

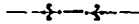
# GAZETA LEKARSKA.

## I. LECZENIE WILKA PARACHLOROFENOLEM.

Podał

**D-r Med. Antoni Elsenberg,**

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.



Niepowodzenia w leczeniu wilka skłaniają nas ciągle jeszcze do pochopnego chwytania się nowych środków i nowych metod. Tuberkulina Koch'a srodze nas zawiodła, gdyż przez stosowanie jej nie tylko wyleczenia z wilka nie osiągnęliśmy, ale przeciwnie, po zaprzestaniu wstrzykiwań tuberkuliny, a nawet w biegu leczenia nią, znaczne szerzenie sprawy dawało się dostrzedz niemal z każdym tygodniem. Dzisiaj, po upływie pełnych lat trzech od porzucenia tuberkuliny, widzę, jak szybkim krokiem dalej jeszcze postępuje szerzenie się wilka <sup>1)</sup>, i jak w dalszym ciągu sprawa chorobowa się pogarsza.

Stan większości moich chorych, leczonych przed trzema laty tuberkuliną, jest dziś rozpaczliwy. Jak złemu zaradzić, jak choć uspokoić dokuczliwe ich cierpienia, bardzo często nie wiemy; jak uczynić ich mniej wstrętными dla otoczenia, możliwymi w stosunkach codziennych, by im pracować wraz z innymi pozwalano? Na to bardzo często dla nich już dziś rady nie mamy. Wilk zajął o wiele większą przestrzeń skóry, nasięki wilkowate są głębsze i znaczniejsze, i coraz to dalej od obwodu ognisk głównych pojedyncze guziczki się ujawniają—najgorszy znak, dowodzący szerzenia się wilka w przyszłości na miejscach odległych i już z góry przepowiadający jak najsmutniejsze niepowodzenie terapii. Forma wrzodziejąca wilka powstała u tych nawet, którzy jej przedtem nie mieli, a owrzodzenia drążą głęboko i w tkankę podskórną. Ze śladów wilka, uwydatniających się dopiero po wstrzyknięciu tuberkuliny, na skórze, błonie śluzowej podniebienia lub krtani, dziś powstały duże grupy guzików wilka, rozpadających się nieraz, powodujących bóle, utrudnienie jedzenia i łykania, chrypkę, nawet pewną przeszkodę w oddechaniu!

Zdawałoby się, iż po tem niepowodzeniu na długo stracimy ów pochop do nowych środków leczenia wilka. Bynajmniej. To dopiero pobudziło do nowych poszukiwań, nowych prób leczniczych, tylko o wiele oględniej już postępowaliśmy i w wyborze i stosowaniu środków.

<sup>1)</sup> Wspomniałem już o tem w swoim czasie. Zob. „Leczenie Wilka metodą Koch'a“. Gaz. Lek. Nr. 6 i 7 r. 1891; Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warsz. z r. 1891, oraz Wiener medicinische Presse r. 1892. Nr. 1 i 2.



Kantarydynian potasu LIEBREICH'a wkrótce zajął miejsce tuberkuliny, obiecując piękne wyniki lecznicze. Wstrzykiwałem go przez czas dłuższy chorým wilkowatým od 0,5—3 decimiligramów, ale nieznaczny, prawie żaden efekt leczniczy i pojawianie się białka w moczu przy cokolwiek większych dawkach [przy 2—3 decimiligr.] zmusiły mię niedługo do porzucenia i tego środka, jakoby leczącego wilka.

Salol kamforowy i *naphthohydrochinon*, miejscowo na wilki stosowane, okazały się również bezskutecznymi; ten ostatni środek, chociaż nieznośne bóle powodował, tem się przynajmniej odznaczał, iż przyspieszał zabliznienie owrzodzeń wilka i gruźliczych, na wessanie jednak guziczków wilka żaden z tych związków wpływu nie wywierał.

Gdy w roku 1892 na kongresie międzynarodowym dermatologicznym w Wiedniu H. HEBRA wygłosił odczyt o skutecznem działaniu leczniczem tiozynaminy (*Allylsulfocarbamidum*<sup>1)</sup>, zacząłem tego środka używać dla leczenia wilka i to tem chętniej, iż nie wywoływał żadnych objawów ogólnych, a 15% roztwór wysokowy tylko ból krótkotrwały w miejscu wstrzyknięcia powodował. Jakikolwiek wpływ tego środka być może na blizny, ułatwienie wydzielania martwaków kości gruźliczych, działanie jego na wilkowane twory skóry i błon śluzowych jest bardzo niewielkie, nieznaczne, i wcześniej staje sprawa na jednym miejscu, nie wywołując już żadnej poprawy po największych nawet dawkach i pomimo ustanowienia dłuższych przerw dla odwyknięcia od środka. Wkrótce też i ten środek porzucić musiałem.

W końcu lipca 1893 r. Prof. Marceli NENCKI za pośrednictwem kolegi Leona NENCKIEGO poradził mi leczyć wilka zewnątrznie parachlorofenolem, środkiem, posiadającym siłę dezynfekcyjną o wiele wyższą od fenolu, a mającym nadto te zalety, iż ciała białkowane ścina niezupełnie i o g ó l n y c h objawów nie wywołuje w tych ilościach, w jakich się ze skóry wchłania przy rozległym i obfitem nawet stosowaniu środka.

Tym też środkiem zacząłem wilka leczyć. Stów kilka o nim tu wspomnę podług danych, zaczerpniętych z rozprawy KARPOWA<sup>2)</sup>. Wychodząc z tej zasady, iż żaden ze środków organicznych nie dorównywa środkom nieorganicznym pod względem siły antyseptycznej, KARPOW, za radą prof. M. NENCKIEGO, zwrócił się do chlorofenolów, o których Cech już głosił, iż przewyższają znacznie fenol.

