

# MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. **Prace oryginalne.** Rozwój antyseptyki i wpływ teje na choroby przyranne. Podał Dr. S. Braun. Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etiologii ropnego zapalenia wątroby. Podał Dr. W. Flor-  
kiewicz. (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** 6. O ostrem zapaleniu przelyku.—**Sprawozdanie z po-  
siedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie kliniczne z d. 18 b. m.—**Przegląd biblio-  
graficzny.** Dr. W. Nicati i M. Rietch. Poszukiwania nad cholera. Sprawozdawca Dr. F. Arnstein. (Ciąg  
dalszy).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

## ROZWÓJ ANTYSEPTYKI i wpływ teje na choroby przyranne w oddziale chirurgicznym szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie. Podał Dr. Stanisław Braun

sekundaryusz tegoż oddziału \*).

Najważniejszym celem naukowych sprawozdań lekarzy szpitalnych powin-  
no być wykazanie rozwoju zakładu, w którym funkcyonują; ten bowiem może  
się stać bodźcem do wytworzenia i powiększenia zaufania szerszej publiczności  
do tychże zakładów, które mają niewątpliwie wybitne znaczenie tak pod wzglę-  
dem cywilizacyjnym, jako też nawet i ekonomicznym.

Jednym z najwięcej pouczających, do powyższego celu dążących i cieka-  
wość budzących tematów zdawało się być kierownikowi oddziału chirurgiczne-  
go w naszym szpitalu, profesorowi OBALIŃSKIEMU wykazanie rozwoju antyse-  
ptyki i jej wpływu na choroby przyranne w oddziale chirurgicznym, a to tem-  
bardziej, że 15-letnia przestrzeń czasu, w której on zawiaduje tym oddziałem  
szczególnie się do takiego studyum nadawała, gdy pierwsza trzecia część jego  
przypada na dawną metodę opatrywania ran, a dwie inne na postępowanie  
przeciwnilne.

To też za jego namową rozpoczął był przed kilku laty jeden z moich  
poprzedników Dr. BLUMENFELD (obecnie w Serbii) zbierać materiały, które ja  
następnie zbierać skończyłem i z których wyniki obecnie przedstawić zamysłam.

Przedewszystkiem trzeba nam się rozpatrzyć w tych metodach, zanim  
przystąpimy do materiału, który w tym czasie się gromadził i na którym ich  
skutki się odbiły.

Profesor OBALIŃSKI objął oddział chirurgiczny w szpitalu Ś-go Łazarza  
z dniem 1 Lipca 1870 r. i leczył rany aż blisko do Lipca 1875 roku, a więc  
przez lat pięć, według pojęć podówczas panujących, a mianowicie był to czas  
pierwszych pomysłów LISTERA, wprowadzono więc już ogólnie do przemywa-  
nia ran rozczyn kwasu karbolowego, w niektórych przypadkach szczególnie

\*) Nim niniejsza praca została ukończoną otrzymał tenże posadę assystenta przy klinice  
położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

przydatnych jak np. do przecięcia ropni i wydobywania niewielkich guzów używano do opatrunku pasty Listerowskiej (składającej się z kredy, oliwy i karbolu) rozsmarowanej na cynkfolii; zresztą jednak panowały dawne zapatorywania, a więc mieliśmy, skubanę ze starej bielizny niewiadomego pochodzenia a najczęściej brudnymi rękami chorych przeskubywaną, dalej gąbki najczęściej w organtynowym woreczku na przewiewie powietrza dla wyschnięcia trzymane i tuż przed operacją w ciepłej wodzie opłókiwane; mieliśmy ligatury jedwabne przed samą operacją kawałkiem wosku podejrzanej czystości pociągane jako główne ogniska jeżeli już nie koniecznie w każdym przypadku zakażenia rany, to na pewno jej jątrzenia; chociaż nie małą rolę przypisać należało samymże palcom chirurgów i tychże narzędziom nie tak w skrzętnej czystości utrzymywanym jak to się dzisiaj dzieje. Jeżeli do tego jeszcze dodam, że podówczas operowano bez opaski elastycznej ESMARCHA i że specjalnie na oddziale chirurgicznym szpitala Ś-go Łazarza nie było natenczas wcale sali operacyjnej, lecz operować musiano na sali chorych z tak gęsto poustawianymi łózkami, że na jednego chorego przypada zaledwie 400—500 stóp kub. powietrza, to każdy czytelnik może sobie poniekąd wyobrazić te warunki w jakich chirurgia nie dalej jak przed 12 laty się znajdowała.

Wprawdzie już w roku 1873 pojawiły się pierwsze ogłoszenia o powodzeniach dotąd nieznanych uzyskanych przez LISTERA, który wystąpił z nową, dzisiaj ogólnie znaną metodą, lecz na dobre rozpowszechniła się ona dopiero w roku 1874 w Niemczech a ztąd dotarła i do nas Pierwsze próby wykonane na własne koszta przez profesora OBALIŃSKIEGO nie były uwieńczone dobrym skutkiem, przeto też skończyło się w roku 1874 tylko na nich, a stałe weszły w użycie dopiero w roku 1875, to jest gdy zewsząd przychodziły jak najpochlebniejsze polecenia tej nowej metody i gdy jej wprowadzenie nie było połączone z tak znacznym kosztem, jak na początku, z powodu, że najgłówniejszy materiał to jest gaza mógł być wyrabianym w domu.

Kto kiedykolwiek na seryo myślał o antyseptyce tak jak ją pojmuje LISTER i jego naśladowcy VOLKMANN, NUSSBAUM i inni t. p. ten pojmie, że radykalny taki przewrót nie da się tak łatwo zaprowadzić we większym zakładzie jak to na przykład dzieje się w pojedynczym przypadku. Najprzód stoi temu na przeszkodzie własne niedoświadczenie, następnie należy się liczyć z brakiem wprawy i niedowierzaniem posługi, nakoniec przychodzi najważniejszy szkopuł, to jest brak odpowiednich funduszków.

To ostatnie stało się nie tylko w naszym zakładzie ale prawie we wszystkich przyczyną opóźnienia innowacyi, która raz rozpoczęta szybko się rozwijała i ulepszenia leciały jedne po drugich jak z rękawa o czem świadczą całe tomy wypełniające ówczesne czasopisy i roczniki lekarskie.

Odpowiednio do tych walk i dyskusyi naukowych odbywają się i zmiany na naszym oddziale chirurgicznym. Pierwotny opatrunek LISTEROWSKI okazał się równie w naszym szpitalu, jak i w innych za kosztownym i za nadto drobiazgowym, to też chętnie pochwytowano wszelkie nowe projekty dążące do uproszczenia tego opatrunku.

Jedną z pierwszych zmian, której wpływ nawet do dziś dnia się utrzy-

muje i z pewnością nadal utrzyma, była modyfikacya wprowadzona przez THIERSCHA, tak zwany opatrunek salicylowy. Używał on po części wilgotnego po części suchego opatrunku, a po części irygacyj rozczyntem kw. salicylowego.

Pierwsze i ostatnie prawie zupełnie się nieprzyjęły a najbardziej z powodu trudnego rozpuszczania się salicylu w wodzie, i za słabych własności antyseptycznych w rozczyntie otrzymanym w stosunku 1:300.

Natomiast suchy opatrunek salicylowy znalazł ogólny poklask, a to tembardziej, że on niejako stanowił połączenie metody antyseptycznej z opatrunkiem watowym GUERINA opierając się przeważnie na wacie nasyczonej salicyłem w stosunku 3% do 10%.

Metoda ta wywarła bardzo wybitny wpływ i w naszym szpitalu, albowiem wata salicylowa stała się odtąd niezbędnym składnikiem opatrunku antyseptycznego i pozostawała na stanowisku aż blisko do roku 1880 to jest do rozwielenia się jodoformu, chociaż wpływ metody THIERSCHA pozostał zawsze trwałym i utrzymuje się aż dotąd, o ile wata oczyszczona czyli pochłaniająca (*hydrophile*) stała się integralną odtąd częścią opatrunków.

