

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci. Podał T. Trzcziński. Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. Przez S. Meyersona. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 10. Przypadek przymiotowego zajęcia ośrodków nerwowych zakończony wyzdrowieniem. 11. *Purpura fulminans*.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 15 Lutego r. b.—Przegląd bibliograficzny. Dr. W. Nicati i M. Rietch. Poszukiwania nad cholera. Sprawozdawca Dr. F. Arnstein. (Dokończenie).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

O LECZENIU PRZYMIOTU

ZA POMOCĄ GŁĘBOKICH PODSKÓRNYCH WSTRZYKIWAŃ ŻÓŁTEGO TLENKU RTĘCI.

Podał T. Trzcziński

ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Pleśnią starożytności okryta metoda leczenia przymiotu za pomocą wcierania szaruchy w ostatnich latach walczyć musiała z nowym kierunkiem leczniczym, uważanym przez swoich apostołów za wyższy i racjonalniejszy. Twórcy i propagatorowie leczenia przymiotu za pomocą podskórnych wstrzykiwań preparatów rtęci wystąpili do boju przeciw odwiecznej metodzie z mnóstwem argumentów naukowych i praktycznych, głosząc w zapale pierwszego powodzenia, że szara maść otrzyma wkrótce *otium bene merentium* w archiwach historii medycyny. Główne zarzuty stawiane wcieraniom przez antyfrycyonistów były następujące: Rtęć nie może przenikać przez nienaruszoną skórę; jeżeli więc przy wcieraniach dostaje się do ustroju, to jedynie pod postacią pary przez organy oddechowe, (wiadomo, że rtęć paruje już przy zwykłej ciepłocie, tem więcej będąc rozgrzaną przez tarcie) przyczem, osadzając się na dziąsłach, drażni je, wywołuje ślinotok i gingivitis. COHNHEIM w etiologii *stomatitidis mercurialis* wyznacza ważną rolę temu mechanicznemu momentowi. Być może, zresztą, że jakaś część leku przenika przez normalną skórę pod postacią pary, jak to dla wielu innych par i gazów dowiedziono. Jaka więc ilość rtęci przy wcieraniach przyjętą zostaje przez ustrój, absolutnie niewiadomo, a prawdopodobnem jest, że bardzo niewielka. Do powyższych zarzutów dodać należy ujemne strony wcierania pod względem praktycznego ich stosowania: stratę czasu, niechłujność, zmuśność, wywoływanie wreszcie pryszczycy na skórze wrażliwej i delikatnej. *In summa* w opinii koryfeuszów nowego kierunku, wcierania szaruchy uchodziły za metodę nienaukową i niepraktyczną.

Czyż tedy nie lepiej stosować rtęć pod postacią wstrzykiwań podskórnych, przy których dozowanie jest dokładne, lek w całości przechodzi do ustroju, prawdopodobieństwo ślinotoku jest mniejsze, a technika o wiele wygodniejsza? Snać rozumowanie to trafiło do przekonania lekarskiego świata, bo wkrótce wstrzykiwania zyskały wielu znakomitych zwolenników, których straciła szarucha. NOTHNAGEL z przekąsem odzywa się o pożytku, a raczej o bezużytecz-

ności szarej maści (Farmakologia) a nieodżałowanej pamięci prof. AUSPITZ przed kilkoma laty, gdy miał sposobność słuchać jego wykładów, prowadził formalną krucyatę przeciwko wcieraniom.

Wielka ilość preparatów zaleconych do wstrzykiwań rozpada się na dwa główne działy: na preparaty rozpuszczalne i nierozpuszczalne; pierwsze zyskały na razie większy rozgłos i uznanie, drugie w ostatnich dopiero latach dobiły się zasłużonego stanowiska.

Zwolna, po ostygnięciu pierwszego entuzjazmu i po licznych badaniach klinicznych ustaliła się opinia o rozpuszczalnych związkach. Okazało się, że przetwory owe (sublimat w roztworze z solą kuchenną, *hg. formamidatum*, *bicyanatatum*, *peptonatum* i wiele innych zastrzykiwane przecięciowo codziennie po 0,01 na dawkę) ustępują szarej maści pod względem wartości leczniczej, albowiem przy ich stosowaniu rćć wydziela się z ustroju (z moczem i kałem) bardzo szybko, że przeto przy lżejszych tylko formach przymiotu mogą być stosowane, oddając wszakże w tych przypadkach znakomite usługi. Wyższość wcierań polega na tem, że rćć, wcielona za ich pomocą do ustroju, wydziela się z tegoż ustroju o wiele wolniej (co wielokrotnie zostało stwierdzone przez porównawcze analizy moczu i kału) że przeto wcierania wywołują powolne i nieznaczne nasytzenie organizmu rćcią. Jest to punkt niezmiernej wagi przy leczeniu choroby *par excellence* przewlekłej, jaką jest przymiot.

SEARENZIO w r. 1864 pierwszy zastosował do podskórnych wstrzykiwań nierozpuszczalny związek rćci—kalomel, powodując się następującemi względami. Kalomel pod wpływem chlorków, znajdujących się we krwi i limfie, zamienia się na sublimat. Opierając się na chemicznych badaniach, mniemał SEARENZIO, że przemiana owa odbywa się bardzo wolno i że wchłaniane codziennie przez ustrój ilości sublimatu są za małe dla wywołania otrucia, a dostateczne dla leczniczego efektu. Działanie więc kalomelu w iniekcjach jest analogiczne z działaniem szarej maści, bo wywołuje stałe i powolne przenikanie rćci do krwioobieg. Praktyka potwierdziła ten pogląd teoretyczny i wstrzykiwania kalomelu, przyjęte bardzo przychylnie przez włoskich lekarzy, wkrótce zastosowane zostały w klinikach niemieckich. KÖLLIKER, SIGMUND, którzy zmniejszyli dawkę SEARENZIO do połowy—*id est*: do 0,05 co pięć lub sześć dni—wydali o tej metodzie bardzo pochlebne świadectwo a w ostatnich czasach SMIRNOFF w Helsingforsie, ulepszywszy technikę wstrzykiwań, ciemne ich strony do możliwego minimum ograniczył. NEISSER na zjeździe przyrodników i lekarzy w Strassburgu, w odczycie tej sprawy dotyczącym uznał wcierania szaruchy i iniekcye kalomelu za równoważne pod względem terapeutycznym. Z jego też kliniki wyszła najświeższa praca w tym kierunku ¹⁾, a ostateczny wniosek autorów tej rozprawy jest następujący: należy gorąco polecić podskórne wstrzykiwania kalomelu przy leczeniu przymiotu, jako metodę równowązą z wcieraniami a nadto wygodniejszą, pewniejszą i tańszą.

Formuła płynu do wstrzykiwań podana i używana przez SEARENZIO jest następująca: *Hydrarg. chlor. mit. vap. parat.* 10,0. *Pulo. gum. arab. puriss.* 5,0.

¹⁾ KOPF u. CHOTZEN. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886. 4 Heft. 2 Hälfte.

Aqu. dest. 100,0. Ujemną stroną wyż opisaney metody jest silna reakcyja na miejscu zastrzyknięcia, która w najlepszym razie objawia się jako ból dość silny, a w najgorszym, jako ropień.

Statystyka SMIRNOFF'A w początkach stosowania wstrzykiwań wykazuje 35 ropni na 100 zastrzyknięć, późniejsza bez porównania mniej. W tabelce KOPP'A i CHOTZEN'A (z kliniki NEISSERA) na 326 zastrzyknięć po 0,06 silne bóle zanotowane są 13 razy, ropyń również 13, co wynosi 3,9% ropni; na 768 zastrzyknięć po 0,1, bóle 15 razy, ropyń 48 razy, co się równa 6,2%. Ropynie, co prawda, według jednozgodnego świadectwa wszystkich klinicystów, oznaczają się zawsze przebiegiem aseptycznym i bardzo szybkim gojeniem; w każdym jednak razie wraz z bolesnością i stwardnieniem w miejscu zastrzyknięcia stanowią niemiłą komplikacyę, obniżają wartość metody i odstręczają od niej wielu chorych.