Z trzech izomeryjnych chlorofenolów [ortochlorofenol, parachlorofenol i metachlorofenol], formuły  $C_6H_4Cl[OH]$ , parachlorofenol posiada najsilniejsze działanie antyseptyczne i własności dezynfekcyjne, o wiele silniejsze aniżeli fenol. 2% roztwór parachlorofenolu działa potężniej, aniżeli 5% fenol, w ogóle silniej aniżeli wszystkie znane dotychczas środki grupy aromatycznej.

Związki te, wstrzykiwane podskórnym królikom, 0,8 na kilogr. wagi

<sup>1)</sup> Internationale klinische Rundschau r. 1892. Nr. 37 i 39, oraz Wiad. terapeut. Gazeta Lekarska. Nr. 1, z r. 1893.

<sup>2)</sup> Działanie dezynfekcyjne trzech izomeryjnych chlorofenolów, ich estery salicylowe i zachowanie się ich w ustroju. [Z pracowni prof. M. NENCKIEGO]. Gaz. Lek. r. 1893. Nr. 34 i 35.

zwierzęcia, nie działają trująco; dopiero 0,95 parachlorofenolu na kilogr. zwierzęcia w 15 minut po wstrzyknięciu wywołuje skurcze kloniczne i po upływie półtorej godziny śmierć zwierzęcia.

Parachlorofenol jest krystaliczny w temperaturze pokojowej, topi się przy 38°, w wysoku i eterze łatwo się rozpuszcza, w wodzie mało. Posiada przenikliwy zapach fenolowy.

Białko ścinają chlorofenole jak i sam fenol, jednak niezupełnie: surowica krwi, mleko, białko kurze w obec alkalii, za dodaniem chlorofenolów mętnieją tylko, wydzielając niewiele strzępkowatego osadu, dopiero za dodaniem śladów kwasu octowego białko strąca się zupełnie.

W dwu postaciach otrzymałem od Prof. M. NENCKIEGO parachlorofenol: w krystalicznej<sup>1)</sup> i płynnej<sup>2)</sup>. I w jednej i drugiej postaci parachlorofenol wydziela pewną ilość chloru i wydaje przenikliwy zapach chlorowy. W formie krystalicznej, przedewszystkiem ogrzewałem go na kąpeli wodnej do 40°, by go jako płynnego używać.

Pierwsze stosowanie środka rozpocząłem dnia 25 lipca 1893 r. wraz z kolegą Leonem NENCKIM.

Od początku drobne kropelki puszczałem w kilku lub kilkunastu punktach na skórę, zajęta przez wilka. Przytem jednak stosowaniu wydawało mi się działanie środka za słabem i za powierzchownem. Dla tego też, chcąc głębiej na tkankę wilka podziałać, cienkim zgłębnikiem, na który nawinięta była warstwa waty, zmoczonej w parachlorofenolu, przebijałem miękką tkankę wilka i watę pozostawiałem w tkance. Takie postępowanie dawało również słabe i powolne wyniki. Wtedy już pędzelkiem z waty obficie i kilkakrotnie pędzlowałem coraz śmieiej i coraz rozleglejsze przestrzenie zmienionej skóry, widząc, iż wchłania się niewielka ilość środka. Zauważę tu mimochodem, iż nawet wstrzykiwania podskórne parachlorofenolu u ludzi żadnych ogólnych objawów nie wywołują i na stan zdrowia ujemnie nie wpływają. Odczyn, wywołany przez takie pędzlowanie i efekt po ustąpieniu odczynu nie były jeszcze o tyle zadawalniające, by zachęcały do dalszego używania parachlorofenolu.

Ostatecznie więc zmieniłem sposób stosowania środka tak: wcierałem mocno parachlorofenol pędzelkiem z waty i to kilkakrotnie nawet, jeżeli wilk był niewrzdziejący, a następnie kropelkę płynu puszczałem na toż samo miejsce, by się na niem rozlała; na owrzdzenia zaś kładłem wprost tamponik z waty obficie w chlorofenolu zmaczany i pokrywałem go ceratką. Ta ostatnia manipulacja powodowała ogromne bóle i obrzmienie podrażnionych części, ale za to tkanka patologiczna niszczała bardzo szybko.

Dzisiaj parachlorofenol stosuję przeważnie w powyższy sposób, z tą jednak małą zmianą, iż przedewszystkiem zmywam dokładnie powierzchnię ognisk wilkowatych wysokiem, a następnie eterem, by środek lepiej się rozlewał i dokładniej przylegał do tkanki; zamiast wysoku i eteru używam w tym celu i nasyconego roztworu wodnego węglanu potasu lub sodu. Teoretycznie

1) Z fabryki D-ra F. v. HEYDEN'a z Radebeulu pod Dreznem.

2) Z domieszką ortochlorofenolu, a więc nieczysty.

to ostatnie zmywanie byłoby najodpowiedniejszym, gdyż możnaby przypuścić iż białkan parachlorofenolu w zetknięciu z pozostałą jeszcze na skórze solą alkaliczną choć w części się rozpuszcza i przez to nie staje na przeszkodzie przenikaniu środka w głąb tkanki wilka. W zastosowaniu jednak dwu tych środków jednocześnie różnicy znacznej w działaniu nie widzimy. W każdym razie ten ostatni sposób okazuje się najlepszym, gdyż dokładnie parachlorofenol na powierzchni się rozlewa i równomiernie działa. W ostatnich czasach, dla wywołania dłuższego działania, stosowałem parachlorofenol w maści, składającej się z równych części mieszaniny lanoliny z wazeliną, krochmalu i parachlorofenolu; niekiedy dodaję do tej maści i niewielką ilość węglanu potasu.