To też w całym drugim pięcioleciu to jest od Lipca 1875 r. do Lipca 1880 r. można przyjąć, że prym wiódł opatrunek, który nazwano LISTER'A-THIERSCH'A opatrunkiem, gdyż składały się na niego następujące części: 3% woda karbolowa do zmywania, przestrzykiwania i rozpylania (*spray*), gaza karbolowa w domu drogą suchą otrzymywana, tkanina ochronna (*protektive silk*), katgut karbolowy lub ligatury jedwabne w 5%-ym karbolu wygotowane, dreny gumowe, warstwa waty salicylowej lub później BRUNS'A, płócienko nieprzemakalne na wierzch (*mackintosh*) i opaska bądź to organtynowa, bądź kalikotowa.

Tu i owdzie osobliwie zaś w pierwszej połowie tego okresu pojawiały się dążności do większego jeszcze uproszczenia opatrunku a mianowicie: próbowano mokrego opatrunku pakulowego lub jutowego według BARDELEBENA, z którego tylko tyle pozostało na przyszłość, iż w wielu przypadkach do dzisiaj używamy juty zamiast waty jako warstwy pokrywającej.

Nadto pojawiły się dążności nawet wręcz przeciwnie, które zaprowadziły do leczenia ran otwartego (*Offene Wundbehandlung*) lecz tylko przez krótki czas (kilka tygodni), gdyż postępowanie to na pozór proste wydało się w przeprowadzeniu jeszcze bardziej powikłanem niż każde inne a co więcej dla chorych niewygodnem i na ich wyobraźnię źle oddziaływującym.

W każdym razie okres ten pięcioletni dopiero ku końcowi zasługuje na nazwę ściśle przeciwnilnego, a to raz z powodu braku wprawy i częstych powyżej wymienionych niekorzystnie oddziaływających odmian, powtóre, dla tego, że początkowo wypadały opatrunki te dosyć drogo, więc nie mogły być ogólnie we wszystkich a jedynie tylko w ważniejszych przypadkach używane.

Właściwa era antyseptyczna rozpoczyna się na naszym oddziale dopiero od roku 1879 na 1880 to jest od czasu wprowadzenia do chirurgii jodoformu, który nie tylko sam dozwolił znacznie uprościć postępowanie antyseptyczne, ale nadto zaprowadził do usunięcia pewnych dotąd za niezbędne uważanych części

opatrunku jak: silk, makintosh i spray, który to ostatni bardzo skutecznie zastąpione zraszaniem rąk i pola operacyjnego płynem antyseptycznym.

Do uogólnienia antyseptyki na oddziale przyczyniło się oprócz uproszczenia metody samej jeszcze i ta okoliczność, że w ciągu pierwszego pięciolecia (1875—1880) wychowała się tymczasem generacya nie tylko lekarzy młodszych pełniących obowiązki na oddziale, lecz także sióstr miłosierdzia i posługaczy, którzy przekonawszy się naocznie o wybornych skutkach antyseptyki najskrupulatniej przestrzegali w najlżejszych nawet przypadkach przepisów czystości, które zdaniem mojem ważniejsze są, niż materiały, z których opatrunek jest złożonym.

Jodoform z początku skromnie tylko używany w formie proszku i z tego powodu nie bardzo przydatny a nawet tu i owdzie dla niemiłych następstw niebezpieczny, zaczął coraz bardziej być wziętym, gdy go użyto do wyrabiania gazy jodoformowej, która wkrótce wszystkie inne gazy prawie zupełnie usunęła, już to dla swych przymiotów niedościęgnionych jak powolnego działania i długiego podtrzymywania aseptyki, co umożliwia bardzo długie pozostawianie opatrunku (*Dauerverband*) na ranie, już też dla łatwości wyrabiania tej gazy, co w stosunkach szpitalnych osobiwie ważną odgrywa rolę.

Początkowo wyrabiano u nas gazę jodoformową suchą to jest, że pewną ilość np. 1 klgr. tkaniny pochłonnej (*hydrophiler Verbandstoff*) obsypywana odpowiednią ilością np. 300 gramami dobrze oproszkowanego jodoformu, przez co otrzymywano 30% gazę jodoformową. Gdy jednak gaza taka przy użyciu łatwo pyłem jodoformowym poruszyła a okoliczność ta, jeżeli nie wszystkim, to była przynajmniej niektórym, szkodliwą; polecono w ostatnich czasach wyrabiać ją na glicerynie t. z., że proszek jodoformowy posypuje się w takim samym stosunku na tkaninę poprzednio gliceryną napojoną, co zdaniem mojem nie tylko wartość jej zwiększa tem, że powstrzymuje ulatnianie się jodoformu, ale jeszcze i tem, że podwyższa stopień pochłonności gazy.

Tak urządzona i należyte użyta metoda antyseptyczna zdawała się raz dla swej taniości, powtóre zaś dla swej prostoty w użyciu najodpowiedniejszą i byłby profesor OBALIŃSKI najprawdopodobniej nie miał powodu od niej odstąpić, gdyby nie jedna ujemna okoliczność, a mianowicie, następująca:

Oto od czasu jak usunięto rozpylanie karbolu (spray) to jest od roku 1881, w którym wykazano po części klinicznie jego zbyteczność po części zaś (doświadczalną drogą) nawet jego szkodliwość, stały się częste zraszania pola operacyjnego, a jeszcze częstsze zmywania rąk operatora i asystentów niezbędnymi, to też od tego czasu chropawe zapracowane ręce dzisiejszych chirurgów stały się prawie przysłowiewemi; szczęśliwy jeszcze ten, którego skóra jest dosyć wytrzymała, u wielu bowiem zamiast twardnieć i chropowacieć zaczyna się łuszczyć, delikatnie przez to jeszcze bardziej, aż wreszcie po pewnym przeciągu czasu ulega zapaleniu (*eczema acutum*).

Takim był przynajmniej u prof. d-ra OBALIŃSKIEGO przebieg z powodu nadużycia kwasu karbolowego w pięcioprocentowym roztworze a jako bezpośrednie następstwo tego wyrobiła się idyosynkrazia do karbolu a jeszcze większa do jodoformu, co go zniewoliło do zastąpienia tych środków innymi. Przed-

wszystkiem użyto kwasu salicylowego i bornego, gdy jednak one nie bardzo odpowiadały wymogom, chwycono się tem skwapliwiej zachwalanego podówczas (1883 r.) sublimatu, a to tembardziej, że przydawał on się tak dobrze do zmywań jak i do robienia gazy. Od jesieni więc 1883 rozpoczęto używać sublimatu na próbę, a gdy pierwsze doświadczenia wykazały, że sława jego jako środka przeciwnilnego jest zasłużoną, i że on nadto nie działa drażniąco nawet u osób ze skórą drażliwą, zaprowadzono go od Listopada 1883 r. ogólnie na całym oddziale chirurgicznym szpitala Ś-go Łazarza. (d. n.)

## UWAGI I SPOSTRZEŻENIA z zakresu etiologii ropnego zapalenia wątroby (*hepatitis suppurativa*).

Podane przez D-ra Władysława Fłorkiewicza.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 4)

Po otwarciu klatki piersiowej płuca nie opadają, brzegi ich puszyste, płat dolny płuca prawego zrosły z klatką za pomocą tkanki ścięgnistej, w obydwóch płucach objawy obrzęku, w mięszu żadnych ognisk chorobnych. Serce nieco powiększone, mięsień blady, na ścianie wewnętrznej aorty wydatny objaw sprawy miażdżycowej (*process. atheromat.*), zastawki niezmiennione. Wątroba powiększona, powierzchnia jej równa, bez zrostów nieprawidłowych, mięsz blady i kruchy, prawie w środku płata prawego, nieco bliżej powierzchni górnej dawne ognisko ropne, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, otoczone torebką ścięgnistą, dosyć grubą, którego zawartość żółtawa jest w części zbitą a przeważnie płynną. W torebce żółciowej żółć płynna, ściany jej niezmiennione. W żołądku, w dwunastnicy, w kiszkiach cienkich i grubych objawy nieżytu, żadnych zaś śladów owrzodzeń i blizn. W krezkach i gruczołach krezkowych żadnych zmian widocznych. Nerki w stanie prawidłowym.