Doktor WATRASZEWSKI, poszukując nierozpuszczalnego preparatu rtęci, któryby przy wstrzykiwaniach nie wywoływał tak silnej miejscowej reakcyi, zwrócił się do związków rtęci tlenowych i otrzymał rezultaty nadspodziewanie zachęcające, które w roku zeszłym ogłosił (*Centralblatt f. med. Wissensch.* Nr. 2. 1886. *Wiener medicin. Presse.* 86. *La semaine medicale.* Nr. 6. 86). Ze wszystkich związków tlenowych—zdaniem WATRASZEWSKIEGO—najodpowiedniejszym okazał się żółty tlenek rtęci—*hydrarg. oxydatum flavum* (*Gazeta Lekarska* Nr. 21. 1886) używany według poniższej formuły.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 1,0
Gumi arabici . . . 0,25
Aquae destil. . . . 30,0
f. suspensio.

(pełna szprycza Pravatz'a zawiera 0,04 żółtego tlenku rtęci).

Technika przy zastrzykiwaniu tego środka (taką samą jak przy iniekcjach kalomelowych) jest bardzo prosta. Pełna szprycza Pravatz'a zastrzykuje się w pośludki (naprzemian w prawy i lewy) co pięć lub sześć dni, wkłuwając igłę 3 ctm. długą prostopadłe i tak głęboko, aby płyn zastrzyknięty dostał się między powięź i tkankę tłuszczową podskórną. Lepiej jest zastrzyknąć płyn głębiej t. j. w mięsień aniżeli w tkankę tłuszczową, przedstawiającą mniej korzystne warunki dla wchłaniania. Miejsce dla zastrzyknięcia najodpowiedniejsze znajduje się na wysokości krętarza, 3—4 ctm. ku tyłowi od takowego, ponieważ okolica ta nie obfituje w tkankę tłuszczową i najmniej jest drażniona przy ruchach i siedzeniu. Po wstrzyknięciu igła wyciąga się szybko, a miejsce ukłócia naciska palcem na chwil kilka. Płyn przed naciągnięciem w szprycę należy mocno zakłócić, gdyż proszek tlenku rtęci z powodu wysokiej gatunkowej ciężkości bardzo szybko opada na dno flaszki i należy go przechowywać w ciemnym miejscu, ponieważ na świetle, utleniając się, czernieje, a wtedy zastrzyknięcie jest bolesniejsze. Pedantyczna antyseptyka igły i szprycy rozumie się sama przez się.

Objąwszy w Kwietniu r. z. ordynaturę w szpitalu Ś-go Łazarza stosowałem powyższy środek w moim oddziale w przeciągu 9 miesięcy. Liczba zastrzyknięć wykonanych w ciągu tego czasu wynosi 498; liczba chorych lecz-

nych wstrzykiwaniami 114. Przed końcem leczenia wypisało się 24 chorych, (73 iniekcji) właściwy więc materiał obserwacyjny stanowi 90 chorych, którym zrobiono 425 zastrzyknięć—po 0,04 co dni 6.

Przyjrzyjmy się naprzód ujemnym stronom metody, o ile one ujawniają się w danym materiale klinicznym.

W roku zeszłym ordynowałem w oddziale kobiecym — kobiety gorzej znoszą podskórne wstrzykiwania związków rtęci, szczególnie zaś związków nierozpuszczalnych, (w tabelce KOPP'A i CHOTZEN'A na 8 ropni powstałych po iniekcjach kalomelowych u mężczyzn wykazano 37 ropni u kobiet) pomimo to na 498 wykonanych iniekcji ropień wytworzył się w jednym tylko przypadku. Jeżeli się weźmie pod uwagę, że przyczyną powstania tego ropnia była wadliwa technika—ropień zjawiał się po pierwszym zastrzyknięciu zrobionem pierwszej chorej po objęciu oddziału—dla wydoskonalenia się w której potrzeba, bądź co bądź, dni kilku; to sędzę, że z czystym sumieniem w statystyce mojej procent ropni uznać mogę za równający się zeru. Jak widzimy, jest to bijąca w oczy różnica w porównaniu ze statystyką kliniki NEISSER'A.

Ból po zastrzyknięciu nie dochodził nigdy do wielkiego natężenia i wszystkie chore znosiły go z łatwością. Po każdej prawie iniekcji na drugi lub trzeci dzień tworzyło się lekkie obrzmienie okolicy pośladowej wraz z mniejszym lub większym stwardnieniem, objawy te jednak znikwały w przeciągu dni kilku. W trzech tylko przypadkach z powodu bolesnego stwardnienia na miejscu poprzedniej iniekcji następną odroczyć wypadło: w jednym przypadku między 4 a 5 zastrzyknięciem pauza wynosiła dni 11; w drugim, między 5 a 6—15; w trzecim wreszcie, między 3 a 4 dni 12. A więc w stosunku do ogółu iniekcji pozycya bolesnych infiltratów równa się 1%. Ślinotok wraz silnem zapaleniem dziąseł miał miejsce u jednej tylko chorej, u której po trzecim z kolei zastrzyknięciu wystąpiły objawy ostrego otrucia rtęcią (*gingivitis, salivatio, fetor ex ore, tremor fibrillaris linguae*) a dwunastodniowa pauza wystarczyła dla usunięcia wszystkich wyżej wspomnianych objawów i pozwoliła na dokończenie leczenia. Z powodu obrzmienia i rozpulchnienia dziąseł u trzech chorych—u każdej po dwóch zastrzyknięciach—iniekcye musiały być przerwane a dla dokończenia leczenia zalecono w dwóch przypadkach wcierania z kilkodniowemi przerwami, odpowiednio do stanu jamy ustnej, w trzecim (*lues tarda*) jodek potasu. W dwóch wreszcie przypadkach przerwa między iniekcjami wywołana przez zapalenie dziąseł wynosiła dni 9 i 13. *In summa* stan jamy ustnej w 3 tylko przypadkach na 90 i to u osobników bez jednego zdrowego zęba, zmusił do zaniechania wstrzykiwań, w 3 innych do jednorazowego przedłużenia paury między jedną iniekcją a drugą. Stosunek ten musi się wydać świetnym dla wszystkich, którzy znają smutne następstwa wcierań, wykonywanych w ogólnych salach szpitalnych przez naszą szpitalną klientelę. Wśród chorych przebywających w atmosferze napełnionej parą rtęci—co zawsze ma miejsce, gdy kilka osobników na raz wciera szaruchę w jednej sali—chorych, jak w naszych szpitalach, bardzo mało intelligentnych i zaniedbujących higienę jamy ustnej do niemożliwości, *stomatitis mercurialis* zjawia się tak często, że zdrowych dziąseł spotkać prawie nie można, trwa tak długo, że wcierań na tygodnie całe

przerywać trzeba. Naturalnie, że wstrzykiwania nie uwalniają wcale od troskliwego pielęgnowania jamy ustnej; wszystkim też moim chorym, niezależnie od płókania z chlorku potasu, penzlowano dziąsła 2 razy dziennie *T-ra gallarum cum t-ra Ratauhæ aa.* W razie zaś poczynającego się zapalenia dziąseł, bardzo dobre usługi oddawało penzlowanie dziegiem według następującej formuły:

Rp. Olei cadini

Spirit. vini aa 10,0

Trae opii simpl. 2,0

Jeden szczegół zaznaczyć tu należy. Przy szczególniejszej w stosunku do rてci idiösynkrazyi—co można ocenić po pierwszym już zastrzyknięciu—lepiej jest stosować wcierania, ponieważ w ten sposób można każdej chwili przerwać dalsze wnikanie rてci do szczegółotkliwego ustroju, gdy tymczasem nie jesteśmy w stanie zapobiedz stopniowemu wehłanianiu raz zastrzykniętego preparatu.

Ilość zastrzyknięć, potrzebna do usunięcia objawów choroby, zależała naturalnie od jakości oddzielnych przypadków.

R ó ż y c z k a połączona najczęściej z l e p i e ż a m i p ł a s k i e m i w materyle moim zanotowaną jest 68 razy. Ta forma przymiotu najmniej się nada je do ocenienia leczniczej wartości wstrzykiwań, ponieważ różyczka przemija zwykle sama przez się, a dla wessania lepieży płaskich wystarcza najczęściej laczienie miejscowe, które też u każdej chorej było stosowane. W powyższej kategorii liczba zastrzyknięć do zniknięcia objawów wynosiła 4 do 6.

