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłuje zebrać dla poddania ocenie, prace ogłoszone w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeczeń, prosi o składanie prac o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z Członków Komitetu, przed końcem Lutego, bieżącego roku.

Prezes Komitetu: *Dr. J. Baranowski.*

Członek Komitetu, Sekretarz: *Konrad Dobrski.*

**Zagraniczne.** W Obercunewalde, miejscowości położonej w Saksonii wybuchła epidemia trychinowa, która dotknęła 235 mieszkańców, z których umarło 34-ch. Śmiertelność zatem dotąd niebywała, bo 14,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

— Z rozkazu Ministra Oświaty we Francyi wszystkim uczniom do szkół publicznych uczęszczającym szczepioną będzie powtórnie ospa, po dojściu ich do 10 go roku życia.

— W Lyonie ma być założony fakultet lekarski katolicki, na co już 400,000 fr. zebrano.

— Dr. Mas w Wallencyi w Hiszpanii wyciął z pomyślnym rezultatem śledzionę u kobiety.

— Ichtyol, który coraz więcej zwolenników znajduje zapisuje się w następujących formach:

Rp. Ammon. sulfoichthyol  
Olei terebinth. aa 20,0  
M. f. Ungt.

Środek przeciwko odmrożeniu.

Rp. Ammon. sulfoichthyol.  
Spir. aether. aa 10,0  
Collodii 20,0

S. Przeciwiwo róży na kończynach.

Rp. Ammon. sulfoichthyol.  
Vaselini aa 20,0

S. Maść przeciwko róży.

Rp. Ammon. sulfoichthyol. 2,0  
Aq. dest. 150,0  
Spirytus. 3,0—5,0

S. Płókanie w zapaleniu gardziela.

Rp. Ammon. sulfoichthyolici 5,0—20,0  
Aq. dest. 10,0  
Lanolini 50,0  
M. f. Ungt.

S. Smarować długotrwały, uparty wyprysk (*eczema*).

Rp. Ammon. sulfoichthyolici 10,0  
Aq. Calcis  
Ol. oliv. aa 200,0  
Ch. f. Liniment.

S. Wyprysk skrofuliczny smarować.

### Odpowiedzi od Administracji.

*Wielmożnemu D-rowsi M. w S.* Świeży transport Kalendarza lekarskiego Lwowskiego D-ra Stelli Sawickiego dotychczas nie nadszedł do Warszawy. Jak tylko otrzymamy go prześlemy go Pannu, oraz wszystkim którzy go sobie życzyli w miejsce Rocznika medycyny D-ra Rogowicza.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. **Gustaw Fritsche.** Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 2 Февраля 1889 г.—Druk Maryi Ziemki-iewicz  
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.