

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{ rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ rocznie.....	rs. 6
	{ półrocznie.....	„ 2 kop. 50		{ półrocznie.....	„ 3
	{ kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TRESC: Spostrzeżenia z kliniki ginekologicznej berneńskiej. Torbielak jajnika (*cystoid ovarii*). Podał Dr. E. MODRZEJEWSKI. — Przegląd literatury lekarskiej. Epidemiologia. Sprawozdawała Dr. A. MUNKIEWICZ. Cholera. — Odcinek. Kilka słów o wodach leczniczych w R a b e e. Napisał Dr. Gustaw LEWANDOWSKI. — Wiadomości drobniejsze. Gąbka ścieńsiona przeciw krwawieniu z nosa. Działanie sporyszu na pęcherz moczowy. Podskórne użycie eteru u rodzących. Działanie olejku eterycznego eucalypti globuli. — Bibliografia. Przegląd bibliograficzny dzieł angielskich z r. 1872. Podał Dr. G. FRITSCHE.

SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI GYNEKOLOGICZNEJ BERNEŃSKIEJ.

Torbielak jajnika (*cystoid ovarii*.)

Podał E. Modrzejewski.

W początkach Kwietnia b. r. do kliniki ginekologicznej prof. BREJSKIEGO w Bern, przysłaną została z okolicy chora, której cierpienie miejscowy lekarz poczytał za torbielaka lewego jajnika. Badanie chorój wykazało co następuje:

Pacjentka M. G. lat 21 wieku mająca robotnica, pochodzi ze zdrowej familii, żadnych ważniejszych chorób nie przechodziła, miesiączkę dostała w 17-ym roku, obfitą, 6 dni trwającą, niebolesną, takowa powtarzała się następnie stale co 3 tygodnie, zawsze obficie, i trwała 6—8-miu dni. W 19-ym roku życia miesiączka stawała się coraz mniej obfitą, a w 20-ym zupełnie się wstrzymała. Guz w brzuchu się rozwijający, zauważyła chora przed trzema laty najpierw w linii środkowej brzucha, ponad spojeniem łonowém. Stopniowo guz ten się powiększał rosnąc ku stronie prawej i w górę. Rozwojowi guza nie towarzyszyły żadne bóle lub inne objawy chorobne. W Maju 1871 roku wykonano w miejscu zamieszkania chorój pierwsze nakłócie (*punctio*) i wypuszczono około 12-tu litrów gęstego płynu. Wkrótce potem musiano robić 2-gie, a następnie 3-ie, 4-te, 5-te i 6-te nakłócie, gdyż guz coraz szybciej się powiększał. Przy każdym nakłóciu wypuszczano znaczną ilość płynu, a przy ostatnim które miało miejsce w Lutym r. b. wypuszczono około 18-tu litrów. Chora średniego wzrostu, dość silnej budowy ciała, miernie odżywiona. Skóra na całym ciele prawidłowo zabarwiona, gruczoły chłonne nigdzie nie nabrzmiałe, sutki (*mammæ*) słabo rozwinięte. Ciepłota ciała nieco podwyższona, tętno 100, a liczba oddechów 40 na minutę; język lekko obłożony. Dolna część brzucha w wysokim stopniu powiększona w kierunku skośnie poprzecznym, tak, że ściana brzuszna po stronie prawej więcej ku górze, po stronie le-

węj więcej ku dołowi i przodowi jest wypukloną; dolne wypuklenie strony lewój jest większe, niż górne strony prawej. Skóra tych okolic brzucha mocno naprężona, żyły podskórne znacznie rozwinięte, zwłaszcza w okolicy pępka, łączą się z również znacznie rozwiniętymi żyłami podskórnymi klatki piersiowej. Obwód brzucha, przy końcu wydechu 173 centymetrów; od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego mostka (*proc. xiphoides*) 55½ ctm.; od spojenia łonowego do pępka 33 ctm.; od kolca biodrowego przodkowego górne prawego (*spina ilei ant. sup. dextra*) do pępka 30 ctm., od takiego kolca po stronie lewój do pępka 34½ ctm.; od kolca biodrowego przodkowego górnego prawego do dolnego brzegu 8-go żebra po stronie lewój 58 ctm., od takiegoż kolca lewego do dolnego brzegu 8-go żebra ze strony prawej 67 ctm. Przy badaniu powiększonej części brzucha, wyczuwamy, że takową wypełnia guz (*tumor*) niebojący, nieruchomy z wyraźnym po stronie prawej chelbotaniem (*fluctuatio*), po stronie zaś lewój, guz ten jest twardy, odporny i nierówny. Opukiwanie na całej rozległości guza, daje odgłos tępy, który się niezmienia przy różnych położeniach chorój. Wymiarów wątroby od dołu określić nie można, ku górze sięga ona do 5-go żebra. Sledziona prawidłowych rozmiarów; uderzenia serca wyczuwamy na lewo od brodawki sutkowej w 4-ém międzyżebżu. W płucach lekkie zaostrenie oddechu. Zewnętrzne części płciowe nieco rozwolnione, błona dziewicza (*hymen*) w całości zachowana okrągła, z gładkimi brzegami; pochwa krótka, dosyć obszerna; macica zepchnięta ku lewój kości łonowej przez miękką część guza wypuklającą górny odcinek tylnej ściany pochwy; część pochwowa macicy znacznie skrócona i spłaszczona, zewnętrzne ujście maciczne w kształcie szpary poprzecznej, trzonu (*corpus uteri*) wy badać nie można było. Przy badaniu przez kışkę stolcową, można było wyczuć część guza w miednicy umieszczonej jako miękką nierówną masę; trzonu macicy nie wyczuwaliśmy.

Opierając się na danych osiągniętych tak z wywiadywania (*anamnesis*), jako też z fizycznego badania chorój, uznano istnienie torbielaka prawego jajnika (*cystoid ovarii dextra*), prawdopodobnie w części tylko wypełnionego płynem, a przeważnie skupienia stałego. Rokowanie w tym przypadku było złém ze względu na tak znaczną wielkość guza i różne jego skupienie. Co do leczenia postanowiono: zastosować najprzód nakłócie tymczasowe, a przekonawszy się przytém, o ile guz się zmniejszy, i wykonawszy jeszcze raz, przy zachloroformowaniu chorój, badanie samego guza za pomocą całej ręki wprowadzonej do kışki stolcowej (*hohe Rectumuntersuchung*) aby się dowiedzieć, o ile takowy przez zrosty w miednicy jest umocowany, przystąpić dopiero do stanowczej operacyi (*ovariotomia*).

W ciągu cztero-tygodniowego pobytu chorój w klinice, gdy zauważono coraz znaczniejsze powiększanie się guza, tak, że oddęchanie chorój stało się utrudnione, oraz przy najmniejszym przyjęciu pokarmów występowały wymioty, zrobiono 3-go Maja r. b. nakłócie guza przez ścianę brzuszną i wypuszczono 16 funtów białawego, dosyć gęstego, ciągnącego się płynu. Płyn ten, badany w miejscowej pracowni chemii lekarskiej, miał

ciężar wł. 1023; pod drobnowidzem znaleziono w nim: bardzo mało walczkowatych (cylindrycznych) komórek nabłonkowych, znaczną ilość ciałek ropnych, kryształów cholesteryny, oraz nieco ciałek czerwonych krwi. Z chemicznych części składowych: albumin i paralbumin. Po nakłóciu, guz w górnej zwłaszcza części, mało się zmniejszył, z czego wniesiono, że istnieją zrosty z wątrobą i ścianami brzuszniemi, o czém i przy badaniu zewnętrzném można się było przekonać.