W y s y p k i g r u d k o w e j, s o c z e w i c o w a t e j miałem przypadków 6; działanie wstrzykiwań przy tej formie przymiotu było szybsze niż przy wysypce plamistej. Już po pierwszym zastrzyknięciu grudki szybko zmieniały swój wygląd, bladły i zmniejszały się, po trzeciem zaś we wszystkich 6 przypadkach pozostało po wysypce zaledwo zabarwienie skóry, które, jak wiadomo, trwa zwykle dość długo.

P r z y p a d e k I. R. R. lat 24. *In fossa poplitea sinistra*, dwa nacieki koloru miedzianego, okrągłe, każdy wielkości grosza, wzniesione nad poziom skóry, zagłębione we środku. Mała grudka na skórze zgięcia prawego kolana i lewego łokcia. Na skórze karku kilka grudek łuszczących się. Miedzy 3 i 4 palcem prawej nogi głębokie okrągłe owrzodzenie. Owrzodzone płaskie lepieże sromu i stolca. Po 3 wstrzyknięciach zabarwienie na miejscu wessanych grudek i lepieży. Chora po 5 iniekcjach wypisana bez objawów.

P r z y p a d e k II. M. B. lat 16. Obfita wysypka soczewicowata na całej skórze, z wyjątkiem skóry rąk, nóg i głowy. Lepieże płaskie sromu. Wysypka trwa od 4 tygodni. Po 2 zastrzyknięciach grudki się wessały z pozostawieniem zabarwienia, po 5 chorą wypisano.

P r z y p a d e k III. Z. T. lat 35. Obfia wysypka pokrywająca całą skórę z wyjątkiem dłoni i podeszew. Na skórze *capillitii* obfite strupki liszajca (*impetigo*). Płaskie lepieże sromu. Większa część grudek na skórze tułowia na powierzchni nadżarta. Wysypka grudkowa po dwóch zastrzyknięciach została wessana, po 5 zabarwienie skóry pozostałe po wysypce znacznie zbladło, po 8 zniknęło.

ZUPEŁNE BŁONIASTE ZAROŚNIĘCIE NOZDRZY TYLNYCH

Przez S. Meyersona

b. asystenta kliniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 8).

W przypadku opisanym przezemnie, anamneza przedstawia się bardzo niepewną, prawdopodobnem jednak i tutaj jest powstanie czy to wrodzone, czy też w pierwszych latach życia.

W przypadku CHIARI'ego chora jedną stroną nosa mogła nieco powietrza przepuszczać, druga zaś była zupełnie zatkana od dzieciństwa, i tu zatem należy przypuścić stan wrodzony. W obec jednak stwierdzonego przez SCHRÖTTER'A faktu, iż w krtani mogą się wytwarzać błoniaste przepony zupełnie niezależne od przymiotu lub śluzotoku STÖRK'A, nie podobna wykluczyć wytwarzania się podobnej błony i w okresach późniejszych rozwoju.

Czy wytworzenie się błony podobnej podczas życia zarodkowego zależnem jest od przypadkowego zrostu czyli blizny w następstwie owrzdzenia, czy też jest wprost wadą rozwojową, oczywiście nie da się rozstrzygnąć na podstawie klinicznego materiału. Co się tyczy przymiotu, to należy odróżnić zwykłe zrośnięcie podniebienia miękkiego ze ścianą gardzieli od błon przedmiotem opisu tego będących. Przy obecności błoniatych blizn podniebienie miękkie okazało się zupełnie wolnem, blizny jednak niezupełnie zatykały nozdrza, a tylko częściowo je zasłaniały. Takież same częściowe tylko zarośnięcie spostrzegł SCHRÖTTER przy *blemnorrhoea Störka*, dotąd więc cierpieniom tym przy zupełnem zarośnięciu przypisać należy względne tylko znaczenie etiologiczne, ponieważ zdaje się prawdopodobnem, iż analogicznie jak to się dzieje w krtani, zarośnięcie częściowe postępując może doprowadzić do zupełnego.

Co się tyczy własności anatomicznych błon tych, to w przypadku SCHRÖTTER'A błona była czerwonawa i cienka, tak iż zglębnik przez nią przeświecał. Takąż była błona i w przypadku moim. U CHIARI'EGO znajdujemy błonę już nieco odporniejszą, a bardzo zbitą u SEMON'A i DONALDSON'A. Kierunek błony oraz punkta przyczepu przedstawiają się wedle opisów prawie jednakowemi. Poczyna się ona u dołu tuż nad przyczepem podniebienia miękkiego zlewając się niejako z pokrywającą je błoną śluzową, a wznosząc się ku górze wzdłuż bocznych ścian, do których się przytwierdza po za wylotami trąbek Eustachiusz'a, kończy się u sklepienia gardzieli. Miejsce przyczepu znajduje się tu więcej lub mniej ku tyłowi, w przypadku SCHRÖTTER'A po usunięciu błony ukazały się wyrosłe gruczołowate (*Vegetationes adenoideae*), podczas gdy u SEMON'A wyrosłe te zasłaniały sobą błonę. Wnosić ztąd należy z pewnem prawdopodobieństwem, iż w pierwszym z tych 2 przypadków zasłona znajdowała się nieco więcej ku tyłowi niż w drugim ¹¹⁾.

O bja w y zboczenia przez nas opisywanego wspólne są wszystkim cierpieniom połączonym z zatkaniem jam nosowych. Usta otwarte, ztąd głupowaty

¹¹⁾ Nie jest to jednak pewnem, ponieważ przerostowi mogła uleść tylko pewna część tkanki gruczołowej migdałka Luschki.

wyraz twarzy, wygładzenie fałd nosowargowych, zasychanie w gardle, chrapanie podczas snu przedstawiają obraz klasyczny niedrożności jam nosowych. Głos zawsze bywa zmieniony; w przypadkach SEMON'A i moim z przydźwiękiem nosowym, u SCHRÖTTER'A chora mówiła „jak gdyby miała kluski w ustach” u CHIARI'EGO głos stłumiony, lecz nie nosowy, co się tłumaczy obecnością owych 2 małych otworów w zasłonie. We wszystkich prawie przypadkach (z wyjątkiem SEMON'A) zanotowane są zmiany nieżytowe w uszach z przytępieniem słuchu, prawdopodobnie istniały one i w przypadku tego ostatniego, a tylko przypadkowo przez autora zostały pominięte, a przemawia zatem obecność obfitych wyrosli w jamie noso-gardzielowej (*hypertrophía tonsillae pharyngeae*), które już same przez się wywołują zwykle nieżyty uszu.

W przypadkach CHIARI'ego i SEMON'A zwraca uwagę wąskość jam nosowych, której znaczenie powyżej już było omówionem, w pozostałych nie dała się ona zauważyć. Brak węchu, a co za tem idzie, upośledzenie smaku stanowi objaw stale zбочzeniu temu towarzyszący.

W stanie ogólnym nie zawsze dają się zauważyć widoczne zmiany, jakby się tego należało spodziewać, zważywszy na istniejącą przy tem przeszkodę w oddychaniu; pokazuje nam to jak dalece organizm ludzki może się przystosowywać do złych warunków życia. I tak chora CHIARI'ego była już w podszłym wieku, a przez cały czas życia stan zdrowia jej był zadawalający; wprawdzie u chorej tej zamknięcie nosa nie było zupełnem, gdyż po jednej stronie znajdowały się dwa małe otworki choć trochę powietrza przepuszczające. Toż samo widzimy w przypadku SCHRÖTTER'A. Za to przypadki SEMON'A i mój przedstawiają już zбочzenia w odżywianiu, a mianowicie wątłą budowę ciała i niedokrwistość.