Słów kilka tu wspomnieć należy o częstotliwości stosowania parachlorofenolu. Z początku wyczekiwałem 5—10 dni, pokąd odczyn zupełnie nie minie, a strup nie odpadnie, by powtórnie tym środkiem pędzlować. Dzisiaj różnie postępuję, nie wyczekuję jednak tak długo. By odczyn wzmocnić, przedłużyć i częściej go wywoływać, po pędzlowaniu, jak wyżej, wilkowato zmienionej skóry, pokrywam ją jeszcze maścią z parachlorofenolu, którą na 10—12 godzin pozostawiam. Następnie, po starciu jej suchą watą, maścią salicylową lub jodoformową te miejsca opatruję, a we dwa dni potem już znowu można parachlorofenol stosować. Po kilku takich szybko po sobie następujących odczynach, stosuję najczęściej albo jakąkolwiek maść obojętną, plaster salicylowo-mydłany przez tydzień do półtora tygodnia, by ślady odczynu ustały i by się przekonać o osiągniętym efekcie.

Przypatrzmy się teraz, jakie zmiany wywołuje parachlorofenol przy stosowaniu go miejscowem.

Po upływie kilku do kilkunastu sekund część znaczna skóry [wilkowato zwyrodniałej], na którą ów środek zastosowano, bieleje, staje się mleczno-białą, zlekka wystającą; nie jest to jednak białość rozlana, zupełna; miejscami bowiem przez ten biały strup przechodzą czerwone smugi nie zbielełej skóry. Gdy jednak kilkakrotnie mocno parachlorofenol wetrzemy, całkowicie bieleje popędzlowana skóra. Sąsiednia zdrowa skóra, na którą po części trochę leku pada, również bieleje, a na obwodzie tego strupa białego szeroki pas zdrowej skóry ulega znacznemu przekrwieniu i obrzmiewa. Po kilku godzinach miejsca popędzlowane parachlorofenolem tracą swą mleczną białość: tak wilkowato zmieniona skóra, jak i zdrowa stają się mocno zaczerwienionymi i obrzmiałymi, co jednak w znacznie większym stopniu jest wyrażone na ogniskach wilka, aniżeli na zdrowej skórze. Im bardziej skóra jest usiana i nasiąkniętą guziczkami wilka, im one bliżej siebie leżą, im ich tkanka jest bardziej miękką, słowem — im bardziej forma wilka zbliża się do t. zw. *lupus tumidus*, tem wyraźniej, tem w większym stopniu te zmiany występują. Jednocześnie z owym obrzmieniem zaczyna się sączyć mniej lub więcej znaczna ilość kropelek surowicy różowawej [co zależy od mniejszej lub większej ilości owrzodzonych lub obnażonych z naskórka guziczków], która po upływie 1—2 godzin staje się jasno-żółtą, a ilość kropelek i ich wielkość daleko mniejszą. Po 12—24 godzinach przesączanie się surowicy ustaje i wytwarza się strup

zółto-różowawy przybierający wkrótce barwę czerwoną lub brunatną, gruby, mocno przylegający, który po upływie 4—5 dni, gdy obrzmienie przemija, zaczyna nieco odstawać w środku, rzadziej z obwodu, a na 8—10 dzień, jak skorupka luźno przylegająca, zdjąć się daje. Po bardzo energicznym natarciu ognisk wilka, gdy mocno mleczna warstwa się utworzy, sączenia kropelek może nie być, ale za to miejsce przyżegane bardzo mocno obrzniewa i na drugi dzień strup jest jakby uniesiony, mocno przylega tylko u obwodu i przy dotknięciu palcem wyczuwamy pod nim jakby chełbotanie płynu, które na 3—4 dzień wraz z obrzmieniem się zmniejsza, i sam środek tylko pod strupem jest mętnym płynem wypełniony. Po upływie 8—12 dni i ten mętny, trochę nawet ropiasty, płyn z pod strupa ulega wessaniu, strup odpada i pozostaje mniej więcej gładka pokryta naskórkciem powierzchnia.

Skóra zdrowa, która od chlorofenolu ucierpiała po kilku godzinach czerwienieje, obrzmiewa, a już na 2—3 dzień obrzmienie i czerwoność się znacznie zmniejszają, a naskórek przybiera barwę czarnego, spalonego. Po kilku dniach, schodzi on, jak luska cienka, pozostawiając gładką czerwoną jeszcze skórę, co do kilku tygodni nawet trwać może, zwłaszcza jeżeli mocno wtarty był w nią środek.

Owrzodzenia wilkowatej tkanki pędzlowałem również parachlorofenolem, i to tak na skórze jak i błonie śluzowej nosa i podniebienia twardego. I w tych razach z początku powierzchnia owrzodzenia białała, po czym wkrótce białość znikła, sączenie kropelek różowawej surowicy było obfite i dłużej nieco trwało, obrzmienie brzegów i tkanki sąsiedniej ustępowało wraz z sączeniem, po czym wytwarzał się coraz grubszy, twardy strup brunatno-czerwony, pod którym nieco ropy się zbierało. Po 4—5 dniach, pod zdjętym strupem powierzchnia owrzodzenia bywała oczyszczoną, pokrytą dobrą i może nieco obfitą ziarniną, chociaż owrzodzenie stawało się bardziej płaskim, brzegi mniej wzniesionymi. Na błonie śluzowej podniebienia, biały, miękki strup odpadał po 1—2 dniach, a jednocześnie ustępowała reakcja otaczającej zdrowej tkanki. Owrzodzenia się oczyszczały, zmniejszały i okazywały dążność do zablźnienia się.