W miesiąc po tém nakłóciu t. j. 7-go Czerwca, guz znowu znacznie się powiększył i sprowadził nowe dla chorój dolegliwości. Obwód brzucha wynosił przy końcu wydechu 118 ctm., od spojenia łonowego: do pępka 26, do wyrostka mieczykowatego mostka 62 ctm.; od kolca biodrowego przod. górnego prawego do pępka $30\frac{1}{2}$, od takież kolca lewego do pępka $37\frac{1}{2}$ ctm., od tegoż kolca prawego do dolnego brzegu 8-go żebra po stronie lewój $59\frac{1}{2}$, od kolca lewego do dolnego brzegu 8-go żebra po stronie prawej $49\frac{1}{2}$ ctm. Zrobiono wtedy nowe nakłócie guza i wypuszczono zeń 27 funtów gęstego, ropiastego płynu który miał c. wł. 1022 i oprócz znacznej ilości ciałek ropnych, zawierał te same części składowe co płyn przy poprzedniem nakłóciu wytoczony. W nocy tego samego dnia miejsce po nakłóciu otworzyło się i wyciekła znaczna ilość takiegoż płynu.

10-go Czerwca, celem ostatecznego postanowienia co do wykonania operacji wycięcia tego guza, uspiono chorą chloroformem, i dopełniono badanie guza, za pomocą całej ręki do kiszki stolcowej wprowadzonój. Silne wymioty które przy uspieniu chorój wystąpiły, przeszkodziły badaniu, jednak przekonano się, że twarda część guza prawdopodobnie do miednicy jest przymocowaną.

14-go Czerwca powtórzono to samo badanie, i upewniono się o zupełnej nieruchomości guza i o istnieniu zrostów ze ścianami miednicy, skutkiem czego od zamiaru wykonania ovariotomii odstąpiono.

Do 28-go Czerwca stan chorój nie przedstawiał nic godnego uwagi.

29-go: Ciepłota ciała $39,6^{\circ}$ C. tętno 120, oddech 42. Boleści w dolnej okolicy brzucha, zaparcie stolca. Zalecono enemę z olejem rącznikowym (*ol. ricini*) i bańki cięte na miejsca bolące. Nazajutrz boleści ustąpiły; 2 stolce prawidłowe.

Od 1-go do 4-go Lipca stan chorój mało się zmienił. Stan gorączkowy trwał ciągle;—ciepłota od 38° do 39° C., tętno 100—120, oddechów 40 na minutę. Dnia 4-go Lipca zrobiono przecięcie (*incisio*) ścian brzusznych, dla wprowadzenia do torbielaka drenu, przez któryby ropa mogła swobodnie odpływać. Przy operacji téj powstał dosyć znaczny krwotok, który z trudnością zatamowano. Dren został wprowadzony i polecono przestrzykiwanie guza 2 razy dziennie roztworem kwasu karbolowego (1 na 50). Stan chorej stopniowo się pogarszał, i przy objawach zupełnego wycieńczenia (*collapsus*) 11-go Lipca r. b. śmierć nastąpiła.

Rozbiór zwłok wykazał: Ciało średniej wielkości, wyniszczenie znaczne, tkanka tłuszczowa zanikła, brzuch mocno powiększony. Po otworzeniu jamy brzusznej, znaleziono takową wypełnioną mętnym, żółtawym płynem.

Całą dolną część brzucha zajmował przyrosły do przodkowej ściany brzusznej guz nieregularnie kulistego kształtu, torbielowatej przyrody. Nowotwór sięgał na prawo do 4-go żebra t. j. do dolnej powierzchni wątroby. Zrosty najsilniejsze były: z przodkową ścianą brzuszną, w miejscu gdzie się znajdował otwór po ostatnim nakłóciu, oraz z dolną powierzchnią wątroby. Tylna powierzchnia guza była zupełnie swobodną, zwłaszcza po stronie lewej, gdzie można było dosięgnąć aż do miednicy. Zagłębienie odbytnico-macieczne (*excavatio rectouterina*) wypełnione wysiękiem (*exsudatum*), w którym znajdowały się strzępki włókniaka (*fibrinum*). Po prawej i lewej stronie wchodu miednicy, torbielak był przymocowany do ścian miednicy za pomocą zrostów które jednak łatwo dawały się oddzielić. Torbielak zajmował miejsce prawego jajnika i miał szypułę około 9-ciu cent. szerokość. Jajowód (*tuba ovarii*) prawy znajdował się z przodu i od dołu nowotworu, który składał się z 2-ech części: jednej więcej twardej, przedstawiającej się jako zbiorowisko (*conglomeratum*) mniejszych torbieli wypełnionych w części ropą, w części płynem kleistym, i drugiej większej przedstawiającej się jako jeden wielki torbiel (*cystis*), w części tylko wypełniony płynem, i zawierający na wewnętrznej swej powierzchni liczne mniejsze torbiele. Macica mocno spłaszczona z przodu ku tyłowi i wydłużona, ściany jej ścięzione, szyja skrócona. Lewy jajnik gładki, zmniejszony. W kiszkaach przewlekły nieżyt (*enteritis catarrhalis chronica*). Otrzewnia kiszkowa, oraz ścienna mocno zgrubiała. W obydwóch płucach obrzęk (*oedema*), w prawym płucu w tętnicy dolnego płata twardy zatór (*trombus*). Śledziona powiększona, zwioteczała. Lewa nerka mało zmieniona, prawa zmniejszona i spłaszczona. Wątroba nieco powiększona, na rozkroju zwyrodnienie tłuszczowe na obwodzie przedstawiała.

Opisany przypadek pod wieloma względami ciekawy, zamierzam tutaj rozpatrzyć z 2-ech następujących punktów: 1^o o ile szczegółowe rozpoznanie guza w tym przypadku było możliwe, i na czym takowe przy torbielach jajnika w ogólności, opierać się powinno? 2^o czy wycięcie torbielakowatego jajnika (*ovariotomia*) w tym razie było wykazane?

Co do 1-go. Badanie wewnętrzne, badanie przez pochwę maciczną i przez kiszkę stolcową, objasniło nas dostatecznie co do objętości, jakości, i umiejscowienia guza. Chodziło jedynie o przekonanie się czy nowotwór jest swobodny, czy też posiada zrosty, i gdzie się takowe znajdują. Co do tego objasniło nas nakłócie guza (*punctio*), i wysokie badanie przez kiszkę stolcową. Nakłócie wykazało istnienie zrostów z wątrobą i z górną częścią ścian brzusznych, gdyż guz po nakłóciu, w górnym zwłaszcza odcinku, zupełnie się nie zmniejszył. Wysokie badanie przez kiszkę stolcową wykazało nam unieruchomienie w miednicy dolnego odcinka guza, z czego wniesiono o zrostach ze ścianami miednicy. Co do zrostów z wątrobą, to te nie ulegały żadnej wątpliwości; zrosty ze ścianami miednicy nie były tak pewne, gdyż wysokie badanie przez kiszkę stolcową w zupełności tego nie rozstrzygało. Zrosty guza ze ścianą brzu-

szą w dolnej jej części, znaczne wklonowanie się jego w miednicę, znaczna jego objętość, wszystko to może wpłynąć na unieruchomienie wyłączyć zaś tego w obecnym przypadku nie było można. Ten jeden więc tylko punkt rozpoznawczy był wątpliwym, punkt ten jednak był bardzo ważny, gdyż jak to poniżej zobaczymy, rozstrzygał w części co do radykalnej operacji.

W obecnym przypadku tylko szczegóły rozpoznania były trudne; często jednak rozpoznanie w ogóle, z czém się ma do czynienia, przedstawia niezwykle trudności przy rozpoznawaniu torbielaka jajnika. Dla tego też, od wprowadzenia ovariotomii przez angielskich chirurgów, szukano danych pewnych, któreby ułatwiały rozpoznanie w każdym przypadku.

Omacywanie i óstukiwanie brzucha, a w nowszych czasach wprowadzone przez SIMON'A¹⁾ wysokie badanie przez kışkę stolcową, nakłóćcie próbne, zalecane tak bardzo przez SPIEGELBERG'A²⁾ i badanie wypuszczonej zawartości torbiela, nakoniec w bardzo ciemnych przypadkach próbne nacięćcie (*incisio*) ścian brzusznych, oto główne dane na których dziś opieramy rozpoznawanie nowotworów jajnika.