Inaczej zupełnie przedstawia się rzecz u dzieci. Jeżeli zważymy, że już zwyczajny nieżyt nosa u ssawców stanowi cięższe cierpienie, to cóż dopiero musi być przy zupełnem zamknięciu przewodów nosowych. W przypadku RONALDSON'A śmierć, jak stwierdziło badanie zwłok, nastąpiła u nowonarodzonego dziecka jedynie z powodu niemożności oddychania nosem, i może dla tego tylko tak rzadko spotykamy się ze zбочzeniem tem u dorosłych, iż osobniki niem dotknięte tylko przy wyjątkowo sprzyjających okolicznościach mogą być utrzymane przy życiu.

Rozpoznanie zarośnięcie nozdrzy tylnych może być tylko wykonaniem za pomocą badania rhinoskopowego. Przekonawszy się o niedrożności jam nosowych i wykluczwszy przez zbadanie jam nosowych od przodu, że niedrożność ta nie zależy od polipów, przerostu muszel, wygięcia przegrody, lub guza krwawego tej ostatniej (*haematoma septi*), wykonywamy badanie rhinoskopowe celem przekonania się czy niema polipów w tylnym odcinku jam nosowych, polipów noso-gardzielowych, oraz przerostu migdałka gardzielowego. Z pośród nowotworów tych najczęściej polip noso-gardzielowy może wywołać zupełną niedrożność jam nosowych, wypełnia bowiem zwykle jamę noso-gardzielową i wrasta od tyłu do jednej a niekiedy i obu jam nosowych, wypełniając takowe nieraz w zupełności. Badanie rhinoskopowe, oraz wprowadzenie palca do jamy noso-gardzielowej uchroni nas od pomyłki w tym względzie.

Wprowadzenie zgłębnika od przodu o tyle może być pomocnem w rozpoznaniu, o ile napotyka na przeszkodę bliżej niż zwykle, t. j. w odległości 5—6 cent., lecz i to tylko w tym razie gdy błona jest niepodatną, w przeciwnym bowiem razie błona ustępuje naciskowi i badającemu może się zdawać, iż zgłębnik doszedł do tylnej ściany gardzieli. Badanie skombinowane, t. j. wprowadzenie zgłębnika od przodu, przy współczesnej rhinoskopii lub badaniu palcem, daje już wyniki niewątpliwe. Należy również pamiętać, iż istnieje także kostne zarosnięcie nozdry, które jednak łatwo rozpoznać od błoniastego.

Nie zawadzi tu nadmienić, iż badanie rhinoskopowe natrafia często na znaczne przeszkody ze strony chorych i wymaga daleko większej wprawy niż badanie laryngoskopowe. Przeszkodę stanowi podniebienie miękkie, które u chorych wrażliwych, lub też przy podrażnieniu wprowadzonym narzędziem, kurcząc się, unosi się natyclmiasz do góry i zasłania zupełnie jamę noso-gardzielową przed okiem badającego. Znieczulenie kokainą, zmniejszając wrażliwość odruchową podniebienia, znakomicie ułatwia w takich razach badanie.

Przy leczeniu tego zбочenia mamy tylko jedno wskazanie: usunięcie błony. Z pomiędzy środków operacyjnych pierwszeństwo należy się galwanokautyce. Tam, gdzie zdołano zrobić tylko mały otwór, oczywiście należy myśleć o rozszerzeniu go, jakkolwiek we wszystkich przytoczonych przypadkach nie widać było skłonności do powtórnego zarastania zrobionego otworu. Najpewniejszym jest oczywiście wynik w razie, gdy jak w moim przypadku udaje się usunięcie błony w całej jej rozciągłości.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

10. Przypadek przymiotowego zajęcia ośrodków nerwowych zakończony wyzdrowieniem przez d-ra H. HEBRA. Autor na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego Wiedeńskiego przedstawił chorego, którego historia choroby jest następująca: 28-letni agent w Lutym b. r. dotknięty był twardym wrzodziejącym szankrem. W początkach Marca wystąpiła plamisto-grudkowa wysypka, a następnie zapalenie tęczówki oka silnego nateżenia, któremu towarzyszył silny nerwoból nadoczodołowy. Po 21 zastrzyknięciach podskórnych sublimatu wszystkie objawy choroby znikły; chory był zdrowym do połowy Lipca. W tym czasie zaczął chory doznawać nieokreślonych bólów głowy, do których przyłączyły się następnie zawroty tak silne, że chory chodząc po ulicy musiał się oprzeć nieraz o mury, by nie upaść. W tym czasie zalecono mu 2 gramy jodku potassu dziennie. W końcu Sierpnia zaczął chory doznawać osłabienia w nogach, a w kilka dni później wystąpiły objawy ataktyczne. Przy badaniu chorego w dniu 4 Września zanotowano: chory upada przy zamknięciu oczu, odruch kolanowy zniesiony. Zalecono wcierania szaruchy 4 gram. i około 3 gramów jodku potassu dziennie. Następných dni zauważono znaczne pogorszenie wszystkich objawów: chory nie jest w stanie zrobić kilku kroków, ataksya bardzo wyraźna, bóle strzelające w nogach, zupełne porażenie pęcherza i kiszki odchodowej, uczucie opasywania, objawy dyspeptyczne (*crises gastriques*), bezsenność. Po tygodniu, pod wpływem odpowiedniego leczenia zauważono lekką poprawę: chory był w stanie zrobić kilka kroków, porażenie pęcherza i kiszki mniejsze. W d. 22 Września chory nagle uległ napadowi apoplektycznemu z następnem porażeniem górnych i dolnych kończyn, mięśni twarzowych, a w części i języka. Stojniowo przy tem samym leczeniu objawy te, jakoteż objawy tabetyczne znika-

ły, a pacjent już w dniu 5 Października mógł oddać się zwykłym swym zajęciom. W dniu 23 Października autor znów widział chorego i zanotował: pęcherz funkcjonuje prawidłowo, kiszki nieco leniwo, odruch kolanowy przywrócony, chód pewny, bóle w kończynach i uczucie opasywania znikło. Chory przyjął 50 wcierań szaruchy po 4 gramy i przeszło 100 gramów jodku potassu. Przypadek opisany pod wielu względami zasługuje zdaniem autora na uwagę. Przedewszystkiem odróżnia się od zwykłych tego rodzaju przypadków niezwykłym przebiegiem: zaraz po wystąpieniu wysypki plamisto grudkowej rozwinęło się zapalenie tęczówki oka, a wkrótce potem przymiotowe cierpienie ośrodków nerwowych, przeważnie mlecza pacierzowego. Zjawiska te zwykle należące do tak zwanego trzeciego okresu choroby, tu występują już w drugim okresie. Następnie przypadek ten jest dowodem że cierpienia ataktyczne mogą powstać w następstwie przymiotu. W danym przypadku nie można mówić o ataksji u syfilityka, lecz należy go uważać zgodnie z twierdzeniem Fourniera za *ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Nakoniec autor zwraca uwagę na skutek leczenia i w tem znajduje dowód przymiotowej przyrody wiądu w opisanym przypadku. Przypadek opisany dał powód do ożywionej dyskusji, w której wzięli udział znakomitości Wiedeńskie. Bamberger uważa to jako interesujący przypadek cierpienia ośrodków nerwowych po przymiocie, nie zaś jako wiąd mlecza. Dostrzedz w nim można wiele objawów wiądowi właściwych, lecz brak jest wielu innych jak zбочenie czuciowych jakoteż objawów ze strony żrenic, z drugiej znowu strony istnieją w danym przypadku objawy wcale wiądowi mlecza nietowarzystające jak zawroty, porażenia połowiczne. Zresztą z nazwą wiądu łączy się pewien jasno określony obraz anatomiczny t. j. szare zwyrodnienie tylnych pęczków, a tego w danym przypadku z pewnością nie było. Przy wiądzie mlecza rtęć i jodek patassu nietylko nie sprowadzają poprawy, lecz przeciwnie pogorszenie. Związek więc wiądu z przymiotem może być tylko przypadkowym. NOTHNAGEL podkreśla każde słowo przez BAMBERGERA wypowiedziane. W danym przypadku zdaniem jego rozwinęło się rozlane zapalenie mlecza i mózgu na podstawie przymiotowej co się często zdarza. Wiąd z przymiotem nie mają nic wspólnego. Notnagel nie widział ani jednego przypadku wiądu mlecza usuniętego za pomocą przeciwaprzymiotowego leczenia. Benedikt uważa powyższy przypadek za rozlane zapalenie nerwów (*neuritis diffusa*) i zwraca uwagę na to, że w pierwszych 14 dniach objawy chorobowe pomimo leczenia przeciwaprzymiotowego wzmagaly się. Jakkolwiek on, jakoteż Westphal niejednokrotnie oświadczyli się przeciw poglądom Fourniera i Erba co do przymiotowej przyrody wiądu, to jednak nie podobna w zupełności wykluczyć możności rozwinięcia się wiądu w następstwie przymiotu. Winternitz widział wiele przypadków wiądu po przymiocie. Spostrzegal chorego u którego nie podobna było nie innego przypuścić jak tylko, że wiąd był następstwem przymiotu. Grünfeld widział wiele przypadków, w których związek między wiądem a przymiotem był niewątpliwym. Bamberger uważa zupełne wyleczenie się z wiądu za niemożliwe; cały jednak zbiór objawów ataktycznych może zdaniem jego wystąpić bez zmian właściwych wiądowi; wszak przy osłabieniu nerwowem (*neurasthenia*) nieraz występują bardzo wyraźne objawy tabetyczne. Meynert zwraca uwagę na to, że jak przy postępującem ogólnem porażeniu, tak i przy wiądzie mlecza nieraz następuje znaczna poprawa i powstrzymanie sprawy chorobowej na dłuższy przeciąg czasu; nie świadczy to jednak o wyleczeniu i nie może stanowić dowodu przymiotowej przyrody cierpienia. Mauthner twierdzi, że ujemne wyniki w mleczu otrzymane przy oględzinach pošmitnych takich osobników, u których istniały wszelkie objawy tabetyczne nie dowodzą jeszcze że w danym przypadku wiądu nie było. Kwestya, czy szare zwyrodnienie pęczków tylnych jest uleczalne może być przez okulistę rozstrzygnięta, ponieważ w nerwach wzrokowych u tabetyków odbywa