Najsłabiej reagowały na działanie parachlorofenolu drobne rozsiane guziczki, lub też i większe w głębi skóry leżące. Odczyn był podobny do powyżej opisanego, ale o wiele słabszy, a nadto nieznaczny wpływ wywierał na same guziczki wilka.

Co do podmiotowych uczuć przy pędzlowaniu parachlorofenolem, były one zawsze jednostajne: mniej lub więcej silne uczucie palenia i bólu. Po lekkim dotknięciu owym środkiem zdrowej skóry palca, gdy naskórek cokolwiek zbieleje doznajemy nieprzyjemnego uczucia z początku jak po oparzeniu palca, a po jakimś czasie tylko chwilami przechodzi ból, który porównać można do klucia rozpalonemi szpilkami. Po energicznym wtarciu środka palenie i ból są bardzo znaczne, nie ustępują zaraz po zbieleniu tkanki, ale trwają jeszcze kilka godzin, słabnąc stopniowo. Mniejszego bólu doznają chorzy, gdy pędzlowanie parachlorofenolem poprzedzone jest przez dokładne obmycie i zwilżenie chorej skóry nasyconym roztworem węgla-alkalicznego; w każ-

dym jednak razie ból jest o wiele mniejszy, i trwa krócej aniżeli po hydronaftochinonie, kwasie pyrogallusowym i t. p.. Jeszcze jeden objaw przykry bywa przy pędzlowaniu parachlorofenolem guziczków wilka, zwłaszcza na twarzy i nosie, mianowicie: podrażnienie łącznicy oka i łzawienie bardzo przykre, które ustaje dopiero po upływie 1—3 godzin. Zależy ono zapewne od ulatniania się chloru.

Wpływ leczniczy parachlorofenolu jest w ogóle powolnym, ale po upływie pewnego czasu staje się już widocznym, łatwym do ocenienia. Dla uproszczenia opisu stopniowego wpływu leczniczego parachlorofenolu rozpatrzmy 3 jego wybitne fazy, które z łatwością zawsze odróżnimy.

I. Powierzchnia wilkowata zmienionej skóry jest zwykle nierówna, guziczkowata, grnbo-ziarnista, podobna nieraz do maliny; pokryta bywa często strupami żółto-brunatnymi lub czerwonymi, pod którymi trochę ropiastego płynu się znajduje, lub też miejscami bywa obnażoną z naskórka, i wydziela mętny płyn surowiczy. Po kilkakrotnem wtarciu parachlorofenolu widoczne już zachodzą zmiany. Powierzchnia wilkowatych tworów jest równa, gładka, pokryta naskórkiem na całej przestrzeni, mocno połyskuje.

II. Druga faza—nasięk wilkowaty skóry znacznie się zmniejsza, wskutek czego zmieniona chorobowo skóra staje się mniej infiltrowaną, mniej zgrubiałą, aniżeli przed rozpoczęciem leczenia. Najdokładniej daje się to zauważyć na skrzydłach nosa, wargach i t. d., gdzie dostrzedz łatwo, iż konfiguracja np. skrzydeł nosa i całego nosa zmienia się bardzo i zbliża do normalnego ich kształtu, tylko jeszcze rozmiarami przechodzą rozmiary zdrowych tych części. Taki stan zauważyć możemy nieraz już po kilkunastu pędzlowaniach.

III. W trzeciej fazie nasięk coraz bardziej się zmniejsza, zmieniona skóra coraz mniej jest zgrubiałą; najbardziej jednak wybitną oznaką w tej fazie są niewielkie biało-różowawe miejsca normalnej skóry lub blizny pośród mocno zaczerwienionego pola, a nadto wyraźne zmniejszenie rozległości tego ostatniego. Zmieniona więc skóra zaczyna powracać do normalnego stanu u obwodu ogniska, gdzie zmiany są mniejsze i bardziej powierzchowne, lub też przybiera własności bliznowatej tkanki, gdzie były intensywniejsze i głębsze zmiany; z obwodu dopiero białe smugi wnikają w zmienioną skórę.

Przy wrzodziejącej formie wilka nieco odmiennie rzecz się przedstawia. Pędzlowanie parachlorofenolem owrzodzeń, których brzegi usiane są guziczkami, niszczy brzegi i infiltrat dna po części wprost, a w części przez ropienie; po odpadnięciu strupa, następne pędzlowania, które podobny wpływ wywierają, coraz mniejsze jednak ropienie wywołują i wreszcie doprowadzają do pokrycia owrzodzenia blizną. Blizna taka mniej lub więcej rozległa jest nieco pośrodku zapadniętą; sino-czerwoną, a obwód i nieraz środek usiane są guziczkami wilka. Wtedy w dalszym ciągu prowadzone leczenie parachlorofenolem wpływa powolnie, jak powyżej wspomniałem, na wessanie pozostałego jeszcze nasięku wilkowatego i guziczków.

\*

\*

\*

Jak środek ten działa? Już *a priori* możnaby powiedzieć, iż powierzchniowe części tkanki wilka niszczy, w głębszych wywołuje silne dosyć zapalenie, po ustąpieniu którego wraz ze świeżo powstałymi produktami zapalnymi, ulegają wessaniu rozpadłe i zwyrodniające się wskutek sprawy zapalnej pierwiastki, wchodzące w skład tkanki wilka. W samej rzeczy badanie guziczek wilka w chwili reakcyi i długo po ustąpieniu jej potwierdza to przypuszczenie.