Bardzo ważnym, a często bardzo zwodniczym znakiem przy rozpoznaniu torbielów jajnika jest chelbotanie. Prof. BRESKY podaje następujące cechy prawdziwego chelbotania: 1. Podnoszenie się ścian brzusznych, gdy takowe niezbyt są naprężone. Ułożywszy płasko na brzuchu choręj jedną rękę, i uciskając, z przerwami, ściany brzuszne w jakimkolwiek miejscu, drugą ręką czuć powinniśmy wyraźną zmianę powierzchni, t. j. podnoszenie się ścian brzusznych pod ręką pierwszą, i to w możliwie dalekiej odległości od uciskanego miejsca. 2. Uderzenie fali plynu, które uczuwamy, trzymając jedną rękę na brzuchu choręj, a uderzając po takowym palcami drugiej ręki, powinno robić wrażenie nietylko nagłego ruchu plynu,—podezas uderzania,—lecz wyraźnego zadrżenia, spowodowanego falowaniem plynu.

Pomijam tutaj rozpoznanie różnicowe pomiędzy torbielami jajnika, a rozdęciem brzucha guzami (*tympanitis*), puchliną (*ascites*), ciążą, miękkimi guzami jamy brzusznej i t. p. chce jedynie zwrócić uwagę na podane przez SIMON'A wysokie badanie przez kışkę stolcową, oraz nakłóćcie próbne i badanie zawartości torbiela. Do wysokiego badania przez kışkę stolcową, chora winna być dzień przedtém przygotowaną przez lekki środek czyszczący. Przy badaniu dajemy choręj połozenie grzbietowe i usypiamy ją zupełnie chloroformem. Dla wprowadzenia ręki do kışki stolcowej, niektórzy z gynecologów robią przecięćcie przodkowego brzegu otworu stolcowego wzdłuż linii środkowej (*raphe*) krocza, lub też boczne nacięćcia obrączki stolcowej. Zależy tutaj naturalnie bardzo wiele na wielkości ręki badającego; gdzie obwód ręki nie przechodzi 21—22 ctm., nacięćcia są po większej części niepotrzebne i postępujemy wtedy podług

¹⁾ Arch. für klin. Chirurg Bd. XV. str. 99, oraz Deutsche klinik Nr. 46 z r. 1872.

²⁾ Sammlung klinischer Vorträge VOLKMANN'A Nr. 55 str. 7.

wskazówek podanych przez SIMON'A: wprowadzamy najpierw jeden palec do kiszki stołcowej i takowym naciskamy na zwieracz odbytu (*sphincter ani*) ku tyłowi, następnie wprowadzamy drugi palec wykonywując toż samo, potem trzeci i tak stopniowo z wielką łatwością, bez naruszenia całości kiszki stołcowej, wprowadzamy całą ręką.

Po badaniu chora uczuwa zwykle następnego dnia, ból w kiszce stołcowej, a niekiedy doznaje mimowolnego stolca (*incontinentia alvi*), które to jednak objawy są krótkotrwałe i niegroźne.

Wysokie badanie przez kiszkę stołcową, nieczmiernie jest ważne dla ginekologa, rozjaśniając mu zmiany zaszłe w narządach w miednicy umieszczonych, których przez pochwę maciczną nieraz wy badać nie można; przy istnieniu zaś guzów daje mu dokładne pojęcie o ich umiejscowieniu, ruchomości i t. p. Przy badaniu tém jednak, by otrzymać pożądane wyniki, potrzeba się starać guz z miednicy usunąć, zwłaszcza gdy chodzi o przekonanie się, czy jajnik, czy macica jest punktem wyjścia guza, i gdy takowy sięga głęboko w miednicę.

Nakłócie próbne jest głównie ważnem z tego względu, że zawdzięczając badaniom SPENCER-WELLS'A, EICHWALD'A, SCHETELIG'A, WALDEYER'A i in. znamy teraz dokładnie zawartość torbieli tak pod względem chemicznym, jak i drobnowidzowym, oraz umiemy takową odróżnić od innych zawartości płynnych spotykanych w jamie brzusznej przy niektórych stanach chorobnych.

Ośmielam się przytoczyć poniżej, wykazane przez SPIEGELBERG'A różnice pomiędzy zawartością torbiela a płynem wodnej puchliny (*ascites*).

Zawartość torbiela.

Barwa i skupienie (gęstość) różne, o ile zawartość mniej gęsta, o tyle barwa jaśniejsza. Zwykle jest to mętny, białawy, szary, lub szaro-zielony, gęsty płyn C. wł. 1018—1024 lub wyżej.

Płyn wodnej puchliny.

Jasno-zółty, przezroczysty, mało ciągnący się.

C. wł. 1010 - 1015.

Chemiczne części składowe.

Mucin, albumin, a zwłaszcza paralbumin.

Włóknik (*fibrinum*) wydzielający się gdy płyn stoi 12—48 godz. jako skrzep cechujący.

Drobnowidzowe części składowe.

Komórki nabłonka słupkowatego, odłamki takowych, twory kuliste koloidalne, kryształy cholesteryny, ciała czerwone krwi, ziarenka barwnika; przy ropieniu wewnętrznej powierzchni torbiela, ciała ropne.

Płaskie komórki nabłonkowe w znacznej ilości.

Co do 2-go punktu t. j. czy ovariectomia w naszym przypadku była możliwą?

Przeciwno ovariectomii mieliśmy głównie niewątpliwe zrosty z wątrobą i ścianami brzuszniemi, oraz prawdopodobnie zrosty ze ścianami miednicy. Rozbiór zwłok potwierdził to rozpoznanie za życia, wykazując

silne zrosty z wątrobą i przodkową górną częścią ścian brzusznych, o raz łatwo oddzielić się dające ze ścianami miednicy.

Drugiem przeciwwskazaniem, była znaczna objętość nowotworu przy różnym jego skupieniu. Musianooby dla wydobycia nowotworu zrobić przecięcie ścian brzusznych od pępka do spojenia łonowego, gdyż nakłócić torbielą podczas operacyi, bardzoby mało wpłynęło na jego zmniejszenie.

Prócz tego rozbiór zwłok wykazał nadzwyczajną szerokość (około 9-ciu ctm.) szypuły nowotworu, co także niezbyt byłoby pomyslném przy wykonaniu ovariometrii, gdyż 1) przy przecinaniu tak szerokiej szypuły zostaje zawsze otoczenie macicy (*parametrium*) lub tkanka łączna miednicy na znacznej przestrzeni odkrytą, co następnie powoduje zapalenie ropne (*phlegmone*) w jamie miednicy; 2) w szypule tak szerokiej znajdujemy mocno rozwinięte naczynia krwionośne (*vasa spermatica et vasa ovarica*) przy przecinaniu takiej wiązki naczyń w szypule zawartych, mimo mocnego nałożenia klamry, powstaje krwotok którego zatamowanie wielkie nieraz przedstawia trudności.

Czy wszystkie jednak powyżej przytoczone dane, są przeciwwskazaniem do ovariometrii, w takich jak nasz przypadkach?

Możemy stanowczo powiedzieć, że nie, i jeżeli tylko chora zgadza się na ovariometrię, takową wykonywać należy.

Prof. BREJSKY, zdając sprawę ze zmian znalezionych przy rozbiórce zwłok w opisanym przypadku, — wyraził to przekonanie, cytując zarazem przypadek opisany przez SPENCER-WELLS'A, w którym tenże wraz z KEITHEM uważali niemożliwość ovariometrii, a chora mimo tego przez Dr. GRAHAM'A w Liwerpolu, była operowaną z pomyslnym skutkiem, jakoteż przypadki opisane przez KEITH'A, VEIT'A, a w nowszych czasach dwa przypadki FREUND'A w których, przy wysokim stopniu gorączki, spowodowanej ropieniem torbieli, chore, z pomyslném zejściem były operowane. W takich przypadkach — powiada prof. BREJSKY, chora ma tylko te dwa wyjścia przed sobą: albo śmierć pewną, nieuchronną bez operacyi, albo śmierć prawdopodobną, z błyskiem jednak nadziei wyzdrowienia po operacyi.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

EPIDEMIOLOGIA.