Diagnoza anatomiczna wyjaśniła zupełnie, że w przypadku powyższym objawy spostrzegane przy łożku chorego, spowodowane były przez ucisk lewego płata półkuli mózgowej, wzmagający się stopniowo na skutek rozwoju krwotokowego zapalenia opony twardej, czyli t. z. guza krwawego (*pachymeningitis haemorrhagica v. haematoma durae matris*) i że wielkie wynacznienie krwi w przestrzeni nadpajęcznej, oraz współczesne przekrwienie prawej połowy mózgu, śmierć spowodowały.

Dla sprawy patologicznej stanowiącej wątek pracy niniejszej, donośnym momentem diagnozy anatomicznej było dawne ognisko ropne w prawym płacie wątroby, z powodu którego należało wnioskować, że część owej sprawy chorobowej, którą pacyent przeżył przed półtora rokiem, w ciągu której najprzód leczonym był przez 3 tygodnie w domu, gdzie miał stawiane pijawki wzdłuż łuku zebrowego prawego, a następnie w szpitalu, stanowiło niewątpliwie ropne zapalenie wątroby, którego przebieg pomyślny zawisnął był od tego, że sprawa wstrzymała się w swym rozwoju i że się utworzyło ognisko ropne od mięszu wątroby ograniczone tkanką bliznową. Rozpoznanie choroby pomienionej

było naówczas niemożliwym, albowiem podczas pobytu pacjenta w szpitalu przeważały objawy zapalenia prawego płuca i opłucnej, w obec których zmiany w zakresie wątroby oraz żółtaczką, przedstawiały się jako zaburzenia następcze, jakkolwiek na podstawie klinicznej oceny a *posteriori*, przebiegu choroby oraz danych anatomo-patologicznych należałoby przyjąć, że zapalenie wątroby było sprawą pierwotną i że do ograniczenia się sprawy ropnej w wątrobie przyczynił się rozwój sprawy patologicznej w zakresie narządu oddechowego.

Spostrzeżenie III. W dniu 27 Maja 1886 r. zgłosił się do mnie o radę, pan A. Z. 63 lat liczący emeryt, niezżony, który nie przypominał sobie aby kiedykolwiek dawniej przebywał jaką ciężką chorobę, mianowicie też nie miał nigdy napadów kolki wątrobowej i nie przechodził żółtaczki. Obecne cierpienie jego rozpoczęło się dnia poprzedniego, a nazajutrz po tem, jak podczas wielkiego upału, bo panowały wtedy niezwykle u nas w tej porze gorąca, odbył w gronie znajomych wycieczkę, podczas której jadł wiele, pił trunków różnych więcej niż zwykle i utrudził się bardzo. Badanie wykazało: podwyższenie tętna, język grubo odłożony, brak apetytu osłabienie ogólne; w płucach, w sercu, w układzie nerwowym żadnych zmian wydatnych, brzuch dosyć duży ciastowato miękki, wrażliwy na ucisk w okolicy dolka podsercowego i podżebrza prawego, a mianowicie też bolesnym był brzeg wątroby, wyczuwalny przy oddechu głębszym; wydatnego powiększenia wątroby i śledziony, badanie nie wykazało; stan odżywiania był dobry; skóra barwy prawidłowej, opatrzona znaczną ilością podściółki tłuszczowej. Poleciłem p. Z. pozostać w domu i w spoczynku, zażyć *ol. ricini*, pić małe ilości szczawy alkalicznej, zachować dyetę ścisłą, a gdyby stan nie polepszył się wkrótce, zgłosić się znów do mnie lub wezwać mnie do domu. Czwartego dnia, t. j. 30 Maja rano, zostałem wezwany do pana Z. który mi opowiedział, że przez dwa dni ubiegłe, czuł się coraz więcej osłabionym, a pomimo działania środka przeczyszczającego i zachowania diety ścisłej doznawał ciągle bólu w dolku i podżebrzu prawem, ostatniej zaś nocy, po napadzie zimna trzęsącego, ból pomieniony wzmógł się bardzo i równocześnie wystąpiły bóle w okolicy łopatki prawej, które trwały jeszcze w chwili przybycia mojego i były powodem wielkiego niepokoju i stękań donośnych. Badanie podjęte wykazało co następuje:

Stan ogólny zdradza znaczny stopień osłabienia, ciepłota ciała 40,3 C., puls 120, odd. 32. Odgłos wypukowy na klatce piersiowej we wszystkich wymiarach niebębenkowy donośny, wykazuje obniżenie dolnej granicy płuc, szmeru oddechowe pęcherzykowe, bez rżrzeń, zresztą oprócz przyspieszenia oddechu nie było żadnych zmian w zakresie narządu oddechowego, chory mógł robić swobodnie oddechy głębsze, które nie powodowały kaszlu i nie powiększały bólu w boku prawym. Tępość wypukowa serca w granicach prawidłowych, tony w sercu i w tętnicach głównych czyste, tętno pełne i twarde. Brzuch dosyć znacznej objętości ciastowato miękki. Rozmiary wątroby powiększyły się znacznie w ciągu trzech dni ostatnich, albowiem gdy granica górna tępości pozostała niezmienną, dolny brzeg wyczuwalny poprzednio na linii łuku żebrowego, był obecnie znacznie niżej, bo prawie na wysokości linii pępkowej poprzecznej, i znacznie zgrubiał, mianowicie w części środkowej, dosięgał łuku żebrowego

lewego na linii sutkowej, przyczem wyczuwalna powierzchnia wątroby była równą i gładką; najwydatniejszy objaw stanowiła nadezłość niezwykła wątroby, albowiem chory skarżył się na ból nieustanny, który zwiększało najogłośniejsze dotykane jej powierzchni namacalnej, tudzież opukiwanie tej okolicy brzucha, silniejszy zaś ucisk wywoływał stękanie donośne. Granica górna tępości wypukowej śledziony mieściła się na 8 żebrze, obydwa wymiary takowej nie były powiększone, a brzeg niewyczuwalny nawet przy wdechu głębokim. Strona lewa i dolna połowa brzucha niebyły bolesne przy ucisku i dawały odgłos wypukowy bębenkowy stłumiony. Język grubo obłożony, zupełny wstręt do jedzenia, obok ciągłego pragnienia, dopełniały obrazu zmian zachodzących w zakresie odnośnym. W układzie nerwowym prócz wymienionych bólów i upadku sił, nie było innych zбоcezeń. Mocz oddany w ciągu nocy, w ilości około pół litra, był barwy ciemno-żółtej, zawierał osad moczanów, ściślejsza analiza nie była robiona.

Rozpoznanie istoty choroby na podstawie skreślonych powyżej objawów patologicznych, przedstawiało z tego względu trudność, że jakkolwiek nie podlegało żadnej wątpliwości iż zбоcezenia, które badanie wykazało w wątrobie, zajmowały miejsce wydatne i stanowiły punkt wyjścia dla najpilniejszych wskazań leczniczych, że zostawały one w związku z objawami gorączki, i tworzyły obraz groźnej dla życia choroby, niemniej jednak przedstawiała się klinicznie uzasadniona wątpliwość, czy zбоcezenia pomienione spowodowane są wyłącznie przez ostre wyrodzenie wątroby, pierwotne lub następcze, oddziaływujące na ustroj i burzące równowagę jego spraw fizjologicznych, czy też rozwija się w ustroju choroba zakaźna ostra, w której przebiegu uwydatniają się na razie, przeważnie zaburzenia w zakresie wątroby <sup>1)</sup>. Jakkolwiek kilka ważnych momentów semiotycznych przemawiało na korzyść poglądu pierwszego, niemniej jednak dopiero dalszy przebieg choroby mógł tę wątpliwość wyświecić ostatecznie.