się ta sama sprawa co i w mleczu. Badanie wziernikiem ocznym uczy, że zanik nerwu wzrokowego jest nieuleczalnym. Lecz z drugiej strony, choć rzadko jednak zdarza się, że zanik nerwu wzrokowego występuje bez zбочeń wzrokowych, gdy powszechnie sprowadza on ślepotę. Zupełnie analogiczne stosunki mogą mieć miejsce między zmianami anatomicznymi tylnych pęczków mleczu i klinicznym obrazem wiądu. (*Wiener Medizinische Presse*, Nr. 47—1885). *Arnstein*.

11. *Purpura fulminans* odczyt HENOCH'A w Tow. lek. Berl. wygłoszony 15 Grudnia 1886 r. (*Berlin. Klin. Wochen*, Nr. 1. 1887). HENOCH przytacza 2 przypadki, obserwowane przez siebie i 2 przypadki, spostrzegane przez innych badaczy, które ze względu na ich niezwykle przebieg i na niemożność podeięgnięcia pod którąkolwiek ze znanych form chorobowych, oznacza mianem plamicy piorunującej (*purpura fulminans*). Przypadek pierwszy dotyczył chłopca 5-letniego, który wyzdrowiawszy po przebytem zapaleniu płuc, w dwa dni po przesileniu, dostał nagle bólów w lewym biodrze i czerwonych plam po lewej stronie klatki piersiowej. Plamy te rozprzestrzeniały się niezmiernie szybko, przeszły na biodra, golenie i ramiona, przyczem z czerwonych stały się fiołkowo-czarnymi i zlewały się ze sobą. Badanie organów wewnętrznych i wydzielin nie wykazało nic nieprawidłowego. Ciężota była 38,8; tętno 120, liczba oddechów 36. Objawy te trwały dwa dni i chory przy objawach niedokrwiłości, ogólnego osłabienia i zapadu (*collapsus*) życie zakończył. Oględziny pośmiertne zmian żadnych nie wykazały. Następnie obserwował HENOCH dziewczynkę 2½ letnią, która w okresie łuszczenia, po przebytej jakoby w domu szkarlatynie, przybyła do kliniki, z powodu pojawienia się od dni 3-ich na obydwóch goleniach ciemnych krwistych plam. Oprócz znacznej niedokrwiłości, nie znaleziono przy badaniu wewnętrznych organów żadnych zmian. Przy badaniu dziecka HENOCH zauważył wylewy podskórne nieznacznej wielkości (po kilka ctm, szerokości kilka długości) na lewej kończynie, lewym ramieniu i prawym biodrze. Wylewy te szybko się powiększały, gdyż już we dwie godziny zlały się ze sobą, przyczem gdzieś w pośrodku wylewów wytworzyły się bąble. Stan bezgorączkowy, niespokojność, tętno, oddech i wydzieliny prawidłowe. Przy objawach zapadu dziecko zmarło na 3-ci dzień po przybyciu do oddziału. Sekcya i tu również dała wyniki ujemne. Zbliżony do powyższych przypadek opisuje CHARRON („*Observations relatives à la pédiatrie, Bruxelles 1886*”), zestawiając te 4 przypadki, HENOCH podaje następujące charakterystyczne cechy tego cierpienia: Obok podskórnych wylewów krwi, niema żadnego krwawienia z błon śluzowych; wylewy podskórne powstają i zlewają ze sobą bardzo szybko; w kilku przypadkach tworzyły się pęcherze, wypełnione czerwona-wą surowicą, chociaż śladów zgorzeli nie zauważono; przebieg jest bardzo szybki i gwałtowny; po 24 godz. do 4-ich dni wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią; oględziny pośmiertne dały we wszystkich przypadkach wyniki ujemne. Nadając przypadkom powyższym nazwę *purpura fulminans*, HENOCH motywuje to tem, że nie może uważać ich za *morbus maculosus Werlhofii* z gwałtownym przebiegiem, chociażby dla braku krwawienia z błon śluzowych. O istocie i podstawie anatomicznej plamicy wiadomo dotąd bardzo mało. HENOCH uważa ją jako dyatezę, odnośnie zaś do badań najnowszych, które wykazują drobnowidzowe zmiany w ścianach małych naczyń przy plamicy i objaśniają temi zmianami łatwość pękania tychże, to HENOCH uważa, że istnieją przypadki plamicy ze śmiertelnem zejściem, w których powyższych drobnowidzowych zmian nie znaleziono. Co się tyczy etyologii, to i tutaj nie pewnego orzec nie można. Wprawdzie, z podanych przez HENOCH'A przypadków, możnaby sądzić, że istnieje pewna łączność, pomiędzy plamicą i przebytemi chorobami zakaźnymi, jednakże łączność ta jest tylko pozorną. We wszystkich bowiem dotąd spostrzeganych przez HENOCH'A przypadkach krwotocznego usposobienia w następstwie chorób zakaźnych, zejście było zawsze pomyślne, a w przypadkach CHARRON'A i MICHAELIS'A żadnej zakaźnej choroby wywiady nie wykazały. J. S.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 Lutego r. b.

Kol. MAJKOWSKI, jako członek-sprawozdawca Komitetów do sprawdzenia rachunków i rewizji Kassy Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego i Kassy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po nich pozostałych, odczytał dwa protokoły rewizyjne tych kass, z których okazuje się, że ogół przychodu do Kassy Towarz. lekarsk. Warszawskiego w roku 1885 wynosił rs. 32658 kop. 26 $\frac{1}{3}$; rozchód zaś w tymże roku wynosił rs. 28948 k. 86, przeto pozostało remanentem na r. 1886 rs. 3709 k. 40 $\frac{1}{3}$. Do Kassy wsparcia remanent z 1884 i przychód w 1885 r. rs. 19040 k. 12 $\frac{1}{2}$; rozchód w 1885 r. wynosił rsr. 16204 k. 60 $\frac{1}{2}$, przeto remanent na r. 1886 wynosi rsr. 2835 k. 52.