Sprawozdawca Dr. A. Munkiewicz z Rosławla.

Cholera.

1. F. A. LESZ. Mikroskopieczeskoje izsledowanie holernych swieżich isprażnienij. „Medicinskij Wiestnik” 1871. Nr. 15.
2. E. NIEDŹWIEDZKI. „Moskowskaja Medicinskaja Gazeta” 1871, i „Cbl. f. d. med. Wissenschaft.” 1872. Nr. 15.
3. L. POPOW. Opyty nad zarażeniem żywotnych izwierzenij holernych bolnych. St. Petersburg 1871 i „Berlin. klin. Wochenschrift” 1872. Nr. 33.
4. F. OESTERLEN. Die Seuchen, ihre Ursachen, Gesetze und Bekämpfung. Tübingen 1873.

W czasie panującój w 1871 roku epidemii cholery w Rossyi Dr. T.

A. LESZ (1) badał pod drobnowidzem świeże wypróżnienia stolcowe cholerycznych w różnych okresach choroby. Stolce były wodniste brudno-białe, bez zapachu, pozostawione w naczyniu rozdzielały się wkrótce na dwie warstwy: wierzchnią zupełnie płynną, podobną do bardzo rozcieńczonego wodą mleka i dolną, złożoną z białych nawpół przezroczystych strzępków i masy drobinkowej.

W 2—3 minuty po oddaniu stolca znajdowano w nim:

1. Znaczną ilość owalnych i okrągłych ciałek, wielkości od 0,006 do 0,008 milim. z bystremi i dosyć nieprawidłowymi ruchami. Rozpatrując bacznie każde takie ciało widać było, że jeden jego koniec był wyciągnięty w kształcie nitki i stanowił ogonek, odbywający ruchy migawkowe. Drugi koniec zdawał się być także wyciągniętym i zaokrąglonym. W większej liczbie ciałek znajdowało się niewielkie ściśle ograniczone jądro. Prosektor E. K. BRANDT, który rozpatrywał opisane ciała, uznał je za monady — *circomonas intestinalis*, lub inne bardzo do ostatnich zbliżone. Liczba monad była tak znaczną, że w jednym polu widzenia przy 600-krotnym powiększeniu, można ich było naliczyć 10—15, a w jednej kropli—kilkaset; funt wypróżnień zawierał ich kilka milionów.

W stolcach badanych w kilka godzin po ich wydaleniu, ciała te przybierały różne kształty: trójkątne, słupkowy lub zupełnie nieprawidłowy. Ogonków nie można było wykryć, a i same ciała stały się tak przezroczystymi, że w niektórych razach trudno je było ująć wzrokiem; niektóre z nich były drobno-ziarniste, inne zawierały duże jądro, inne natomiast miały kształt owalny, wyraźne obrysy i były podobne do jader nabłonka płaskiego. Dr. BRANDT uznał je za storbielone monady. W ogóle wszystkie postacie w jakich się przedstawiały monady w wypróżnieniach cholerycznych więcej były podobne do różnych fizjologicznych i patologicznych pierwiastków ukształtowanych błony śluzowej np. do prawidłowego, nabrzękłego lub ulegającego rozpadowi nabłonka, do ciałek śluzowych lub ropnych i наконец do resztek pokarmów, aniżeli do niższych ustrojów roślinnych.

2. Oprócz *circomonas intestinalis* w świeżych wypróżnieniach cholerycznych—inne monady i różne mętwiki, szczególnie *vibrio lineola* i *v. undula*. Były one mniej liczne, niż w pierw wymienione monady i równie jak tamte po upływie dwóch godzin traciły ruchy.

3. Znaczną masę niższych ustrojów roślinnych, zarodków i zarodników, w różnych okresach ich rozwoju, *micrococci* i cząstki *mycothrocis*, które przez uprawę na krochmalu wydawały *penicillium crustaceum* i *mucor mucedo*, t. j. te właśnie grzybki, które najczęściej spotykamy w przyrodzie i które wyrastają przy uprawie zwykłych wypróżnień stolcowych i tak często pojawiają się same na klajstrze krochmalowym.

4. Oprócz tych pasożytów, — stanowiących większą część ukształtowanych pierwiastków w wypróżnieniach cholerycznych: — resztki pokarmów, małe krople tłuszczu i resztki rozpadowe,—nie było w nich ani nabłonka słupkowego, ani ciałek ropnych, śluzowych, lub krwi.

Dr. LESZ ze spostrzeżeń swych nie wyprowadza żadnych wniosków co do znaczenia wszystkich tych ustrojów roślinnych; znajdowano je bowiem nie tylko w wypróżnieniach cholerycznych, ale i przy zwykłym niezycie kiszek, a nawet w stolcach osób zdrowych. Przedmiot ten ma być zadaniem dalszych badań Dr. LESZ'A, które jednak o ile wiem, dotąd ogłoszone nie zostały.

Dr. NIEDZWIĘDZKI (2) z Jarosławia, badał także w 1871 r. wymiociny, stolce, mocz i krew chorych cholerycznych. Nie wchodząc w szcze-

góły tych badań, nadmieniam tu tylko, że badacz we wszystkich tych płynach znajdował drobnitki i ruchliwe ustroje, które nazwał bakteridami cholerycznymi.

Wyniki tych i tym podobnych badań, mających na celu wykrycie pasożytów w wypróżnieniach cholerycznych, miałyby tylko wtedy ważne dla etiologii cholery znaczenie, gdyby zostało dowiedzionem: 1^o że istnieją jakieś swoiste dla cholery pasożyty i 2^o że pasożyty te wprowadzone do ustroju naszego są w stanie wywołać cholere. Tymczasem ani jedno, ani drugie dowiedzionem nie jest i sądząc z wielu względów, nigdy dowiedzionem nie będzie.

Dr. POPOW (3) pod przewodnictwem prof. BOBKINA robił doświadczenia na psach dla przekonania się: 1) czy można wywołać cholere przez zakażenie krwi, nie tykając przewodu pokarmowego; 2) czy świeże wypróżnienia choleryczne są zaraźliwe; i 3) czy zaraźliwym jest mocze chorych cholerycznych. W tym celu wprowadzał on do krwi lub żołądka psów wymiociny, wypróżnienia stolcowe i mocze takich chorych w różnych okresach choroby. W jednym doświadczeniu zastrzyknięto wypróżnienia stolcowe pod skórę (bez skutku). Z 40-stu doświadczeń dokonanych na dziesięciu psach, w 12-stu tylko wystąpiły cechujące dla cholery przypadłości; w pozostałych—miały miejsce zjawiska zakażenia gnilnego, lub też wypadki ich były ujemne.

Z 12-stu doświadczeń z cechującami dla cholery objawami przypadku na doświadczenia z moczem — 7 (z 16-stu); z wymiocinami — 3 (z 7-miu); z wypróżnieniami stolcowymi—2 (z 16-stu).

W 7-miu wypadkach zarażenia moczem było zejść śmiertelnych 3; w 3-ch wymiocinami 1; w 2-ch wypróżnieniami stolcowymi 1.