W myśl najpilniejszego wskazania polecono przystawić banki cięte w okolicy wątroby, i pijawki dokoła otworu stołcowego, robić okłady zimne na okolicę wątroby; przypisano do wewnątrz 3 proszki kalomelowe 4 granowe, do użycia co godzina, a następnie *ol. ricini*. Wieczorem. Tmp. 38,7, po deplecyi i kilku obfitych wypróżnieniach stołcowych, ból zmniejszył się, mianowicie pod okładami zimnemi czuł ulgę znaczną, przepisano *chininum muriaticum* na noc i na rano.

D. 31 Maja, rano: tmp. 38,5, puls 120, odd. 32, podczas nocy bezsennej obfite poty. Badanie poszczegółowe narządów nie wykazało zmian względnie do dnia poprzedniego. Przepisano: *chininum muriat.* rano i wieczór, emulsię miodową, zalecono okłady zimne, za posiłek rosół i herbatę z mlekiem.

Około południa wystąpił napad zimna trzęsącego trwający około pół godziny, po którym powiększył się ból w boku prawym i w okolicy łopatki prawej. Chory kazał sobie sam postawić banki cięte i zażył *ol. ricini*, który spro-

<sup>1)</sup> Pojedyncze przypadki tyfusu który panował nagminnie w ciągu zimy zdarzały się podówczas dosyć jeszcze często w Warszawie.

wadził kilka wypróżnień, barwy ciemno-brunatnej. Wieczorem: temp. 40,8, zalecono na noc *chininum muriat.* 15 gran.

D. 1 Czerweca, rano po nocy bezsennej i potach, podano do zażycia *chin. muriat.* 10 gran. Temp. 40° C., puls 120, odd. 36, znaczne osłabienie, ciągły ból w boku prawym, język obłożony i suchy, pragnienie. Na skórze żadnej wysypki. W płucach i w sereu żadnych zbroceń, brzuch nieco wzdęty, przytem dosyć podatny; granica dolna wątroby obniżyła się na szerokość palca poniżej linii pępkowej poprzecznej, brzeg jej znacznie grubszy, na powierzchni górnej płata prawego blisko brzegu i granicy płata lewego daje się wyczuwać wyniosłość gładka, bardzo bolesna przy najlżejszem dotknięciu. Śledziona niewyczuwalna, wymiary jej tępości wypukowej niepowiększone. Lewa strona brzucha oraz część dolna tegoż niebolesne, dają odgłos wypukowy bębenkowy, donośny. Mocz wydzielony w ciągu nocy w ilości około pół litra, zawierał osad moczowników, miał barwę ciemno-żółto-zieloną i pianę żółtą, skutkiem przymieszki barwnika żółciowego. Język obłożony, ciągłe pragnienie, z trudnością daje się chory skłonić do przyjęcia kilku łyżek rosółu lub mleka.

W obec tych objawów w wątrobie i w moczu, braku obrzmienia śledziony i braku wszelkich zaburzeń donioślejszych w narządach oddechu i trawienia, należało ostatecznie wykluczyć chorobę zakaźną ostrą i uznać, że sprawa patologiczna umiejscowioną jest wątrobie. Z uwagi na objawy miejscowe i dotychczasowy przebieg choroby można było stanowczo wykluczyć: zanik ostry (*atrophia hepatis acuta*) i żółtaczkę ciężką (*icterus gravis*), a należało jedynie rozróżnić czy mamy do czynienia z zapaleniem otrzewnej wątrobowej (*perihepatitis acuta*) lub zapaleniem ropnem wątroby (*hepatitis suppurativa*) albowiem obydwom tym chorobom, jak poucza doświadczenie kliniczne mogą towarzyszyć objawy podobne do tych, które zachodziły w danym przypadku. Jakkolwiek rozpoznanie różniczkowe przedstawiało niejaką trudność z tego względu, że postać ostra zapalenia otrzewnej wątrobowej, które obejmuje całą odnośną błonę surowiczą obok gorączki i bólów miejscowych, może powodować powiększenie wątroby, a w dalszym przebiegu i żółtaczkę, mianowicie gdy sprawa wysiękowa rozszerzy się na torebkę i przewód żółciowy; niemniej jednak z uwagi: 1) że choroba rozpoczęła się kilkodniową gorączką i objawami miejscowymi zwiastującymi zaburzenia nutrycyjne w mięszu a nie na powierzchni wątroby, 2) że powiększenie niezwykle tego narządu wystąpiło nagle i łącznie z charakterystycznym bólem w okolicy łopatki prawej, 3) że dokładnie wyczuwalna przez ścianę brzucha znaczna część powierzchni wątroby, była gładką i nie przedstawiała owych nierówności, pozwalających wnioskować o obecności grubszej warstwy wysięku zewnętrznego, 4) że zapalenie otrzewnej wątrobowej z tak ostrym i już dłuższy przeciąg czasu trwającym przebiegiem, musiałoby się rozszerzyć na inne części tej błony surowiczej i spowodować objawy wysięku w jamie otrzewnej, 5) że w prawym płacie wątroby można było wyczuwać ograniczone ognisko mięszowe, 6) że wystąpiła żółtaczką, nie polegającą na wstrzymaniu zupełnem odpływu żółci, albowiem stolce były przezeń zabarwione, 7) że narazie wystąpiły objawy piemiczne, uwydatniające się w postaci coraz wyraźniej powracających napadów zimna, gorączki i potów, należało koniecznie wy-

kluczyć ostre zapalenie otrzewnej, a uznać chorobę jako ropne zapalenie wątroby, jakkolwiek wywiady i badanie nie wykazały żadnej sprawy chorobowej mogącej stanowić punkt wyjścia dla tegoż zapalenia. Dalszy przebieg choroby mógł posłużyć stanowczo ku poparciu tego rozpoznania, a rokowanie musiało w obec takich warunków, przedstawiać się bardzo niepomyślnem. Stosunki rodzinne i domowe p. Z. były mi prawie nieznane, żył on samotnie, pozostając jedynie pod opieką służącej. Zrobiłem mu propozycję, aby zebrać naradę lekarską i zawiadomić rodzinę o jego chorobie, czemu jednak pacjent sprzeciwił się stanowczo, i żądał jedynie ażeby mu sprowadzono kapłana, któryby przygotował go na drogę wieczności. Postarałem się ażeby żądaniu chorego stało się bezzwłocznie zadosyć i aby krewna mieszkająca o kilka mil od Warszawy została zawiadomioną o groźnym stanie zdrowia pacjenta. Zalecono małe dawki kalomelu i chininy, a za napój wodę Vichy, okłady zimne zastąpiono ciepłymi, pod któremi ból zmniejszył się nieco.

Wieczorem, tmp. 40,3° C.

D. 3 Czerwca, rano; tmp. 40,5° C. puls 132, odd. 40, wydatna żółtaczka, osłabienie znaczne, kaszel suchy i częsty, czkawka, meteoryzm. W płucach i w sercu, żadnych zбоceń fizykalnych, wymiary śledziona nie dają się oznaczyć, pomimo rozdęcia brzucha można było dokładnie wysledzić powierzchnię i brzeg wątroby, w wyniosłości zaś, która uwydatniała się na powierzchni górnej prawego płata, nie można było wyczuć chelbotania. W ciągu ostatniej doby nie było wypróżnienia, mocz oddany w ilości pół litra, był barwy porteru i nie zawierał białka.

Zalecono chininę, stare wino z dodatkiem *liq. am. anisati*, za napój wodę Vichy, którą chory pił bardzo chętnie, na zewnątrz okład ciepły. Krewna pacjenta przybywszy ze wsi wezwiała w tym dniu kol. L. NATANSONA, który zbadał chorego.