We 20 godzin po wtarciu parachlorofenolu, gdy odczyn doszedł do znacznego stopnia, guziczek jeden pokryty strupem, grubości przeszło 1 milim., był wycięty i poddany badaniu drobnowidzowemu; wykazał on następujące zmiany. Strup sam czerwono brunatny, łatwo oddzielający się po stwardnieniu guziczka w bezwodnym wysokoku, składa się z trzech warstw. Pierwsza warstwa jest masą bezkształtną lub ziarnistą przy samej powierzchni swobodnej, a głębiej porozrzucane są w niej komórki limfoidalne z początku nieliczne, dalej coraz to ich więcej i niewiele złuszczonych komórek powierzchniowej warstwy rogowej naskórka. Warstwa ta jest najgrubszą. Drugą część strupa stanowi warstwa rogowa naskórka z barwiącemi się jądrami; komórki jej są nieco napęczniałe, luźno spojone, a pomiędzy niemi rozrzuconych jest dużo komórek limfoidalnych. *Stratum lucidum* i *granulosum* z tą warstwą w ciągłym są jeszcze związku. W trzeciej warstwie widzimy rozległe ogniska komórek limfoidalnych i obszerne wylewy krwawe. Pozostała część naskórka jest w ciągłym związku z samym guziczkiem: w pokrywających go warstwach komórek zębiastych (*stratum spinosum*) i stożkowatych porozrzucanych jest bardzo wiele komórek limfoidalnych, tworzących nieraz rozległe ogniska, a na granicy samego już guziczka szeregi komórek tych przylegają do stożkowatych komórek naskórka. W ogóle ta warstwa naskórka jest znacznie przerosta [czego bynajmniej przypisać nie można wpływowi owego krótkotrwałego zapalenia] i szerokie długie swe przedłużenia do tkanki guziczka wysyła. W samym guziczku wilka nasięk drobnokomórkowy dochodzi do dużych rozmiarów. W dziesięćkroć szerszych i dłuższych brodawkach, naczynia są bardzo znacznie rozszerzone i otoczone licznymi komórkami limfoidalnymi, tak, że nieraz robią wrażenie naczyńniaka, w którym ściany naczyń są infiltrowane drobnymi komórkami; prócz tego często widać dosyć rozległe wylewy krwi lub w innych infiltracyę krwawą. Same ogniska wilkowatej tkanki przedstawiają albo bardzo znaczny nasięk drobnokomórkowy i krwawy, tak, że innych części ognisk zupełnie nie widać, albo też wskutek nadmiernego rozszerzenia naczyń i rozległych krwi wylewów, w tkance oddzielającej ogniska wilkowate, krew przenika do samych ognisk, infiltruje je tak, iż ich oddzielne komórki lub grupy otoczone są czerwonymi krążkami krwi. W tych ogniskach widać jeszcze niekiedy po jednej lub kilka olbrzymich komórek, oraz zniszczone rozpadłe komórki ognisk wilka.

Inny zupełnie obraz przedstawia wilkowato zmieniona skóra po pięćmiesięcznem leczeniu parachlorofenolem, a w dziesięć dni po ostatniem [18-em] pędzlowaniu, gdy odczyn mniej więcej zupełnie minął. Część skóry dolnej połowy nosa, która przedstawiała przed początkiem leczenia niewielki nasięk wilkowaty, w chwili wycięcia jej kawałka, była prawie normalnej grubości

i przedstawiała tylko lekkie zaróżowienie po minionej reakcyi, skóra zaś, pokrywająca koniec i skrzydła nosa, pokryta przed rozpoczęciem leczenia dużymi dosyć guziczkami w części wrzodziejącymi, była w chwili wycinania jej gładka, o wiele cieńsza aniżeli początkowo, ale jeszcze zlekką infiltrowana i ciemniejszej czerwonej barwy. Otóż wycięty kawałek skóry na granicy dwu tych części wykazał następującą budowę:

W pierwszej części naskórek jest mniej grubym, aniżeli normalnie. Powierzchnowa jego warstwa składa się z 2 lub 3 szeregów niezupełnie zrogowaciałych komórek płaskich o jądrze wydatnem, podłużno-wrzecionowatym [na skrawkach prostopadłych do powierzchni skóry], mocno zabarwionem; *stratum lucidum* nie istnieje, warstwa komórek ziarnistych najwyżej do dwu szeregów ograniczona, a inne warstwy są także szczuplejsze, aniżeli normalnie. Na granicy warstwy komórek stożkowatych i skóry znajduje się szereg drobnych komórek limfoidalnych, wnikających niekiedy pomiędzy komórki stożkowate naskórka. Ta ostatnia warstwa naskórka jest prawie równa i gdzie niegdzie tylko zlekką falisto przebiega; bardzo rzadko w skórę zagłębiają się niewielkie jej soplowane przedłużenia, stąd też brodawek skórnych prawie niema, gdyż za takowe nie można uważać owych płaskich, szerokich, nieznacznych wypukłości, które nadają tylko powierzchni skóry i głębokiej warstwie naskórka wygląd falisty.

Tkanka skóry właściwej przedstawia się jako młoda tkanka łączna z dosyć obfitą ilością komórek wrzecionowatych i niewielką liczbą komórek limfoidalnych. Naczyń jest niewiele — są one nieznacznie rozszerzone i otoczone szczupłą ilością komórek limfoidalnych.

W drugiej części widzimy tylko dwie głębsze warstwy naskórka, *stratum spinosum et cylindricum*, lub też zupełnie naskórka niema, i tylko z głębi z dawnych soplowatych zagłębień warstwy MALPIGIEGO, pozostały porozrzucone smugi komórek naskórka, które, mnożąc się, docierają do powierzchni skóry, gdzie do wytworzenia naskórka się przyczyniają.