Dla porównania Dr. POPOW wprowadzał do ustroju psów także istoty gnijące: rozczyń mięsa gnijącego lub drożdży gnijących, i opierając się na tych doświadczeniach podaje cechy odróżniające otrucie istotami gnijąciami od zakażenia wypróżnieniami cholerycznymi:

W zakażeniu gnilnym przypadki otrucia występują zaraz po wprowadzeniu jadu gnilnego do krwi, dosięgają najwyższego stopnia już po kilku godzinach; w zakażeniu zaś cholerycznym zjawiska chorobowe okazują się najwcześniej po upływie doby. W zakażeniu gnilnym stolce w pierwszych godzinach są bardzo częste, brunatne, często zmieszane ze krwią; w wypadkach zaś wyraźnej cholery, biegunka zaczyna się dopiero później, stolce są blado-żółte, albo blado-zielonawo-czarne, mogą być bardzo obfite i trwać dni kilka. Wymioty częściej mają miejsce w zakażeniu gnilnym, niż cholerycznym. W zakażeniu gnilnym ciepota już w pierwszych godzinach po zatruciu dosięga najwyższego stopnia i w wypadkach wyzdrowienia po 2-ch lub 3-ch dniach wraca do stanu prawidłowego; jeżeli zaś otrucie było bardzo silne, wtedy ciepota opada już po kilku godzinach. W choleryze zaś ciepota wzrasta, ale stopniowo, dosięga najwyższego stopnia dopiero po kilku dniach, utrzymuje się długo na téjże wysokości i opada znowu przed śmiercią. Nie postrzegano w zakażeniu gnilnym drgawek, którym przeciwnie w choleryze ulega znaczna liczba grup mięśniowych i które trwają nieraz dni kilka. Tętno w choleryze jest często bardzo zwolniono (do 36 uderzeń na minutę), w zakażeniu zaś gnilnym bardzo przyspieszone.

Różnicy obrazu klinicznego odpowiada różnica zmian anatomiczno-patologicznych. W zakażeniu gnilnym ma miejsce krwotokowe zapalenie żołądka i kiszek bez szczególnego zajęcia układu gruczołów chłonnych przewodu kiszkiowego, gdy przeciwnie w choleryze takowe są cechujące

zmienione. Szczególniej uderzającymi są zmiany te w gruczołach mieszkowych (kaletki. Szkoła krakow.) samotnych (*gl. solitari*). W otruciu istotami gnijącymi, albo żadnych zmian nie spotykamy w gruczołach, albo też takowe są bardzo nieznaczące. Wątroba w zakażeniu gnilnym zwykle ulega zapaleniu mięszzowemu i zwyrodnieniu tłuszczowemu, w choleryce zaś zapalenie to jest nieznaczące, z przeważającym zastojem krwi. Za to w choleryce znajdujemy prawie zawsze zapalenie mięszzowe nerek (ze zwyrodnieniem tłuszczowem); prawa komórka serca jest przepełniona, a lewa próżna.

Z doświadczeń swoich Dr. POPOW wyprowadza następujące wnioski:

1. Wypróżnienia choleryczne są w ogóle zaraźliwe; zaraźliwymi są nietylko wymiociny i wypróżnienia stolcowe, ale także i moczu.

2. Wypróżnienia choleryczne są zaraźliwe i w stanie świeżym; można nawet powiedzieć, że wtedy zaraźliwość ich jest wyraźniejszą.

3. Jeśli wypróżnienia cholerycznych ulegają rozkładowi, natenczas obraz chorobowy cholery u zwierząt zakażonych zostaje zamącony i staje się podobnym do obrazu zakażenia istotami gnilnymi.

4. Zakażenie choleryczne może powstać, gdy jad został wprowadzony bezpośrednio do krwi, a zatem gdy nie przechodził przez przewód pokarmowy.

5. Działanie jadu cholerycznego, wprowadzonego do ustroju zwierzęcego, nie występuje powiększej części natychmiast, lecz po pewnym czasie (po 1—3 dniach, albo nawet później).

Wyniki doświadczeń Dra POPOW'A, stwierdzające niby pogląd broniony przez prof. BÖTKIN'A (*Epidem. Listok*,—1871. Nr. 3), że istota cholery zależy na zakażeniu krwi, przy którym przypadki ze strony przewodu żołądko-kiszczowego są wtórnymi, nie rozstrzygają jednak jeszcze kwestyi, czy rzeczywiście, jak to ogólnie dziś przyjęto, wypróżnienia choleryczne w zwykłych warunkach, t. j. nie wprowadzone sztucznie do krwi lub żołądka, zakażają nasz ustrój jadem w nich zawartym. Jad ten z wypróżnień, w zwykłych warunkach, mógłby się dostać do naszego ustroju albo przez skórę przy bezpośrednim zetknięciu się z wypróżnieniami, albo też za pośrednictwem powietrza przez płuca. Dla tego też dla rozstrzygnięcia wzmiankowanej kwestyi zaraźliwości wypróżnień cholerycznych, należałoby nie wprowadzać do krwi lub żołądka zwierząt takowe wypróżnienia, ale nacierać niemi ich skórę, utrzymywać zwierzęta przez czas jakiś w naczyniu napełnionem wypróżnieniami cholerycznymi, lub umieszczać je w bliskości takiego naczynia.

Godnym jest uwagi, że świeże wypróżnienia choleryczne łatwiej wywoływały czysty obraz chorobowy cholery, niż ulegające rozkładowi; jest to nowy dowód przeciwko pasożytowej teorii, bo wszakże wedle niej pasożyty choleryczne dopiero poza ustrojem na gnijącym podścielisku dojrzewają i wtedy dopiero działają z całą siłą. (dok. nast.)

ODCINEK.

Kilka słów o wodach leczniczych w Rabce.

Napisał Dr. Gustaw LEWANDOWSKI z Radomia.

O żadnym z zakładów wód leczniczych nie pisano dotąd tak mało, jak o Rabce. Z wodami w Busku jesteśmy bardzo dobrze obeznani ze sprawozdań corocznych jasno i treściwie pisanych, jakich nam dostarcza

szanowny kol. DYMNICKI. Solec ze znanemi nam w składzie swoim wodami, chociaż żyje nie bawiąc się w żadne nawet niezbędne ulepszenia, które w każdym prawie zakładzie wód leczniczych corocznie widzieć się dają, ma jednak swoich sprawozdawców. Szczawnica dążąc szybkim krokiem na drodze postępu pod względem wszelkich ulepszeń, cieszy się przytém pewną liczbą światłych lekarzy, którzy nie szcedzą trudów do utrwalenia wysokiego jej wód znaczenia leczniczego. Oprócz tego Dr. LUTOSTAŃSKI pracuje, jak mi to ustnie oświadczył, nad rozprawą o szczegółowych wskazaniach i przeciwwskazaniach w użyciu wód szczawnickich, wspierając się na kilkoletnich swoich u tychże wód badaniach i spostrzeżeniach. Krynica dzięki staraniom Dra ZIELENIEWSKIEGO odpowiadając urządzeniem zakładu kąpielowego wszelkim wymaganiom nowoczesnym, przez niego także została wszechstronnie zbadaną i opisaną. Lecz inna jest kwestyja odnosnie do Rabki. Zakład ten prawie świeżo powstały tak mało jest jeszcze znanym w ogóle, że pewien szereg wiadomości zebranych na miejscu w Rabce lub zaczerpniętych z małej liczby pism o tychże wodach ogłoszonych, zapewne znajdzie gościnne przyjęcie w szpaltach MEDYCNY; do skreślenia zaś takowych biore się tém chętniej, że wody rabczańskie, jak niżej wykaże, mają wielką przed sobą przyszłość.

Jeszcze do czasu zawiązania się w Krakowie „Kommissyji balneologicznej” w r. 1857, wody rabczańskie wcale nie były znanemi. Dopiero kommissyja dowiedziawszy się o podaniu ludowóm uważającym źródła w Rabce za zdrowio-dawcze, wysłała na miejsce w r. 1858 prof. SKOBŁA, który poddawszy owe wody badaniom chemicznym zaliczył je do wód leczniczych słonych jodowo-bromowych żelazistych, jakich jeszcze nie spotkano nigdzie dotąd w naszym kraju. Tak szczęśliwy wypadek poszukiwań chemicznych zachęcił kommissyją do robienia starań w celu uzyskania od Rządu pozwolenia na wzniesienie zakładu kąpielowego. Gdy takowe właściciel Rabki otrzymał, zajął się natychmiast starannie odpowiedniemi urządzeniami, tak, że w niecałe 5 lat po odkryciu tych źródeł oddane już one zostały do użytku publicznego. O należytem ich urządzeniu jeszcze dzisiaj mowy być nie może, lecz nie chcę wykazywać po szczególe niedostatków w tym względzie, jakie uderzyć muszą każdego przy zwiedzaniu wód rabczańskich, gdyż lekarz miejscowy Dr. KOPERNICKI gruntownie rozumie wymagania dzisiejszej balneologii i dokłada wszelkich usiłowań, aby zachęcić właściciela Rabki nie dosyć przedsiębiorczego, do ciągłych nowych ulepszeń, które pozwolą spożytkować odpowiednio ten dobroczynny dar przyrody w interesie cierpiących.