D. 4 Czerwca rano, lubo stan chorego był rozpaczliwy, nie zdawał się jednak zapowiadać bardzo już bliskiego końca życia, który jednak w tymże dniu nastąpił.

Sekeya zwłok nie mogła być zrobioną.

Przy ocenie momentów etiologicznych każdego ze spostrzeżeń powyższych, dochodzi się do wniosku, że w przypadku 2-gim określenie takowych jest niemożliwym, albowiem choroba nie była rozpoznana za życia i została stwierdzoną dopiero na stole sekeyjnym; a jakkolwiek badanie zwłok nie wykazało w ustroju żadnej zmiany anatomicznej, przedstawiającej się jako możebny punkt wyjścia ropnego zapalenia wątroby, niemniej jednak nie upoważnia to do wprowadzenia jakiegobądź wniosku o początku sprawy chorobowej, a mianowicie do określenia czy była pierwotną lub następczą. Przypadek ten zasługuje na zaznaczenie z tego przeważnie względu, że potwierdza spostrzeżenia autorów, utrzymujących, iż ropne zapalenie wątroby może niekiedy ukończyć się wyzdrowieniem, w taki sposób, że po ograniczeniu się sprawy ropienia, wytwarza się ognisko zamknięte w torebce ścięgnistej.

Inaczej jednak pod względem etiologicznym przedstawia się przypadek 1-szy i 3-ci. Zarówno wywiady jak i badanie przedmiotowe nie wykazały

w obydwóch tych przypadkach żadnego zaburzenia ustrojowego, żadnego ogniska pierwotnego, które mogłyby być punktem wyjścia sprawy chorobowej, albowiem wystąpiła ona niespodzianie u osobników będących w pełni zdrowia czerstwego i cieszących się takowem od lat wielu, a nadto w przypadku pierwszym, sekcya stwierdzająca istotę anatomiczną choroby nie wykazała w ustroju żadnego podobnego ogniska ropnego. Na podstawie tych danych należy więc uważać, że ropne zapalenie wątroby przedstawia się w obydwóch tych przypadkach albo jako sprawa pierwotna, albo należy do kategorii tych zaburzeń następczych, w których istotna przyczyna anatomiczna nie mogła być jedynie wyświeconą a których etiologię, autorowie określili nazwą „z przyczyn nierozpoznanych.“

Ponieważ badanie wywiadowe, wykazało w obydwóch przypadkach, trzy czynniki etiologiczne, współdziałające jako kliniczna przyczyna choroby, mianowicie: wpływ upału wielkiego, wysiłku fizycznego i nadmiernego współcześnie użycia napojów wysokowych, któreto czynniki, jak zaznaczyłem w uwagach początkowych, uznane zostały przez autorów kompetentnych, jako momenta etiologiczne dostateczne do wywołania tych przypadków ropnego zapalenia wątroby, które w krajach podzwrotnikowych tudzież w Europie południowej, występują jako sprawa patologiczna pierwotna i ograniczona do tegoż narządu; przeto nasuwały się ztąd wnioski, że w naszym umiarkowanym podniebiu, podobnie jak i w krajach gorących, mogłyby zdarzać się ropnie wątroby pierwotnie, spowodowane przez pomienione czynniki.

Wiadomo że wyprowadzenie wniosków ogólniejszych z niedostatecznej liczby spostrzeżeń jest pracą zwodniczą i niewdzięczną, dlatego też nie przeceniam doniosłości moich spostrzeżeń i pragnę jedynie zwrócić uwagę kolegów na ten przedmiot, dopiero bowiem większa liczba spostrzeżeń zdołałaby postawić w świetle właściwem tę kwestyę, niepozabawioną pewnego znaczenia praktycznego.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

6. **O ostrem zapaleniu przełyku.** (*Ueber Oesophagitis acuta Von Dr. Ph. SCHECH, Docent in München Separatabdruck aus Nr. 42. Arztliches Intelligenz-Blatt 1886*).

Samoistny ostry nieżyt przełyku bezwątpienia należy do rzadkich chorób. Dotychczasowe podręczniki albo zamilczają o nim, lub podają bardzo niedokładne wzmianki. Autor na zasadzie 4 spostrzeganych przypadków ostrego nieżytu przełyku, gdzie z całą dokładnością można było stwierdzić charakterystyczne jego objawy, napisał niniejszą pracę, z którą zamierzam zapoznać czytelników Medycyny.

Z powodu rzadkości omawianej choroby, jak również stosunkowo małego niebezpieczeństwa odnośnie do życia, badania anatomo-patologiczne są bardzo skąpe i różniące się w swych wynikach. I tak, kiedy jedni badacze, jak KLEBS, ZENKER, ZIEMSSSEN, sądzą, że ostry nieżyt przełyku różni się od nieżytów innych błon śluzowych brakiem przekrwienia, obrzęku i rozpułchnienia, a za to obfitem łuszczeniem się nabłonka, inni, jak MORELL MACKENZIE, nie upatrują żadnej różnicy między nieżytem przełyku a nieżytem innych błon śluzowych. Autor nie wypowiada w tym względzie swego zdania, gdyż 4 spostrzeżane przez niego przypadki zakończyły się pomyślnie.

Przyczyny ostrego nieżytu przełyku są; bardzo różnorodne zapalenia nieżytowe gardziela, ostre nieżyty żołądka i kiszek, mechaniczne, chemiczne lub termiczne bodźce. W tym ostatnim względzie ważną rolę odgrywają: ostre lub zbyt wielkie kęsy, pokarmy zbyt gorące, zbyt zimne, zbyt słone lub kwaśne, jak również napoje spirytusowe. ZENKER i ZIEMSEN w rzędzie przyczyn wspominają także wklinowanie się ciał obcych, cholere, tyfus, ropne zakażenie krwi, ostre wysypki, przymiot, zapalenie otaczających narządów przechodzące na przełyk, jak: choroby kręgow, zapalenie śródpiersiowej tkanki łącznej, gruczolów limfatycznych.

Najważniejszym i najstalszym objawem ostrego nieżytu przełyku jest bolesne przełykanie. Manifestuje się ono jako ból tępy, gniotący, jako pieczenie lub rodzaj rwania na przebiegu przełyku, wreszcie, jako uczucie przechodzącego kęsa przez ranę lub pewnego rodzaju przeszkodę. Ta lub owa anormalna sensacja pojawia się dopiero po przejściu kęsa pokarmowego. Siedliskiem omawianego bolesnego przełykania bywa: albo górna część przełyku, a więc okolica tchawicy, dołek widelkowy lub rękopięść mostka, średnia okolica międzyłopatkowa lub ciało mostka, albo nakoniec dolna okolica wyrostka miedzykowatego. Drugim ważnym objawem jest występowanie bólu przy ciśnieniu na przełyk lub zginaniu i wyprostowywaniu kolumny kręgowej. To ostatnie łatwe jest do pojęcia, gdyż przełyk przymocowany jest na całej przestrzeni do kolumny kręgowej, przyjmuje więc mniejszy lub większy udział przy jej ruchach. Trzeci objaw stanowi wykrztuszanie obfitej ilości pienistego lub lepkiego śluzu.

Ogólny stan chorego bywa różny. Czasami łączy się z wysoką gorączką, brakiem łaknienia etc., innym razem jest w zupełności dobry.

Trwanie cierpienia od kilku dni do kilku tygodni.

Rokowanie w ogólności pomyślne, chociaż możliwe jest zejście śmiertelne w skutek rozlanego zapalenia, wytworzenia się ropnia, krwotoku lub zgorzeli. Możliwe jest także tworzenie się owrzodzeń z następczem zwężeniem.

Rozpoznanie opisywanego cierpienia opiera się na nagłym wystąpieniu trudności przy łykaniu, bólach przy ruchach kolumną kręgową, wywiadach, przyczem winno być uwzględnione nadużycie napojów alkoholowych, wreszcie na ujemnym rezultacie przy badaniu gardzieli nosa i krtani.