Skóra właściwa jest bardzo bogata w komórki, a nadto jeszcze dosyć obficie jest infiltrowana drobnymi komórkami, które jednak ognisk nie tworzą, a nadto nie widać tych ognisk, które wilka cechują. Komórek olbrzymich niema. Substancja międzykomórkowa jest włóknistą, mało ma tylko włókien sprężystych. Niektóre naczynia są zmienione, otoczone znaczną ilością ściągającej się tkanki łącznej, infiltrowanej niezbyt obficie drobnymi komórkami.

Badanie więc drobnowidzowe sprawdza to, cośmy już *a priori* przypuszczali, wnosząc z odczynów i ich następstw. Zachodzi jednak pytanie, którego dziś jeszcze rozwiązać nie możemy, mianowicie: czy po tych dosyć licznych odczynach, po działaniu tego silnego środka antyseptycznego, który w głąb tkanki wilka przenikać może, pozostała tkanka wilka zdolną jest jeszcze do dalszego istnienia i zarażania sąsiedniej zdrowej skóry lub błony śluzowej? Zdawałoby się, iż badanie drobnowidzowe temu przeczy, ale tylko szczepienia takiej tkanki zwierzętom, albo dłuższe pozostawienie chorego bez żadnego leczenia, mogłyby nam dać odpowiedź na powyższe pytanie.



Dzisiaj pomimo 6-o miesięcznego leczenia wilka parachlorofenolem [10 chorych] nie mogę jeszcze ani jednego chorego zupełnie wyleczonego przedstawić. Zmiany ku wyleczeniu są bardzo znaczne, poprawa z każdym tygodniem większa, ale powolnie i stale jeszcze postępuje. Odczyny zapalne ciągle jeszcze bywają, ale nie w tym samym stopniu, co początkowo. Objaśniam ich osłabienie tem, iż tkanki patologicznej ilość coraz bardziej się zmniejsza, dla wywołania tedy odczynu mniej więcej takiego, jaki na początku doświadczeń otrzymywałem, muszę o wiele energiczniej i obficiej parachlorofenol stosować.

W każdym razie pożytek, jaki z tego środka da się osiągnąć w zastosowaniu do leczenia wilka, dziś już możemy po części ocenić. Parachlorofenol wywołuje zabliznienie owrzodzeń, wpływa na to, iż ogniska wilkowate pokrywają się naskórkiem, iż się zmniejszają, a miękkie rozpadające się powoli guziczki niszczy dosyć szybko, usuwając w ten sposób choć część tkanki, służącej jako źródło, z którego wilk w dalszym ciągu mógłby się szerzyć; dalej, nie wpływa na pozostawienie świeżych guziczków, ale przeciwnie rzecz można, iż powstrzymuje ich dalszy rozwój. Pod tym względem stawiam parachlorofenol o wiele wyżej nad inne środki, których w leczeniu wilka stosowałem, jak 10% roztwór nadmanganianu potasu, nad chlorek cynku, kwas pyrogallusowy, *hydronaph ochinon* i wiele innych; przewyższa je nadto i pod tym względem, iż przy stosowaniu go nie ma obawy ogólnych objawów, nie ma tak znacznej i długotrwałej bolesności, nie wywołuje wyzarć i owrzodzeń, któreby następczego leczenia wymagały.

W mniemaniu mojem działanie parachlorofenolu na wilka jest bardzo zbliżonem do działania tuberkuliny Kocur'a, różnicę tylko widzę w tem: 1-o iż parachlorofenol odczynu ogólnego nie wywołuje, na upadek odżywiania nie wpływa, i w ogóle szkodliwie na organizm nie działa; 2-o iż odczyn miejscowy jest słabszy aniżeli przy tuberkulinie, ale za to trwa dłużej, działa stalej i nie budzi obawy wchłaniania do organizmu za wielkiej ilości produktów rozpadu tkanki wilkowatej i szerzenia się wilka; 3-o że jest jednocześnie potężnym środkiem antyseptycznym, więc znaczną część zniszczonej lub wchłoniętej masy rozpadłej czyni nieszkodliwą dla sąsiednich tkanek i dla organizmu. Nie przesadzę więc, jeśli środek ten ze względu na jego działanie na tkankę wilka nazwałbym tuberkuliną miejscową, nie mającą jednak wad tuberkuliny.

Gdyby się nawet w przyszłości okazało, iż parachlorofenol zmniejsza infiltrację wilkowatą, ogranicza, powstrzymuje rozwój wilka na czas dłuższy, jużbyśmy w nim zyskali bardzo pożyteczny środek dla terapii wilka.

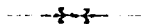
---

Artykuł niniejszy nadesłałem do Redakcyi 22 stycznia r. b.. Od owego czasu, prowadząc leczenie parachlorofenolem w dalszym ciągu, u jednej chorej z wilkiem nosa niemal zupełnie wyleczenie udało mi się osiągnąć.

## II. KILKA SŁÓW O LECZENIU ZANIKOWEJ MARSKOŚCI WĄTROBY.

Podał

**Wacław Bajerkiewicz.**



Jakkolwiek tu i owdzie spotkać się można ze wzmianką o przypadkach wyleczenia zanikowej marskości wątroby, to jednak na podstawie anatomo-patologicznego obrazu tej choroby, polegającej, jak wiadomo, na śródmiąższowym zapaleniu, można twierdzić, że są to wnioski oparte na nieściślych spostrzeżeniach i że w podobnych przypadkach o wyleczeniu mowy być nie może. Tkanka bowiem łączna, rozrastając się w tkance wątroby, niszczy jej elementy i wskutek tego wątroba z konieczności traci swoją czynność. Wobec tego interwencya lekarza w przypadkach zanikowej marskości wątroby ograniczyć się musi na tych sposobach postępowania, za pomocą których przedłużyć można życie chorego i zmniejszyć dolegliwości.