Wspomniałem wyżej, że Dr. SKOBEL uznał wody rabczańskie za słone, jodowo-bronowe żelaziste. P. ALEKSANDROWICZ przeprowadziwszy kilkakrotnie szczegółowy rozbiór każdego z pięciu źródeł przekonał się, że trzy z nich, to jest źródło Rafaeli, Maryi i Krakusa mają skład stały, niezmienny, niezależny od pory roku, ani innych okoliczności. Dwa inne: Kazimierza i Heleny z powodu dopływu wody słodkiej zmienne są w swym składzie.

Przeoglądając rozbiór trzech pierwszych źródeł widoczném jest, że zawierają one w przeważnej ilości chlorek sodu, w umiarkowanej ilości węglan sodowy i węglan wapna, z innych składników zasługują na pierwszą uwagę jodek sodu, bromek sodu i kwas węglany wolny ¹⁾. Ze względu przeto ściśle chemicznego należy uważać wodę tę jako solankę jodowo-

¹⁾ Szczegółowe cyfry składu chemicznego znajdzie czytelnik w broszurze Aleksandrowicza: „Rozbiór chemiczny trzech źródeł wody alkaliczno-słonej jodowo-bromowej w Rabce.”—Kraków 1866 r.

bromową z niewielką ilością kwasu węglanego wolnego. Oprócz powyższych składników zawiera woda rabezańska węglan litynowy w takiej ilości, jak to ma miejsce tylko w bardzo niewielkiej liczbie innych źródeł leczniczych.

Ze względu na ogólną ilość składników stałych w trzech powyższych źródłach, najsilniejszym jest źródło Rafaeli, po nim źródło Krakusa, a najsłabszym źródło Maryi. Jednak różnice te są mało znaczące, albowiem w jednym funcie wody zaledwie jeden gran wynoszą, a mianowicie źródło Maryi zawiera o połowę mniej siarczanu potażowego i węglanu magnezjowego, niż źródło Rafaeli i Krakusa; zaś źródło Rafaeli i Maryi zawiera dwa razy więcej kwasu węglanego wolnego, niż źródło Krakusa. Oprócz tego ostatni posiada o $\frac{1}{3}$ część więcej węglanu żelazowego od obu innych.

Ze względu przymiotów fizycznych i składu chemicznego trzech tych źródeł, jako najzdawniejsze do picia na miejscu i do przesyłek uznano źródła Rafaeli i Maryi: pierwszy z powodu silniejszego odpływu, przez co słup wody w studni rychlej odnawia się, i z powodu zamożności w kwas węglany wolny — drugi zaś dla tego, że zawiera najwięcej połączeń jodowo-bromowych. Inne źródła przeważnie na kąpiele bywają użytkowane.

Porównując wody rabezańskie z innymi solankami mającymi już nawet sławę ustaloną w Europie, jak Hall i Kreuznach, widzimy, iż Rabka ogólną ilością składników obie pomienione wody znacznie przewyższa, gdyż funt wody rabezańskiej zawiera składników stałych 187—189 granów, funt zaś wody hallskiej 103 granów, a kreuznachskiej około 91 granów. Pod względem ilości jodu i bromu po źródłach Castrocaro w Toskańskiem i Zaizon w Siedmiogrodzie, bardzo bogatych w jod, dotąd pierwsze miejsce trzymała solanka halska, lecz źródła rabezańskie nie ustępują jej w tym bynajmniej, bo jodu zawierają prawie tyle co ona, a bromu nierównie więcej.

Przyznać więc należy wodzie rabezańskiej, iż pod względem ilości chlorku sody, tudzież połączeń jodowo-bromowych, pomiędzy solankami tego rodzaju dostępnymi dla naszej publiczności, najpierwsze zajmują miejsce. Że zaś ciała te mają wielki, niezaprzeczony wpływ na ogólną zmianę materji w ustroju ludzkim, że pod wpływem takowych ulegają szybkiej przeróbce ciała białkowane i wyrównaniu znaczna liczba zaburzeń odżywczych (nutrycyjnych) na skórze, błonach śluzowych, w stawach, kościach, przyrządach zmysłowych, a nadewszystko w gruczołach chłonnych, dla tego wody zawierające w składzie swoim tak ważne czynniki mają niezmierną przed sobą przyszłość przy coraz bardziej upowszechniających się chorobach zwanych skrofulicznymi, których główną przyczyną jest upośledzona zmiana materji często z zaburzeniami w wyżej wymienionych narządach i tkaninach.

W roku 1871 po wielu deszczach, które bardzo niekorzystnie oddziaływały na skład wody we wszystkich prawie źródłach Rabki z powodu złego ich jeszcze urządzenia i niedostatecznego zabezpieczenia od dopływu wody słodkiej, źródło Kazimierza dotąd słabo nasycone solami i niestały w składzie, jednak obfitością swoją przewyższający trzy razy wszystkie inne razem wzięte, uległ przeciwnie bardzo korzystnej zmianie. Woda jego zwykle mętna, zmienności słoności stała się nadzwyczaj przezroczystą, w smaku mocno słoną i wyraźnie atramentową, a przytęm dosyć obficie nasyconą kwasem węglanym wolnym. Po nowym rozbiore chemicznym dokonany przez p. ALEKSANDROWICZA pokazało się, że zawiera $\frac{1}{3}$ część tych składników stałych, co źródło Maryi, lecz obfitszym jest w węglan żelazowy i kwas węglany wolny. Woda jego zatem podobną jest do Iwonickiej, mniej jednak zawiera węglanów alkalicznych i węglanu żelazowego.

Gdyby źródło Kazimierza nie uległ znowu jakiejś zmianie, to z powodu swojego składu chemicznego byłby nieocenionym nabytkiem dla Rabski. Dobrze urządzone pozwoliłby miejscowemu siłami modyfikować kurację stosownie do konstytucji chorego i innych warunków osobniczych bez konieczności posilkowania się innymi wodami w butelkach sprowadzonymi, jak to dotąd ma miejsce.

Muszę tu jednak mimochodem nadmienić, że zmiana w składzie źródła Kazimierza, jaka nastąpiła prawie w naszych oczach i to nie w skutek żadnych ulepszeń ręką ludzką dokonanych, lecz jedynie wewnętrznymi siłami przyrody, jest okolicznością dużo dającą do myślenia co do trwałości w ogóle źródeł rabskich z dzisiejszą ich wartością, gdyż nie ma pewności, że zawsze tylko korzystne przemiany miejsce w nich mieć będą.

Oprócz źródła Kazimierza, inne po chwilowych widocznych zmianach z powodów wyżej wspomnianych, wróciły niejako do pierwotnego swojego składu, należałoby jednak powtórzyć szczegółowy ich rozbiór i porównać z wypadkami otrzymanymi w roku 1864 przez p. ALEKSANDROWICZA, chociaż to jedynie tylko dla ścisłości naukowej, gdyż możliwe małe różnice wcale nie zmniejszyłyby wartości tych źródeł, ani nie zmieniłyby wskazań leczniczych.

Z kolei powiem słów kilka o fizjologicznym działaniu wody rabskiej i o chorobach, w których takowa okazała się skuteczną. W tym opierać się będę na spostrzeżeniach zebranych przez Dra KOPERNICKIEGO i przez niego ogłoszonych w sprawozdaniach o ruchu chorych w Rabsce w latach 1871 i 1872.