Niewłaściwym jest użycie zgłębnika przełykowego i wziernika z obawy wywołania bólów, kurczów, ewentualnie krwotoków. Z powodu obawy, jakiej doznają chorzy przy łykaniu, możnaby na krótki czas omawiane cierpienie wziąć za wścieklicznę. Przymiot przełyku przebiega powolniej, zresztą w wątpliwych przypadkach winno być zastosowane odpowiednie leczenie. Od rozlanego zapalenia przełyku, jakie się wydarza po przełknięciu różnych trucizn, wyróżnia się ostry nieżyt brakiem zmian w jamie ustnej, gardzieli i krtani. Leczenie przeważnie dyetetyczne. Zabraniały drażniących pokarmów i napoi, zalecamy mleko, kleik, jaja na miękko etc. Dla złagodzenia bólów przy przełykaniu używamy ciepłych okładów na kolumnę kręgową, podskórnie zastrzykujemy morfinę, a przy zupełnej niemożności polykania, odżywcze lewatywy lub karmienie zgłębnikiem, po uprzednim zastrzyknięciu 5—10% roztworu kokainy w górną część przełyku. Autor oprócz omówionej wyżej diety zaleca swym chorym z pomyślnym skutkiem garbnik (*Ac. tannici* 1,5, *aq. destil.* 140,0, *Glycerini* 10,0, co 2 god. łyż. od kawy).

Władysław Ottuszeński.

## Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne z dnia 18 b. m.

Na wstępie kol. MATLAKOWSKI przedstawił chorą dotkniętą twardzielą nosową (*rhinoscleroma*). Szczegóły ma kol. M. podać na następnem posiedzeniu.

Kol. Zygmunt KRAMSZYK streszczał obszerniejszą, mającą wkrótce ukazać się w druku swą pracę, o związku łuszczyki z jaglicą. Zaznaczywszy na wstępie istniejące dotąd teorie wytwarzania się łuszczyki jaglicowej, wykazuje bezpostawność takowych na zasadzie ścisłych spostrzeżeń klinicznych. Dawniejsze poglądy w tej sprawie, polegające na przypuszczeniu, że łuszczyka jaglicowa stanowi bezpośrednie rozprzestrzenienie się procesu jaglicowego na błonę rogową, znalazła zaprzeczenie w fakcie pozostawienia niezajętej tej części łącznicy, która znajduje się pomiędzy patologicznie zmienioną fałdą przejściową a rogówką. Ale i nowsza, obecnie powszechnie przyjęta teoria mechanicznego (traumatycznego) powstawania łuszczyki jaglicowej niezupełnie rachuje się z faktami. Dość wspomnieć o niestosunkowem nateżeniu często spostrzeganem pomiędzy cierpieniem łącznicy a zajęciem rogówki. Również nierzadko dają się widzieć przypadki świeżo powstającej łuszczyki jaglicowej, pomimo że process jaglicowy na łącznicy został zupełnie zakończony, pozostawiwszy na takowej miękkie powierzchowne blizny, nie mogące wywoływać drażnienia rogówki. Następnie zwracał uwagę kol. KRAMSZYK na tę okoliczność, że gdyby łuszczyka jaglicowa była rzeczywiście wynikiem mechanicznego drażnienia wywołanego tarcieniem rogówki przez pokrytą jaglicowemi ziarnami łącznicę powiekową, to wówczas przestrzeń zajęcia rogówki musiałaby ściśle odpowiadać brzegowi pokrywającej ją górnej powieki. W rzeczywistości jednakże tak nie jest, a przypadki takiego ścisłego umiejscowienia łuszczyki należą do bardzo wyjątkowych. Najczęściej ogranicza się ona do górnego brzegu rogówki—często jednakże pojawia się na całym jej obwodzie—a nierzadko też spostrzegać można łuszczykę o kształcie trójkątnym, z wierzchołkiem zwróconym ku środkowi rogówki.

Rozglądając się bacznie w łuszczyce jaglicowej dłuższy czas trwającej, obok zmętnienia wywołanego wytworzeniem na przezroczystej rogówce naczyńcami, widzimy wśród takowego mniej lub więcej rozsiane, ograniczone lub też rozlane zmętnienie, niewątpliwie pochodzące z zabliznionych owrzodzeń. Wiemy zaś, że każde owrzodzenie rogówki wymaga dla zabliznienia swego unaczynienia odpowiedniej części tej błony, a zmętnienie tym unaczynieniem utworzone nosi miano łuszczyki zbawczej. Ściśle spostrzegając pierwsze objawy pojawiającej się łuszczyki jaglicowej, przekonał się kol. KRAMSZYK, że jednocześnie z występującem zaostreniem processu jaglicowego łącznicy, pojawiają się na rogówce w różnej odległości od jej obwodu, mniej lub więcej ograniczone i powierzchowne owrzodzenia, przyczem obrzmiewa odpowiedni rąbek łącznicy okalającej rogówkę. Następnie zaś spostrzegać się daje unaczynienie odpowiedniej części rogówki. Na zasadzie tych klinicznych spostrzeżeń dochodzi kol. KRAMSZYK do przekonania, że łuszczykę jaglicową należy uważać jako process analogiczny z łuszczyką zbawczą, a umiejscowienie, rozległość i nateżenie takowej pozostawać będą w ścisłej zależności od jakości, ilości i umiejscowienia pierwotnych owrzodzeń rogówki. Wykład swój zakończył kol. KRAMSZYK wyłuszczeniem anatomicznych różnic istniejących pomiędzy łuszczyką zbawczą a jaglicową.

Następnie kol. KAMOCKI zabrał głos w sprawie operacyjnego leczenia oderwania siatkówki, cierpienia, w obec którego najczęściej pozostajemy odnośnie do leczniczej działalności zupełnie bezsilni. Skonstatowawszy, że wszelkie poprzednio proponowane i uprawiane metody lecznicze, okazywały się bezskutecznymi, powołuje się kol. KAMOCKI na ciekawe spostrzeżenia d-ra DRANSART'A, zakomunikowane na ostatnim kongressie towarzystwa francuzkich oftalmologów, zalecających wycięcie tęczówki (irydektomię), jako metodę operacyjną, przy zastosowaniu której dają się osiągnąć zupełnie wyleczenia (DRANSART 68%), lub przynajmniej znakomite polepszenie stanu chorego. Pozorną sprzeczność stosowania tej metody leczniczej w gałkach ocznych, w których ciśnienie śródoczne zwykle jest zmniejszonem, na podstawie spostrzeżeń d-ra DRANSART'A, objaśnia kol. KAMOCKI tem, że zmniejszenie śródocznego ciśnienia jest objawem

następczem, wywołanem wytwarzajacem się zwyrodnieniem gałki ocznej, w świeżych zaś przypadkach ciśnienie śródoczne jest zwiększonym lub też pozostaje niezmiennem. W każdym razie zmniejszenie to nie jest tak znacznem, albowiem osobiście przekonał się kol. KAMOCKI, że przy irydektomii po przecięciu rogówki strumieniem wypływa ciecz przedniej komórki, a jednocześnie w ranie rogówki pojawia się wypadnięta tęczka. Pomimo jednak niezupełnie jeszcze wyjaśnionego teoretycznego uzasadnienia tej metody leczniczej, wyniki jej są w porównaniu z dotąd stosowanemi najzupełniej zachęcające. Stwierdzili to oprócz DRANSART'A, Dr. CHIBRET, de CLERMONT, WARLOMONT i inni. Na podstawie powyższych spostrzeżeń zastosował takową kol. KAMOCKI w dwóch dostępnych mu przypadkach. W pierwszym u trzydziestokilkoletniej żydówki miało miejsce obszerne oderwanie siatkówki na jednym oku od góry i wewnątrz przy kłaczkowatych zmetnieniach ciała szklistego. W obydwóch oczach znaleziono wysoką krótkowzroczność a oderwanie siatkówki trwało dni 10. Po irydektomii nastąpiło częściowe przyleganie siatkówki (w sąsiedztwie tarczy n. wzrokowego), wzrok zaś znakomicie się poprawił, gdyż chora przed operacją ledwie rozróżniała palce przed okiem trzymane, w tydzień zaś po operacji czytała Nr. 17 Jaeger'a. Drugi przypadek dotyczy 20-letniej dziewczyny, z bardzo wysoką krótkowzrocznością, u której oderwanie dolnej połowy siatkówki w jednym oku nastąpiło przed 10 miesiącami. Jakkolwiek po operacji obiektywnie niemożna było stwierdzić żadnego polepszenia, chora jednak twierdziła że wzrok jej nieco się poprawił. Powyższe dwa przypadki, wobec stosunkowo nieprzyjaznych warunków, w pierwszym umiejscowienie oderwania siatkówki, w drugim zaś czas trwania, uważa kol. KAMOCKI za względnie pomyślne i zupełnie uprawniające do dalszego stosowania tej metody leczniczej.