Jak wiadomo, w podobnych przypadkach momentem chorobowym najważniejszym jest zbieranie się płynu w jamie brzusznej, pochodzące od zastojów w przebiegu żyły wrotnej.

Usiłowania, mające na celu zmniejszenie owego zastojów przez ułatwienie obocznego krążenia [kąpiele, opaski i t. p.], jak uczy doświadczenie, nie na wiele się przydają; środki przeczyszczające, sercowe również nie prowadzą do celu.

Gdy JENDRASSIK <sup>1)</sup> przypomniał metodę postępowania angielskich lekarzy [STOKES], zalecających kalomel przy obrzękach, pojawiły się spostrzeżenia, choć nieliczne, wykazujące, że kalomel posiada silne moczopędne własności nie tylko przy wadach serca i zapaleniach nerek, lecz nawet i przy zanikowej marskości wątroby.

Gdyby tak było i gdyby przytem kalomel nie sprowadzał szkodliwych następstw, zdobylibyśmy jeden, a może jedyny nowy środek, który zastępowałby częste przekłuwania, narażające chorego na ból i niebezpieczeństwo rozwinięcia się zapalenia otrzewnej.

Na oddziale D-ra A. CHELMOŃSKIEGO w kilku przypadkach zanikowej marskości wątroby podawałem kalomel w dawkach moczopędnych, a z uwagami, jakie przytem nastęrczyły się, chcę się podzielić z czytelnikami.

**Przypadek I.** Kł. M., wieku lat 46, służąca, średniej budowy, wyniszczona, rysy twarzy zaostrome. Brzuch znacznie powiększony, obwód — 63 cm.; na skórze brzucha uwydatniają się żyły; pępek wypukłony; *ascites*. Po wypuszczeniu 12 litrów surowiczego płynu, wyczuć można wątrobę zmniejszoną,

<sup>1)</sup> JENDRASSIK. Calomel, als Diureticum. Deutsch. Arch. für klin. Medicin. 1886.

twardą, nierówną, o brzegu ostrym. *Tumor lienis*. W moczu ślady białka. Początek choroby dokładnie niewiadomy; etyologia ciemna.

Data.	Ilość dobowa moczn.	Ciężar właściwy.	U w a g i.
1893 r.			
4. IV.	500	1,012	—
5	500	"	Drugie przekłucie [5 litrów]
6	480	"	—
7	500	"	—
8	450	"	Płyn znówu się zbiera. Leczenie: Rp. <i>Aq. albae</i> 0,2, <i>Opii puri</i> 0,03. MDS. 3 proszki dziennie. Roztwór <i>kali chlorici</i> do płukania ust.
9	280	1,013	—
11	250	"	—
12	2000	1,009	—
13	3500	1,006	<i>Stomatitis mercurialis</i> . <i>Ascites</i> mniejszy. Lekarstwo odstawiono.
14	4000	"	—
15	2100	"	—
17	350	1,012	<i>Ascites</i> większy.
18	250	"	<i>Aquila alba</i> w poprzedniej dawce. <i>Kali chloricum</i> .
19	350	"	—
21	600	"	—
22	2000	1,009	<i>Stomatitis mercurialis</i> . Brak łaknienia. Upadek sił. Kalomel odstawiono.
23	2200	"	—
24	2900	"	—
25	2700	"	—
26	2000	"	Płynu w jamie otrzewnej mniej.
27	2100	1,010	—
28	1900	"	—
30	2500	"	—
1. V.	1600	1,011	<i>Aquila alba</i> , <i>Kali chloricum</i>
2	2500	1,009	—
3	2000	"	—
4	2500	"	<i>Stomatitis mercurialis</i> . Brak łaknienia. Utrudnienie gryzienia. Kalomel odstawiono.
5	1800	"	—
7	1600	1,012	—
13	450	1,013	<i>Aquila alba</i> , <i>Kali chloricum</i> .
15	2400	1,006	—
16	2200	"	Znaczny upadek sił. <i>Stomatitis mercurialis</i> . Kalomel odstawiono.
17	1600	1,010	—
18	2200	1,006	—
19	2000	"	—
20	1800	1,010	—
21	1200	1,012	—
22	1000	"	—
23	800	"	Biegunka. <i>Prostratio</i>
24	500	1,014	—
1 VI.	450	"	—
2	—	—	<i>Exitus letalis</i> . <i>Autopsia</i> ; <i>Cirrhosis hepatis atrophica</i> .

**Przypadek II.** S. K., lat 49, wyrobница. Wyniszczona, brzuch znacznie powiększony; ściany mocno napięte z uwydatniającymi się żyłami; *ascites*; obwód brzucha—82 cm., obrzęki kończyn dolnych; wątroba nie wyczuwalna; śledziona duża, twarda; w moczu białka nie znaleziono. Etiologia ciemna; początek choroby przed 5-ma miesiącami.