Fizjologiczne działanie wody ze źródła Maryi, którą przeważnie Dr. KOPERNICKI do użycia wewnętrznego zaleca jako czystą, w smaku mniej przykrą, a chociaż uboższą w węglany od Rafaeli, lecz za to w brom i jod bogatszą—objawia się w sposób następujący, jak to na sobie sprawdziłem: Smak wody jest mocno słony, jednak nie odrażający i nawet dzieci piją takową bez wstrętu. Po pierwszej szklance nie doświadcza się nie szczególnego, lub w kilka minut lekkie, przyjemne ciepło na żołądku. Toż samo bywa po 2-ćj i 3-ćj szklance, użytych w odstępach półgodzinnych; pijąc ją częściej już po 2-ćj szklance, a jeszcze więcej po 3-ćj daje się czuć pełność i gnucenie w żołądku. W każdym razie po 3-ćj szklance, a często po 2-ćj następuje pragnienie tak silne, że je zaledwie równą ilością zwyczajnej wody ugasić można. Odbijania ani wymiotów nie zauważano nawet po 4 i 5-u szklankach tej wody. Zwykle w godzinę po 3-ćj szklance następuje rozwolnienie bez żadnych boleści. Ilość i jakość wypróżnień zależy od usposobienia. Działanie to rozwalniające wody rabskiej jest tak niezawodne podług Dra K., że znał dotąd dopiero jednego 40-sto-letniego mężczyznę, u którego 4 szklanki nie wywierały żadnego skutku. Tak przy rozwolnieniu, jak i bez takowego łaknienie poprawia się znacznie i trawienie nabywa dzielności. Mocz wydziela się zawsze daleko obficiej, niż w stanie zwykłym. Za przyczynę tego przyjąć należy dwa czynniki: Najpierw samo wprowadzenie do ustroju większej ilości wody, gdyż podług poszukiwań TUOMSON'A w ogóle ilość wydzielonego moczu do ilości zużytego napoju ma się jak 10:11. Że zaś ze zwiększoną ilością moczu zmieniają się jego własności, jak to dowiodły poszukiwania CHOSSAT'A, BECQUEREL'A, LEHMANN'A, BÖCKER'A, GENTIL'A i MOSLER'A, to jest ogólna ilość części stałych wydalonych na dobę z moczem, a mianowicie mocznika, znacznie powiększa się; zatem cała zmiana materji, a szczególnie przeróbka tworów białkowatych, których ostatnim wyrazem jest mocz, już przez samo wprowadzenie większej ilości wody do ustroju jest przyspieszona. Drugim czynnikiem powiększającym podług poszukiwań VOIT'A wy-

dzielenie moczu i z nim także przeróbkę materji, a głównie ciał białkowych, jest sól kuchenna. Podług tego autora ze zwiększoną ilością wprowadzonej do ustroju soli wzrasta ilość wydzielonego mocznika bezwzględnie na ilość jednocześnie użytej wody. W jakim stosunku mniej więcej zwiększa się ilość moczu i mocznika pod wpływem wody rabezańskiej, dla wykrycia tego nie przeprowadzono jeszcze dotąd żadnych poszukiwań.

W innych układach ustroju skutki działania wody rabezańskiej wyraźnie dostrzedz się nie dają, lecz po 2—3 tygodniach jej użycia widoczną jest poprawa w całym odżywianiu.

O fizjologiczném działaniu kąpeli rabezańskich na organizm nie ma dotąd żadnych ściślejszych spostrzeżeń, na co nie pozwala sama już niejednostajność tych kąpeli co do ich mocy mineralnej, która tylko w przybliżeniu daje się ocenić, gdyż mieszaną jest razem woda z różnych źródeł. Z tego jednak co zauważył Dr. KOPERNICKI w kąpielach nasiadowych, miejscowych, oraz po natryskach i okładach, widoczném jest silne pobudzające działanie na krążenie obwodowe, które objawia się zaczerwienieniem, podniesioną ciepłotą i podwyższoną jedrnością (*turgor*) w tych częściach; u dzieci zaś nawet po rozcieńczonych kąpielach dawały się widzieć obszerne rumienie (*erythema*) i pryszczycyca (*eczema*).

W celach leczniczych Dr. KOPERNICKI zaleca pić wodę rabezańską zwykle ze źródła Maryi dla powodów wyżej przytoczonych; osobom dorosłym po 12—24 uncyj dziennie, młodszym i dzieciom zniżyć dawkę aż do 2 uncyj dziennie. Często jednak zachodzi potrzeba mieszać ją z innymi wodami leczniczymi lub mlekiem, stosownie do wskazań opartych na osobniczości chorego. Mięsza ją ze szczawnicką, iwonicką, krynicką, żegiestowską. Ranna pora najlepsza do picia wody podług Dra K. przy przechadźce na wolnym powietrzu, lecz niezawsze naczęzo. Przytém szczególnej ostrożności w dyjecie Dr. KOPERNICKI nie zaleca. Pokarmy surowe wzbraniane dawniej, lecz same przez się trawieniu nieszkodliwe, jak dojrzale owoce, mleko kwaśne, wędliny i tym podobne jeść dozwala i przekonał się, że nigdy nie szkodziły, jeśli tylko używano je w miarę i w porę, to jest w kilka godzin po skończonym bezpośrednim skutku użytej wody.

(dok. nast.)

WIADOMOŚCI DROBNIJSZE.

Gąbka ściśniona przeciw krwotokowi z nosa. SKINNER (Brit. med. Journ. z d. 3 Maja, 1873) leczył jedną kobietą trapiącą częstymi wycieńczającymi krwotokami z nosa w ten sposób, że przy pojawieniu się takiego krwawienia wprowadzał gąbkę ściśnioną stożkowatą (z nitką na końcu) w odpowiednią dziurę nosową jak można najgłębiej; krwawienie zawsze bardzo szybko ustawało.

(Wiener med. Wochstf. Nr. 30, 1873.)

Działanie sporyszu na pęcherz moczowy. Jak wiadomo przetwory sporyszu (*secale cornutum*) przez swoje drażniące działanie na zwieracz pęcherza, spowodować mogą przepełnienie go moczem. Dalsze spostrzeżenia, jak twierdzi WERNICH (Centralblatt Nr. 23, 1873) wykazały, że to nietylko zależy od zatrzymania w pęcherzu prawidłowej ilości moczu, ale że ergotina powiększa wydzielanie się jego. Ztąd wniosek że przy zadaniu rodzącym sporyszu należy baczną zwracać uwagę na zawartość pęcherza, gdyż przepełnienie go, przy dłuższem zwłaszcza użyciu sporyszu, stanowić może jedyną przeszkodę porodową, niweczącą pożądane działanie tego leku, co znaczy, że przed podaniem sporyszu rodzącej należy jej pęcherz moczowy opróżnić, a przy dłuższem bezskutecznem użyciu tego leku, należy powtórnie cewnik założyć.

Podsokórne wstrzykiwanie eteru podczas porodu i bezpośrednio po porodzie. E. BAYR (Inaug. Dissert. München, 1873) w dziewięciu przypadkach spostrzegł bardzo

pomyślne działanie w ten sposób zadanego eteru; w 7-miu z nich z powodu ogromnej utraty krwi. Wykonywał stosownie do potrzeby 4 — 5 wstrzyknień, po jednym grammie eteru. Najpewniejszym znakiem wchłonięcia eteru jest zapach jego w powietrzu wydychanym przez chorą; miejsce do wstrzyknięcia dowolne; o bólu w takich razach nie ma mowy, gdyż chore były nieprzytomne; ropni w miejscach wstrzykiwania B. nie spostrzegal. Autor zaleca wstrzykiwania eteru o ile można wcześniej i przyznaje im taką wartość, że w wielu razach przelanie krwi zastąpić mogą.