Kol. GARBOWSKI odczytał uwagi o mięsieniu. Zaznaczywszy na wstępie, że mięsienie winien dokonywać sam lekarz, ponieważ nieodpowiednio zastosowane może się stać dla chorego szkodliwym, zastanawiał się kol. G. nad fizyologicznym działaniem mięsienia (*massage*). Działanie to jest ogólne i miejscowe. Na sprawę nerwową mięsienie może wpływać kojąco, albo drażniąco, co zależy po części od indywidualności osoby poddanej mięsieniu, a po części od sposobu jego wykonywania. Lekkie pocieranie drażni sferę nerwową, gdy przeciwnie mocne mięsienie wpływa kojąco. Na nerwy obwodowe mięsienie działa w ten sposób, że wywołuje w nich zmiany cząsteczkowe, podobne do tych, jakie przy wyciąganiu nerwów zachodzą, tylko mięsienie działając przez akumulację wrażeń, trwalszy wpływ wywierać powinno. Mięsienie wpływa też na przyspieszenie przemiany materii, o czem świadczy powiększona ilość wydzielanego mocznika i w ogóle azotu. Apetyt powiększa się. Chorzy zyskują na wadze. Cięplota ciała podnosi się nieco (parę dziesiątych), tętno częstszem się staje, a napięcie naczyń zwiększa się przy słabem pocieraniu (przyspieszenie krążenia), albo się zmniejsza przy mocnem mięsieniu. Oddech przyspiesza się i głębszym się staje. Na skórę wpływa mięsienie drażniąco i tylko do leczenia długotrwałych nacieczeń i plam barwnikowych użyte być może. Mięśnie przy massażu kurczą się energiczniej, zmęczone mięśnie po dokonaniem mięsieniu daleko rychlej do nowej pracy zdolności się stają. Chłonięcie pod wpływem mięsienia energicznie się odbywa. Wszelkie wysięki i przesięki nietylko w tkance podskórnej, ale i w stawach bardzo prędko ulegają wessaniu; płyny z jamy otrzewnej również pręcej się wchłaniają. Wskazania lecznicze są bardzo obszerne. Mięsienie stosowane bywa przy nerwicach ogólnych (*hysteria*, *neurosthenia*, *hypochondria*), przy płasawicy (SCHREIBER), *Tic convulsif* (w jednym przypadku widział kol. G. poprawę), oraz nerwobólach i bezwładach obwodowego pochodzenia, zwłaszcza jeżeli występuje zanik mięśni zależny od bezczynności. Bardzo pomyslnie działa mięsienie przy wysiękach i obrzmieniach kończyn, które po złamaniach i głębokich zapaleniach tkanki łącznej na długi czas pozostają. Wysięki surowicze stawów, stężenia, nadwicznienia, *arthritis rheumatica chronica* do tej samej kategorii zaliczyć należy. Przeciwwskazanie stanowią: stan gorączkowy, ostre i ropne zapalenia, wysięki pochodzenia zakaźnego, zakrzepy żył, żyłaki, oraz zbytńia drażliwość płciowa. Rękoczynny mięsieniowy sprowadzić się dają do trzech głównych typów: pocieranie, gnieciecie i uderzanie. Lekkie pocieranie drażni sferę nerwową, przyspiesza krążenie, zwęża naczynia—stosowanem bywa u chorych apatycznych przy ogólnem mięsieniu. Pocieranie mocniejsze uspakaja, pobudza krążenie w mięśniach, zwiększa przewiew skórny—stosowanem być winno u chorych drażliwych (*hysteria*, *neurasthenia*). Pocieranie z uciskami służy do usuwania wysięków. Ugniatanie stosuje się przy twardych wysiękach i przy massażu całych grup mięśni dla pobudzenia krążenia. Uderzanie jest zabiegiem najenergiczniejszym, posługujemy się nim przy ogólnem

mięśnieniu na grzbiecie i przy nerwobólach dla podziałania na pnie nerwowe. Pomocniczymi środkami dla mięśnienia są: ruchy bierne, ruchy czynne, kąpiele ciepłe, słońce i bandażowanie. Dla ochrony skóry używa się zwykle waseliny lub gliceryny.

Następnie kol. GARBOWSKI opisał przypadki leczone przez siebie za pomocą mięśnienia. Jeden przypadek skurczu pisarskiego — po sześciu miesiącach leczenia z przerwami, stan się o tyle poprawił, że chory, który nie był w stanie napisać kilku słów, obecnie kilka godzin pisać może; po dłuższem pisaniu odczuwa jeszcze bóle w przedramieniu i w mięśniach dłoni. Dwa przypadki nerwobólu splotu barkowego, w jednym przypadku nastąpiła znaczna poprawa po 2 miesiącach, w drugim przemijające polepszenie. Cztery przypadki nerwobólu kulszowego — 2 razy otrzymano prawie zupełne wyzdrowienie w 4—8 tygodni, 2 razy poprawę. Dwa przypadki porażenia nerwu promieniowego zakończone wyzdrowieniem. Przy surowicznych wysiękach stawów leczył mięśnieniem kol. G. 8 razy, 5 razy otrzymał wyleczenie, a w 3 poprawę. Jeden przypadek nerwobólu stawowego wyleczony w 12 posiedzeniach. Stężenia stawu barkowego leczono 4 przypadki, w 3 nastąpiło wyzdrowienie, w jednym poprawa. Wysięki stawu stopowego i kolanowego, powstałe po napadzie podagry, wyleczono w 40 posiedzeniach mięśnienia. Nadwichnięcia stawów (*distorsio*) stanowią wdzięczne pole dla masażu, wylewy krwawe bardzo szybko ulegają wessaniu, przez co naderwane więzy i ścięgna prędzej się goją. (Według VOLKMANNA jedynie skutecznem jest leczenie nadwichnięć od samego początku za pomocą mięśnienia, wszelkie zaś opatrunki unieruchamiające przewlekają tylko chorobę. *Spr.*). 11 razy otrzymał kol. G. rychłe wyleczenie, 2 razy poprawę. W kilkunastu przypadkach obrzęków kończyn, powstałych po złamaniach i zapaleniach, otrzymał również kol. G. pomyślne wyniki.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

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

(Poszukiwania nad cholera).

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

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 8).

ROZDZIAŁ VII.

Postępowanie zapobiegawcze.

Sposób powstania i szerzenia się cholery.

Cholera z miejsca, w którym endemicznie panuje t. j. z delty rzeki Ganges rozszerza się po całej Indyi, a stąd na wielkie przestrzenie najczęściej przy udziale człowieka dotkniętego cholera. Od czasu przekopania miedzymorza Suez i dzięki szybkości lokomocyi, cholera przez Egipt przeniesioną zostaje do Europy.

Widzieliśmy, że lasecznik przecinkowy może zachować żywotność w bieżni przez 14 do 16 dni, a czas ten jest wystarczający dla przebycia przestrzeni z Indyi do Egiptu. Widzieliśmy też że lasecznik przecinkowy może żyć więcej niż 30 dni w wodzie na dnie okrętu, a zatem przez znacznie dłuższy czas, aniżeli trwa podróż z Indyi do Europy.

Cholera zainstalowawszy się w Europie będąc tu przyniesioną przez człowieka dotkniętego cholera albo za pomocą wody okrętowej rozszerza się szybko przy pośrednictwie człowieka, jego wypróżnień i wszystkiego, co przychodzi w zetknięcie z wypróżnieniami.

Przedmioty zanieczyszczone wypróżnieniami odgrywają najważniejszą rolę

w szerzeniu cholery; najlepszym dowodem tego są częste przypadki cholery u praczek. Podczas cholery panującej w Marsylii w r. 1884 skonstatowano, że bielizna jednego chorego cholerycznego była punktem wyjścia silnej epidemii w dolinie Jabron (Dolne Alpy). Nie należy zapomnieć, że przypadki tego rodzaju są prawie zawsze trudne do skonstatowania, gdyż ci którzy ekspedują bieliznę zanieczyszczoną i ci, którzy ją przyjmują często nie wiedzą, że jest ona zanieczyszczoną wypróżnieniami cholerycznymi.

Jeśli wypróżnienia choleryczne dostaną się do jam zamkniętych, w takim razie zostają one zdezynfekowane automatycznie przez sprawy gnilne w tychże jamach się odbywające. Inna rzecz, gdy dostaną się do jam otwartych lub też do miejsc obfitujących w wodę (sadzawki). Tu mieszają się one z płynem, a lasecznik przecinkowy nie ginie, lecz dostaje się żywym do portów, rzek i t. p. lub też następuje zakażenie gruntu, a za pośrednictwem jego studzien.