Na zakończenie kol. BUJWID mówił o otrzymanych przez się wynikach leczenia wścieklizny metodą Pasteur'a.

## PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

*Recherches sur le Cholera* par W. NICATI et M. RIETCH. Paris 1886 str. 169.

(Poszukiwania nad cholera).

Sprawozdawca Dr. **Feliks Arustein** lekarz w Kutnie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 2).

Ze wszystkich powyższych doświadczeń można wyprowadzić następujące wnioski:

1. *Za pomocą szczepienia przez wlewanie do przewodu żółciowego psów zawartości kiszek i żółci zawierającej laseczniki przecinkowe wywołać można u tychże objawy choleryczne, zmiany anatomiczne właściwe cholercie i rozwój laseczników.*

2. *Szczepienie tychże materij przez wprowadzenie ich pod skórę i w żyły pozostaje bez skutku.*

3. *Krew choleryczna zastrzyknięta do żyły działa jako trucizna.*

*B. Próby szczepienia czystych hodowli lasecznika przecinkowego.*

Autorowie zastrzykiwali pod skórę świniak morskich czyste hodowle lasecznika przecinkowego; w jednych przypadkach następowała śmierć, w innych wyzdrowienie. U zwierząt, które wyzdrowiały spostrzegali autorowie stale niższe ciepłoty o 1 lub 2 stopni, które po kilku godzinach się podnosiło do 39°; w przypadkach śmiertelnych niżenie ciepłoty trwało aż do śmierci, a przy oględzinach pośmiertnych zwierząt znaleziono laseczniki we krwi, lecz nie znaleziono ich w kiszka, żadnych też innych zmian właściwych cholercie nie wykryto.

Autorowie zastrzykiwali czyste hodowle wprost do żył, a raz do tętnicy psów. W dwóch przypadkach, które się zakończyły śmiercią znaleziono nastrzyknięcie błony śluzowej kiszki lecz bez laseczników, a krew tychże psów wstrzyknięta świniom do dwunastnicy nie wykazała rozwoju laseczników; w innych przypadkach, które się wyzdrowieniem zakończyły nie znaleziono laseczników w zawartości kiszki.

Czyste hodowle zastrzyknięte były różnym zwierzętom z wyjątkiem świń morskich wprost do dwunastnicy po podwiązaniu przewodu żółciowego i w sam przewód żółciowy. We wszystkich przypadkach u szczurów, kotów, psów, z których znaczna część zdechła, znaleziono laseczniki w kiszki, żółci.

*Wnioski 1. Wstrzyknięcie podskórne i wewnątrz-naczyniowe czystej hodowli lasecznika przecinkowego zabija wprawdzie zwierzęta, lecz śmierć musi być uważana jako następstwo gorączki gnilnej (septicaemia) a nie cholery.*

*2. Wstrzyknięcie do przewodu żółciowego zwierząt czystej hodowli spowoduje nie zawsze lecz w przeważającej liczbie przypadków śmierć po 2, 5 a nawet 10 dniach. Przy oględzinach pośmiertnych zwierząt znaleźć można w kiszki jak też nerkach zmiany właściwe cholery, a w żółci laseczniki przecinkowe.*

#### C. Próby szczepienia u świń morskich.

Świńki morskie posiadają szczególne usposobienie do przyjęcia zarazka cholerycznego; autorowie przeto oddzielnie na nich robili doświadczenia, z których zrobili oddzielną grupę.

Do miesiąca Września 1884 r. wykonali autorowie u 11 świń z dodatnim wynikiem szczepienie przez wprowadzenie do żołądka jużto wypróżnień cholerycznych, już to czystych hodowli lasecznika przecinkowego (nieskuteczne szczepienia były daleko liczniejsze). Z 11 świń tylko jedna pozostała przy życiu choć dotknięta była biegunką, 10 świń w krótszym lub dłuższym czasie (24 godz. do 5 dni) zdechło. Wyniki te zostały następnie stwierdzone przez licznych badaczy (v. Ermengem, Ceci, Koch i inni).

Od Września 1884 r. autorowie wykonali z dodatnim wynikiem liczne szczepienia. Z szczepień tych wyprowadzić się dają następujące wnioski: Świńki morskie giną po zaszczepieniu im lasecznika przecinkowego.

Biegunka jest objawem niestałym. Drgawki kloniczne i tetaniczne jednego lub więcej mięśni, są częste. Śmierć przy objawach martwiczych (*algiditas*) jest stałą. Przy oględzinach pośmiertnych świń znaleziono zmiany właściwe cholery i laseczniki tak w kiszki, w pęcherzyku żółciowym jak i w wątrobie; nie znaleziono zaś ich we krwi i nerkach.

Analogia więc z cholera azyatycką u ludzi jest wielką, tak pod względem symptomatologii, zmian anatomicznych, jako też zachowania się laseczników.

Nie wszystkie jednak próby szczepienia podjęte przez autorów w powyższy sposób były dodatnimi. Przyczyn wielu nieudanych prób szczepienia szukać należy bądź w samym zarazku, którego wpływ chorobotwórczy może być różnym, bądź w warunkach mogących mieć niejako wpływ na skłonność zwierzęcia do przyjęcia zarazka. Dla wyszukania tych przyczyn autorowie wykonali liczne i różnorodne doświadczenia które wykazały co następuje.

1. Szczepienia zapomocą wprowadzenia zarodka wprost do dwunastnicy dawały częściej dodatnie wyniki, aniżeli przy wprowadzeniu zarazka do żołądka, co zdaje się zależeć od pewnych warunków, jakie temu sposobowi wprowadzenia laseczników do ustroju towarzyszą, a które sprzyjają rozwojowi takowych. Do warunków tych oprócz niekwaśnego płynu kiszkiowego zaliczyć należy brak chęci do jadła następujący po operacji (patrz niżej) i wpływ ciężkiego traumatyzmu na unerwienie przewodu pokarmowego, unaczynienie i wydzielinę jego.

2. Gdy kwaśny sok żołądkowy został zneutralizowany przez dwuwęglan sody wyniki otrzymane przy wprowadzeniu do żołądka laseczników były częściej (choć niezawsze) dodatnimi, aniżeli przy kwaśnym soku żołądkowym.

3. Wpływ dwuwęglanu sody na zobojętnienie płynu kwaśnego żołądka był trwalszym i pewniejszym, gdy zwierzę tak przed jak i po szczepieniu przez krótszy lub dłuższy czas było głodzone; nawet samo głodzenie miało wpływ na zmniejszenie a nawet zniknięcie kwasu z żołądka co sprzyjało rozwojowi laseczników w ustroju. I sposób żywienia świniak miał wpływ na usposobienie do przyjęcia zarazka, świnki morskie karmione świeżą trawą okazały się mniej usposobionymi do przyjęcia zarazka aniżeli karmione otrębami i zbożem.