(Centralblatt Nr. 33, 1873)

Olejek eteryczny eucalypti globuli, (przezroczysty, bezbarwny z mocnym przyjemnym zapachem), podług doświadczeń BINZ'A jeszcze przy bardzo wielkiem rozcieńczeniu (1 na 750) wstrzymuje rozkład gnilny i burzenie (*fermentatio*); osłabia wrażliwość rdzenia kręgowego i zdaje się że zniża ciepłotę ustroju; wreszcie działanie jego miejscowe i ogólne jest bardzo łagodne: nie powoduje żadnych zaburzeń w łaknieniu, śnie i wydzieleniu moczu nawet po użyciu dawki 5-cio gramowej; wydalenie niezmienionego olejku następuje przez nerki (z moczem), jako też przez płuca i skórę, co łatwo sprawdzić po zapachu właściwym. Część olejku tego zdaje się ulegać w ustroju utlenieniu, część zaś nie zostaje wchłoniętą i z kałem odchodzi; w przewodzie kiszkowym zdaje się trująco działać na jego pasożyty. Olejek ten nie posiada właściwego chininie działania na pierwotwór (*protoplasma*) białych ciałek krwi, ani też na komórki roślinne.

(Centralblatt Nr. 36, 1873.) J. R.

Biblijografia.

Przegląd bibliograficzny dzieł angielskich z r. 1872.

Podał G. FRITSCHÉ z Czestochowy.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 40.)

Dr. SANSOM. The antiseptic System: a Treatise on carbolic acid and its compounds. London. (Rozprawa o kwasie karbolowym i ciałach, w których skład tenże wchodzi.)

W dziele powyższém autor dostarczył nam bardzo sumienną i obszerną pracę o kwasie karbolowym. Pierwsze trzy rozdziały zajmuje historyja odkrycia tego kwasu i jego chemia. W następnych rozdziałach znajdujemy opis sprawy gnicia, burzenia, (fermentacyi) i wpływu jaki kwas karbolowy na nie wywiera. Własne doświadczenia autora przyczyniają się wiele do wyświetlenia przedmiotu, w którym bardzo wiele pozostaje do wyjaśnienia. W doświadczeniach swoich autor przekonał się, że kwas karbolowy jest najdzielniejszym środkiem wstrzymującym gniciu i burzenie, i niszczącym niższe ustroje zwierzęce i roślinne. Własność tę w pewnym stopniu kwas ten traci, jeżeli zostaje domieszany do wysokoku lub oliwy; uwaga nadzwyczaj szacowna i ważna, nakazująca nam używać większej stosunkowo dawki tego środka, jeżeli za rozpuszczalniki wymienione płyny wybieramy.

W rozdziale 15-tym i następnych, autor rozbiera kwestyję o działaniu kwasu karbolowego na choroby tak zwane zymotyczne (durzycza, ospa, płonica i t. p.) i przytacza liczne fakta, dowodzące wysokich własności odwietrzających tego środka. I tak: LEMAIRE szczepił dzieciom krowiankę, a niektórym z nich zaraz potem posmarował miejsce szczepienia rozcieńczonym kwasem karbolowym; żadnemu z tych ostatnich dzieci ospa się nie przyjęła, kiedy posmarowanie miejsca takiego rozczynem potażu gryzącego nie wstrzymywało jej rozwinięcia się. Dr. PARKES poddał się sam doświadczeniu w taki sposób, że wdychał całą piersią wyziewy kloaczne; skutki tego były: katar nosa, podrażnienie błony śluzowej krtani, ślinotok, dalej mdłości a po paru godzinach takiego wdychania nastąpiły dreszcze, ból głowy i gorączka, która trwała 20—24 godzin. Następnie PARKES powtórzył to doświadczenie, domieszawszy poprzednio do kloaki odpowiednią ilość kwasu karbolowego i tym razem mógł bezkar-

nie parę godzin wyziewy kloaczne wdychać. Ciekawe szczegóły o tych doświadczeniach autor cytuje z „LANCET“ (November 21, 1868). CROOKES wstrzykiwał kwas karbolowy do krwi choremu bydłu i zawsze opóźniał dzień ich śmierci, która zwykle na drugi dzień po rozpoczęciu się choroby następowała, a w niektórych razach nastąpiło wyzdrowienie. Na zasadzie tych i wielu innych ciekawych doświadczeń, których tu już przytaczać nie będziemy, autor usilnie zachęca do używania kwasu karbolowego, jako środka odwietrzającego w czasie wszystkich epidemij cholery, durzycy, ospy i t. p.

Rozdziały o działaniu kwasu karbolowego na pasożyty zwierzęce i roślinne bardzo są obszerne i wszystko oparte jest na licznych, po większej części własnych doświadczeniach.

W chirurgii znalazł kwas karbolowy, jak wiadomo, bardzo rozległe zastosowanie. Główną zasługę pod tym względem przypisać należy prof. LISTER'OWI który pierwszy ugruntował naukowo i rozpowszechnił w Anglii i w świecie całym ten zbawienny sposób leczenia ran, powikłanych złamań, ropni i t. p. LISTER dowiódł, że wszystkie zewnętrzne rany tak trudno się goją z tego powodu, że pokrywająca ich powierzchnię ropa ulega rozkładowi i przybiera wtedy własności gryzące i drażniące. Skoro tylko rozkład zostaje wstrzymany a rana oczyszczona z pokrywającej ją ropy, zagojenie następuje szybko i bez żadnych złych następstw. Najdzielniejszym środkiem wstrzymującym sprawę gnicia, rozkładu, burzenia i t. d. jest, jak to autor bardzo szeroko i szczegółowo dowodził, kwas karbolowy; jego zatem użycie najlepiej w tych razach celowi odpowiada. Rzecz teoretycznie bardzo dobrze obmyślana, a że w praktyce pokazała się zbawienną, dodawać nie potrzebuje: ogromne rozpowszechnienie tego sposobu leczenia nietylko w Anglii ale w całym świecie, najlepiej tego dowodzi. Szczegółowe opisanie opatrunku LISTER'A pomijamy, gdyż takowe już zostało podane w N-re 36-ym MEDYCYNY.

Sposób LISTER'A leczenia ropni jest następujący: pęczek skubanki (szarpi) zamurza się w mieszaninie kwasu karbolowego z oliwą (1 : 6) i kładzie się na miejscu, w którym ropień ma być przecięty; następnie lancet umaczany poprzednio w tejże samej mieszaninie zapuszcza się przez skubankę w ropień w taki sposób, żeby skubanka służyła niejako za zastawkę dozwalającą wyciekać ropie a nie dopuszczającą wejścia powietrza do ropnia z wyjątkiem niewielkiej jego ilości, i to nasyconego parami kwasu karbolowego. Otwór zakrywa się kitem karbolowym (mieszanina oliwy karbolowej z wapnem) i cynfolią i przewija go się raz lub dwa razy na 24 godzin. Ropnie nawet znacznej wielkości w taki sposób leczone, po wypuszczeniu pierwszej ich zawartości, nie wydzielają już wcale ropy, tylko wodnisty surowiczy płyn, który po paru dniach zupełnie znika.

Z zalem zmuszeni jesteśmy, dla braku miejsca, pominąć mnóstwo ciekawych szczegółów zawartych w tém, ze wszech miar na uznanie zasługującym dziele, dodamy jeszcze tylko na zakończeniu słów parę o wewnętrznym użyciu kwasu karbolowego.

Użycia wewnętrznego kwasu karbolowego próbowano przeciwko wielu bardzo chorobom, ale próby te nie doprowadziły jeszcze do żadnych pewnych wyników. Zastawano ten środek wewnętrznym przeciwko: zimnicy, cholercze, bieguncce, niestrawności, kokluszowi, suchotom płucnym, durzycy, płonicy, odrze i ospie. Najracyonalniejsze użycie tego leku jest przeciwko tym ostatnim tak zwanym zymotyicznym chorobom, ale spostrzeżenia dotychczas znane, nie pozwalają nam wyrzec się stanowczego o jego skuteczności w tym względzie, ani pewnych wskazań ustanowić.

Przeciwko cholercze kwas karbolowy okazał się bezskutecznym, ale niektóre postaci biegunek, zwłaszcza u dzieci, ustępują szybko i bezpowrotnie pod wpływem tego środka. Przeciwko zimnicy używano wewnętrznie kwasu karbolowego i obiecywano sobie z niego wielkie korzyści, ale późniejsze dokładne spostrzeżenia wykazały zupełną jego bezskuteczność w pokonaniu tej choroby.