Z powyższego łatwo wnieść, jak wielkie znaczenie ma sposób oczyszczania kloak, ścieków, rynsztoków, kanałów na przebieg i natężenie epidemii cholery.

Lasecznik choleryczny dostawszy się ze ścieków na pełne morze staje się już mniej niebezpiecznym, szanse jego rozwoju zostają znacznie zredukowane przez rozcieńczenie osrodka odżywczego. Niebezpieczeństwo jeszcze będzie mniejszem, gdy za pomocą specjalnej kanalizacji nieczystości kloakowe, kanałowe zostaną daleko po za miasto lub port zaniesione jużto do morza, jużto do miejsc, w których za pomocą odpowiednich manipulacji zarazek choleryczny zostaje zniszczonym.

W ten sposób t. j. za pomocą odpowiedniej kanalizacji uniknąć się da zakażenie studzien i w ogóle wody do picia. Doświadczenia przez autorów podjęte (patrz wyżej) wykazały, że w wodzie słodkiej lasecznik przecinkowy może zachować żywotność przez dłuższy czas.

Szerzenie się cholery za pomocą wody jest faktem oddawna przez wszystkich stwierdzonym: w ostatnich epidemiach cholery w Marsylii autorowie mieli sposobność stwierdzić rolę, jaką odgrywa woda w szerzeniu się cholery. Wpływ na przebieg epidemii cholery przypisywany gruntowi może być bez wątpienia wytlomaczonym związkiem tegoż z wodą bieżącą.

Nie twierdzą autorowie, by woda miała być jedynym źródłem zarazy, lecz jest ona źródłem najgłówniejszem, tem niebezpieczniejszem, że publiczność daleko mniej się go strzeże, niż wypróżnień i przedmiotów pochodzących od cholerycznych, nakoniec woda bardziej aniżeli pokarmy stałe sprzyja przejściu lasecznika z żołądka do kiszki.

Zarażenie przez powietrze jest skutkiem słabego oporu, jaki lasecznik stawia wysychaniu, możliwem tylko w wyjątkowych razach; może ono nastąpić np. przez pośrednictwo much, które chętnie siadają na wypróżnieniach, a następnie na pokarmach. Ten sposób przeniesienia zarazy może mieć miejsce tylko na małych przestrzeniach i jakkolwiek gra on mniejszą rolę w szerzeniu się cholery, nie należy go jednak spuszczać z oka w miejscach dotkniętych epidemią cholery.

Z tego co powyżej powiedziano wypływają następujące środki zapobiegawcze.

K w a r a n t a n n y.

Dla zabezpieczenia się od przeniesienia cholery z Indyi najprostszym i najbardziej skutecznym środkiem byłoby odosobnienie okrętów po przybyciu ich do portów. Lecz dłuższe kwarantanny portowe połączone są z tylu niedogodnościami, że najczęściej niedają się z całą dokładnością przeprowadzić. Na cóż np. zdarzą się dłuższe kwarantanny w portach francuzkich, gdy podróżni i kupcy mogą być zawiezieni do Neapolu i przybyć do Francyi drogami żelaznymi daleko szybciej aniżeli morzem. Co się tyczy kwarantan lądowych, te zostały z wielu bardzo względów prawie zupełnie zarzucone,

Bardziej racjonalnem będzie w przyszłości skierować wszelkie usiłowania przeciw przenośnikom zarazka cholerycznego a to za pomocą:

- 1) opróżnienia dna okrętu z wody,
- 2) dezynfekcyi tegoż dna,
- 3) dezynfekcyi przedmiotów chorych dotkniętych podczas podróży cholera,
- 4) zwrócenie baczej uwagi przez kilka dni na podróżnych i służbę okrętową o ile środek ten da się przeprowadzić w warunkach, które same przez się nie będą przyczyną niebezpieczeństwa szerzenia się cholery; w przeciwnym razie dostatecznem będzie zatrzymać tylko chorych. Oprócz tego podczas podróży należałoby odcosobnić chorych, dezynfekować ich wypróżnienia i przedmioty za pomocą gorącej wody, pary lub środków chemicznie działających. Naczynia zawierające wodę do picia powinny być często opróżniane i za pomocą pomp znajdujących się na dnie okrętu często świeżą wodą napełniane.

Wszystkim tym środkiem zapobiegawczym personel okrętowy daleko chętniej się podda aniżeli dłuższej kwarantannie.

S y s t e m o c z y s z c z a n i a k l o a k, ś c i e k ó w i w o d o c i a g ó w.

Konieczność podjęcia przez zarządy miast racjonalnego systemu oczyszczania kloak ścieków i t. p. szczególnie w miejscowościach, w których ma miejsce wielkie nagromadzenie ludności, a które są zwykle punktem wyjścia epidemii cholery jest tem bardziej usprawiedliwione, ponieważ środek ten jest jednocześnie skutecznym i dla innych chorób zakaźnych.

System beczkowy, jakoteż jamy, w które ściekają nieczystości winny być bezwarunkowo zarzucone; zakażają one niewątpliwie grunt i studnie.

Najlepszy system oczyszczania polegałby na specjalnej kanalizacji, za pomocą której wypróżnienia i wszelkie zbyteczne płyny spływałyby w dali po za miastem wprost do morza lub na pola irygacyjne. Nieodzownem jest zabezpieczenie wody od zakażenia nietylko w źródle i z miejsca, z którego wychodzi, lecz i w rurach, przez które przepływa. Nie może być nic bardziej niezgodnego z wymaganiami higieny, jak dostawanie się do wodociągów wody, która już służyła do rozmaitych celów, jakto ma miejsce w Marsylii.

D e z i n f e k c y a.

Chorzy choleryczni winni być o ile można odosobnieni; ponieważ wypróżnienia ich zawierają laseczniki do 13 dnia choroby, przeto dezynfekcyja wypróżnień do tego czasu winna być dokonywana. Na nieszczęście w praktyce pierwsze wypróżnienia choleryczne najczęściej nie zostają poddane dezynfekcyi, niemniej i wypróżnienia chorych dotkniętych bardzo lekką cholera. W rzeczywistości należałoby podczas epidemii wypróżnienia wszystkich chorych dotkniętych biegunką poddawać dezynfekcyi w oddzielnych naczyniach, samo się przez się rozumie, jak trudnem jest to do przeprowadzenia.

Dla dezynfekcyi wypróżnień właściwemi są równe ilości 5% roztworu siarczanu miedzi lub kwasu karbolowego lub też 10% roztworu chlorku cynku. Środki te winny być w zetknięciu z wypróżnieniami przynajmniej przez godzinę.

Przedmioty zanieczyszczone, a mogące bez szkody znieść moczenie w wodzie powinny pozostawać w powyższych roztworach ale 10 razy słabszych w ciągu 24 godzin lub w wrzącej wodzie lub też w specjalnych naczyniach, w których wywiązują się pary wrzącej wody.

Przedmioty zanieczyszczone, a nie mogące znieść moczenia jak powozy, wagony, materace, poduszki i t. p. powinny być na 6 do 8 dni umieszczane w izbach zamkniętych dobrze odwietrzanych i w razie potrzeby ogrzewanych.

Podłogi, ściany, tapety, łóżka drewniane winny być dobrze wymyte za pomocą płótna maczanego w silnych roztworach powyższych środków.

Najbardziej unikać należy rozlewania wypróżnień na ziemię i wprowadzenia ich w jakikolwiek sposób w zetknięcie z wodą zaskórną przed należytem

ich zdezynfekowaniem. Ponieważ pomimo wszelkich ostrożności nie można być pewnym, czy wszystkie przedmioty w pokoju, w którym chory leżał należycie zostały zdezynfekowane, dobrze będzie pokoje te przez 8 dni nie zamieszkiwać a poddać je przewietrzeniu.

Wszystkie powyższe środki dezynfekcyjne winny być szczególnie z całą skrupulatnością przeprowadzone w pierwszych przypadkach cholery co dziś w obec nagromadzenia się pracowni bakteryologicznych i możliwości wczesnego poznania przyrody biegunki łatwo da się uskutecznić.