Dodatek do otrębów wody z alkoholem zmniejszał apetyt u zwierząt a zatem i kwaśność żołądka.

4. Otaczająca ciepłota ma wpływ na usposobienie do przyjęcia zarazka; pierwsza serya doświadczeń dodatnich wykonaną była podczas chłodnych dni jesieni; doświadczenia następnie wykonane podczas lata dawały ujemne wyniki.

5. Makowiec zwalniając ruchy kiszki sprzyja rozwojowi laseczników, w jednym doświadczeniu autorów z 35 świniak znieczulonych za pomocą makowca, którym podano płyn zawierający laseczniki po uprzednim wstrzyknięciu do żołądka roztworu dwuwęglanu sody (5 cent. sześciennych 5% rozt. dw. sody) 30 zachorowało i zdechło (świnki znieczulone makowcem po pewnym czasie budzą się i powracają do zdrowia).

6. FERRAN miał spostrzedz, że świnki morskie, które szczęśliwie przebyły i bez szkody zniosły pierwsze zastrzyknięcie podskórne hodowli lasecznika są w stanie znieść większe ilości zarazka aniżeli te, którym pierwszy raz się szczepi. Już GIBIER i v. ERMENGEM robili w tym kierunku poszukiwania i otrzymali ujemne wyniki. Następujące doświadczenie podjęte przez autorów stwierdza fałszywość poglądu FERRANA:

Pięciu świniakom wstrzyknięto pod skórę po 1 cent. sześć. czystej hodowli; po 6 dniach podano tymże świniakom za pomocą zgłębnika żołądkowego 10 cent. sześć. 5% roztworu dwuwęglanu sody w połączeniu z kilku kroplami czystej hodowli lasecznika. Z 5 świniak 2 zdechły jedna po 24 godzinach druga po 4 dniach; u obu świniak znaleziono laseczniki w przewodach żółciowych. Dla kontroli 3 innym świniak których nie szczepiono uprzednio, podano jednocześnie te same ilości płynu zawierającego czyste hodowle; jedna tylko świniaka zdechła po 4 dniach.

7. Podjąwszy w Maju 1885 roku nową seryę szczepień z zarazkiem pochodzącym z miesiąca Października 1884 r. autorzy otrzymali ujemne wyniki (analogiczne wyniki otrzymał v. Ermengem) i z tego powodu skłonni byli do przypuszczenia, że lasecznik przecinkowy w działaniu swem złagodniał w warunkach, w jakich przygotowane były jego hodowle, t. j. w bulionie lub żelatynie i przy średniej ciepłocie 20 do 25° gdyż zarazek tego samego pochodzenia okazał się w doświadczeniach na nowo podjętych w Lutym b. r. bardzo skutecznym.

Z doświadczeń wykonanych na świniakach morskich wyprowadzić się dają wnioski:

1. Świnki morskie mogą być szczepione przez żołądek. Warunki najbardziej sprzyjające rozwojowi laseczników powstaną, gdy wybierzemy zwierzęta karmione otrębami lub zbożem, gdy je tak przed jak i po szczepieniu głodzić będziemy przez krótszy lub dłuższy czas i gdy wraz z zarazkiem wstrzykniemy do żołądka roztwór 5% dwuwęglanu sody; na koniec dobrze jest trzymać zwierzęta w miejscu o bardziej niskiej ciepłocie.

2. Makowiec, alkohol, traumatyzm: sprzyjają działaniu zarazka.

3. Szczepienie ochronne za pomocą podskórnego zastrzykiwania lasecznika przecinkowego nie ma żadnego wpływu.

(d. c. n.)

## Wiadomości bieżące krajowe.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 1 Lutego 1887 r. o godzinie 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wieczorem.

I. MEYERSON. Zupelne błoniaste zarosnięcie otworów tylnych nosa.

II. DOBRZYCKI. Przypadek wątroby wędrującej.

Zmarli. W Nizzy umarł Dr. Hippolit PRZEŹDZIECKI od roku 1873 praktykujący jako lekarz zdrojowy we Francensbadzie. W ciągu całej swej działalności lekarskiej potrafił sobie zjednać tak u ziomków jak i u obcych powszechnie uznanie, na jakie przez swą sumiennosc i dbalosc o chorych zaslugiwal. Zmarł w sile wieku mając lat 42. Cześć Jego pamieci!

— W Warszawie zmarł Dr. WILDE, ceniony praktyk.

**Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.**

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 1-ym (Jubileuszowym). KACZOROWSKI: Słówko w przedmiocie leczenia błonicy; KRÓWCZYŃSKI: Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła; LESSER: O leczeniu krzywicy (*rachitis*); RUMSZEWICZ: Przyczynok do kazni-styki połowiczowego widzenia skroniowego (*Hemionopia temporalis*); RYDYGIER: Przyczynok do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzo-pochwowych; SOKOŁOWSKI: Przyczynok do symptomatologii i dyjagnostyki zatrucia tlenkiem węgla; TALKO: Jaglica w woj-sku i środki zaradcze; WICHERKIEWICZ: O powstawaniu jaskry zapalnej po atropinie; ZALESKI: Przyczynok do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt; ADAMKIEWICZ: Monoplegia anaesthetica; Z pracowni fizyjologi-cznej prof. d-ra Cybulskiego i z kliniki lek. prof. d-ra Korczyńskiego. GLUZIŃSKI: O fizyjologi-cznej i leczniczym działaniu siarkanu sparteiny (*spart. sulf.*); Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żółdkowym; KORCZYŃSKI: Zator tętnicy wieńcowej serca (*Embolia art. coronariae cordis*) za życia rozpoznany; MIKULICZ: Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi; OBALIŃSKI: No-wa metoda autoplastyki. W N-rze 2-gim. BROWICZ: O wrzodzie okrągłym części pochwowej ma-cicy i pochwy (zwanym wrzodem żrącym Clarka); WICHERKIEWICZ: O powstawaniu jaskry za-palnej po atropinie (dok.); KRÓWCZYŃSKI: Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lata trwająca kiła (dok.); MIKULICZ: Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnem strupem krwi (dok.); Z kiniki prof. Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: Spostrzeżenia stopniowego znikania kwa-su solnego w soku żółdkowym (dok.). W N-rze 3-im. KORCZYŃSKI: Zator tętnicy wieńcowej serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany (c. d.); ZALESKI: Przyczynok do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzo-nych zwierząt (c. d.); TALKO: Jaglica w wojsku i środki zaradcze (c. d.). W Gazecie Lekar-skiej. W N-rze 1. HOYER: O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasożytni-czem pochodzeniu chorób zakaźnych; DUNIN: Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędru-jącej; ORŁOWSKI: Wycięcie śledziony. W N-rze 2-im. HOYER: O zmianach poglądów i t. d. (dok.); SZADEK: Leczenie przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych; DU-NIN: Uwagi krytyczne i t. d. (dok.). W N-rze 3-im. TEICHMANN: Trzy rzadkie nieprawidłowo-ści które spowodowały głuchotę; L. NENCKI i A. FABIAN: O przetworach fermentowanych mle-ka, mianowicie o kumysie i kefirze; SZADEK: Leczenie przymiotu i t. d. (dok.). W N-rze 4-ym TRZEBICKY: Przyczynok do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli; NEN-CKI i FABIAN: O przetworach fermentowanych mleka i t. d. (c. d.); ŁYCHOWSKI: Leczenie ostrej rzeżączki cewki moczowej męskiej za pomocą rezorcyny. W Kronice lekarskiej N-rze 1-ym. PERKOWSKI: O zszywaniu nerwów. W Zdrowiu Nr. 16 (za Styczeń r. b.) DANIELEWICZ: Grafic-zne obrazy stosunków ludnościowych m. Warszawy; KARLIŃSKI: Stosunki klimatyczne Krako-wa; LESSER: Nabiał warszawski.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. Fritsche. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.