Osobom będącym najbliższymi chorych cholerycznych nie grozi szczególnie niebezpieczeństwo; mogą się oni bez obawy dotykać chorych, ich wypróżnień, bielizny; strzedz się tylko winni podczas tych czynności przybliżać ręce do ust przed obmyciem ich płynem dezynfekcyjnym: roztworem sublimatu 1 na 1000 siarczanu miedzi 2 do 5 na 1000, kwasu karbolowego 20 na 1000. Przed jedzeniem jakoteż dotykaniem pokarmów, winna być dezynfekcja rąk wykonana z całą skrupulatnością.

Nie należy też jeść i pić w pokoju, gdzie leży chory choleryczny.

Trupy choleryczne winny być pochowane w ciągu 24 godzin. W około trumny sypać należy substancje dziurkowane, pochłaniające (węgiel, trociny drzewne) dla przeszkodzenia spływaniu płynów kiszkowych podczas pogrzebu.

Woda do picia. Pożywienie.

Szczególne ostrożności winny być zachowane odnośnie do wody do picia. W miastach posiadających wadliwy system kloak, ścieków, kanałów i t. p. należy zupełnie zaniechać picie wody ze studzien i to nie tylko podczas epidemii cholery.

Każdą wodę do picia niepewnego pochodzenia należy przed użyciem gotować, nalać do suchych butelek i po oziębieniu wystawić na działanie powietrza. Dodatek do wody 2 gramów kwasu winnego do litra jest bardzo odpowiednim. Napoje z kwasami mineralnymi (siarczanym, solnym) nie powinny być zalecane do użytku powszechnego, stać się bowiem mogą przy niewłaściwym użyciu źródłem zaburzeń żołądkowych tak sprzyjających powstaniu cholery. Dla przyzwyczajonych do wina bardzo będzie właściwym napój wody z winem, należy jednak zmieszać wodę z 3-cią lub 4-tą częścią wina na 5 do 6 godzin przed użyciem.

Wszystkie naczynia kuchenne po wymyciu ich gorącą wodą, winny być przez wiele godzin suszonymi.

Gotowanie niszczy niezawodnie zarazek cholery; dobrze przeto używać o ile to jest możliwym tylko pokarmy gotowane; odnosi się to szczególnie do mleka. Przechowywać należy pokarmy tak, by nie miały do nich dostępu muchy i inne owady.

Należy w czasie epidemii cholery unikać wszelkich nadużyć dyetetycznych, szczególnie nadużycia napojów wysokowych.

Oto są mniej więcej podstawy, na jakich się opierać winna higiena publiczna i osobnicza podczas epidemii cholery. Bez kwestyi, że na wiele jeszcze okoliczności należałoby zwrócić baczniejszą uwagę np. na niebezpieczeństwo wynikające z nagromadzenia wielkiej liczby ludzi, przewożenia massami i t. p.

Higiena prywatna i osobnicza zaczyna już przenikać do wykształconych warstw społecznych; spodziewać się należy, że niezadługo przeniknie i do innych warstw społecznych.

Co się tyczy higieny publicznej, to polega ona głównie na assenizacji miast. Kwarantanny i inne środki wyjątkowe najczęściej bezskuteczne same przez się upadną z chwilą, gdy zarazek choleryczny nie znajdzie więcej u nas dogodnego gruntu. Pod tym względem jeden tylko środek góruje nad innymi, a tym jest przeprowadzenie zdala od miast mass kałowych i wód zbytecznych o co też usilnie starać się winny municypalności wielkich miast.

Życie i pomyślność miast i krajów od odpowiedniej higieny publicznej zależą.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Prof. Włodzimierz Brodowski dziekan fakultetu lekar. w skutek ballotowania, które się odbyło d. 16 b. m. pozostaje na swoim stanowisku professorskim na dalsze lat pięć.

— Od dawna istniejący w saskim ogrodzie Instytut wód mineralnych przeszedł z rąk D-ra Al. WEINBERGA na własność p. HIRSCHFELDA kandydata nauk przyrodniczych.

— Kto z Szanownych kolegów by sobie życzył, aby prace jego z dziedziny bakteriologii i pasożytnictwa referowane były w czasopiśmie p. t. *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, zechce odbitki ze swych prac nadsyłać pod adresem: Dr. O. BUJWID Warszawa—Wilcza Nr. 12.

— Lista lekarzy, zatwierdzonych w tym stopniu przez Radę Uniwersytetu Warszawskiego w r. akad. 1886/7. Stopień lekarza z odnaczeniem (*cum eximia laude*). Bączkiewicz Jan, Daniewski Włodzimierz, Kąkolewski Kazimierz, Krzyczkowski Antoni, Neugebauer Karol, Pisarzowski Gracyan, Rembieliński Stanisław, Skłodowski Józef, Wiczorkiewicz Bronisław, i Zieliński Edward. Stopień lekarza: Butwiłło Wacław, Birutowicz Konstanty, Biełkiewicz Augustyn, Cukier Michał, Czarnocki Jan, Dawidowicz Sylwester, Frenkel Henryk, Golakowski Władysław, Głowacki Michał, Giedroń Franciszek, Guzewicz Władysław, Grabowski Józef (medal srebrny za rozprawę w r. 1886), Grobicki Aleksy, Harusiewicz Jan, Herszkopf Efroim, Jaczewski Kazimierz, Jarosiński Adam, Jopkiewicz Aleksander, Janasiewicz Antoni, Knapiński Bolesław, Kahan Meyer, Komar Antoni, Kunczyński Edward, Laupman Ryszard, Mirtenheim Emil, Morzycki Feliks, Morozowicz Wincenty, Muttermilch Juliusz, Maluszycki Józef, Mickiewicz Witold, Niedzielski Stanisław, Ottowicz Jan, Petral Stanisław, Prószyński Jan (medal złoty za rozprawę w r. 1884), Poznański Aleksander, Rutkowski Leon, Rosenthal Majer, Rydzewski Jan, Słodkowski Bolesław, Silbersztröm Mojżesz, Sędziak Jan, Szytkgold Gabriel, Stawcki Józef, Terlicki Ignacy, Witkowski Juliusz, Wizgird Stanisław, Zaleski Feliks, Zawadzki Feliks, Zdanowicz Aleksy i Zientarski Antoni.

Zagraniczne. Prof. Marc. SÉE obliczył iż płuca ludzkie zawierają 809 $\frac{1}{2}$ milionów pęcherzyków, a ich powierzchnia respiracyjna wynosi 81 metrów kwadratowych t. j. pięćdziesiąt kilka razy więcej niż powierzchnia ciała.

— Z 966 osób, które w roku ubiegłym na cholere w Budapeszcie zachorowały stosownie do raportu fizykatu umarło 499 czyli 51 $\frac{0}{10}$. Pomiędzy choremi było tylko 58 dzieci.

— W Barcelonie zakładają pracownię bakteriologiczną pod kierunkiem D-ra FERRANA, znanego ze swoich szczepień jadu cholerycznego w celach zapobiegawczych.

— Cholera wybuchła obecnie w całej sile na całym obszarze Rzeczypospolitej Argentyńskiej. Na statku płynącym z Buenos-Ayrès do Włoch 45 osób na tę chorobę zapadło.

— W znanem miejscu klimatycznym Davos od nowego roku zaczęło wychodzić czasopismo lekarskie p. t. „*L'Abeille médicale*” w języku francuskim i angielskim; będzie ono się zajmowało higienicznymi warunkami wymienionej miejscowości.

— *Wiener med. Presse* donosi iż z rozporządzenia Ministerjum w Serbii stypendyści ujący studyować medycynę wysyłani nadal będą do Wiednia a nie, jak dotąd do Petersburga.

— Paryzka Akademia Umiejętności przyznała nagrodę Francoeur'a w ilości tysiąca franków niejakiemu Barbier, który oddawna znajduje się w szpitalu obłąkanych, ale ma chwile przytomności, w których poważnych prac matematycznych dokonywa.

Sprostowanie: w N-rze 8 Medycyny na str. tytułowej 3 wiersz od dołu zamiast nieżyty i owrzdzeń nosa czytaj: nieżyty zanikowego nosa (*osaena*).

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