Data.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	U w a g i.
1893 r.			
1. I.	450	1,013	—
2	300	„	—
3	280	„	—
10	250	1,012	Podano kalomel w dawkach moczopędnych. <i>Kali chloricum</i> do płukania.
11	300	„	—
12	280	„	—
13	450	„	—
14	1000	1,010	—
15	2500	1,008	<i>Ascites</i> mniejszy.
16	3200	„	<i>Gingivitis mercurialis</i> ; niemożność gryzienia; znaczne osłabienie ogólne; kalomel odstawiono.
17	4000	1,006	—
18	3000	„	—
19	2200	1,009	—
20	1800	„	—

Wskutek widocznego szkodliwego wpływu na stan ogólny kalomelu chorej więcej nie podawano, a natomiast zwrócono się do przekuć, których w ciągu 5 miesięcy dokonano aż 7, czyli wypuszczono ogółem 89,500 ctm. sz.

D. 1. VII. *Exitus letalis. Autopsia: Cirrhosis hepatis atrophica. Tumor lienis chronicus. Enteritis chronica.*

**Przypadek III.** T. Fr., w wieku lat 50, praczka. Budowa średnia; wyniszczenie, brzuch znacznie powiększony; obwód brzucha— 103 ctm.; skóra na brzuchu napięta, połyskująca; żyły ściany brzusznej wyraźne (*caput Medusae*). Po wypuszczeniu płynu wątroba nie wyczuwalna; śledziona duża, twarda. Chora przechodziła przed kilku laty długotrwałą zimnicę; brzuch zaczął się powiększać przed 3—4-ma miesiącami; w moczu ślady białka.

Data.	Ilość dobowa moczu.	Ciężar właściwy.	U w a g i.
1893 r.			
13. VIII	500	1,010	Podano kalomel w moczopędnych dawkach. Roztwór <i>Kali chlorici</i> .
15	1000	„	—
16	2000	1,008	—
17	2400	1,006	—
18	2500	„	—
19	2100	„	—
21	2500	„	Obwód 98 centymetrów. <i>Stomatitis mercurialis</i> . Brak łaknienia. Wyniszczenie znacznie większe. Brak sił. Biegunka.
22	1500	1,008	—
23	1200	1,011	—
24	500	1,012	—
25	—	—	Wypisuje się bez polepszenia po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnej.

Przyglądając się trzem powyżej przytoczonym tablicom, widzimy, co następuje: w kilka dni po podaniu kalomelu ilość moczu stale powiększa się w następstwie czego ilość płynu w jamie otrzewnej zmniejsza się. Występowanie zapalenia dziąseł, niemożność gryzienia, brak łaknienia, upadek sił i odżywiania zmuszają nas do zaprzestania podawania kalomelu, a wtedy ilość moczu zmniejsza się, płyn w jamie brzusznej zbiera się na nowo.

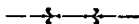
Na zasadzie powyższych danych, na zasadzie tego, że chorzy, dotknięci zanikową marskością wątroby, pozbawieni są czynności narządu, mającego pierwszorzędne znaczenie w odżywianiu, przychodzimy do przekonania, że, podając kalomel w omawianem cierpieniu, nie osiągamy zamierzonego celu, t. j. przedłużenia życia chorego, ulgi w cierpieniu. Kalomel, aczkolwiek posiadać może silne moczoopędne własności w zanikowej marskości wątroby, niemniej jednak jest w tych razach wprost szkodliwym, gdyż zrujnowany chorobą organizm podkopuje jeszcze bardziej i dla tego kalomel zastąpionym być może i powinien przekłuciami aseptycznie wykonanemi.

### III. PARNIKI ODKAŻAJĄCE. (PRZYRZĄDY DEZYNFEKCYJNE).

Podał

**J. Neufeld,**

lekarz fabryczny i kopalń hrab. Renarda w Sosnowicach.



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 9].

#### III.

Ażeby czytelnik mógł się zorientować przy opisie przyrządów dezynfekcyjnych, o ile one odpowiadają rzeczywistej potrzebie, streszczę tu zasady dezynfekcyi i wymagania, jakie mamy od przyrządów przy wykonywaniu dezynfekcyi.

1) Gorące powietrze, gazy zabójcze, para wodna przegrzana nie są przydatne do odkażania.

2) Kombinacya odkażania gorącym powietrzem i parą nie jest odpowiednią.

3) Tylko para mokra, nasycona, odwodniona z prężnością, co najmniej,  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$  przewyżki ciśnienia atmosferycznego odpowiada potrzebom odkażania.

4) Obecność powietrza przy odkażaniu jest szkodliwą. Zanim więc chcemy dokonać odkażenia, musimy w przyrządzie wywołać próżnię. Ochłodzenie pary i skroplenie jej ma na celu: popierwsze wytworzenie próżni, a powtórnie otrzymanie pary bardziej nasyconej.

5) Po wywołaniu próżni, gdy wpuszczamy parę do zbiornika, nie musimy koniecznie działać nadal prądem pary; para napięta będzie również dobra, a może i energiczniejsza.

6) Para wodna winna, zanim wpuszczoną zostaje do zbiornika, być odwodnioną, ażeby woda kondensacyjna nie przemoczyła rzeczy. Prócz wyżej opi-

sanych ku temu celowi dążących urządzeń, przyrząd pokrywa się drzewem, wojłokiem lub lakiem. Ponieważ mimo tych ostrożności jednak we wnętrzu parnika powstaje woda kondensacyjna, więc odpowiednimi kranami musimy tę wodę od czasu do czasu wypuszczać.

7) Para wodna winna do przyrządu u góry być wpuszczoną, a u dołu winien się znajdować kran do równoczesnego odpływu powietrza.

8) Przed okazażaniem przedmioty winny być odwaniane i przegrzane.

9) Po odkażeniu przedmioty winny być wysuszone.

10) Para wodna winna rozchodzić się po parniku równomiernie.

11) Trzeba unikać w parniku martwych kątów.

12) Wnętrze parnika winno być wycynkowane, ażeby rdza żelaza nie niszczyła przedmiotów.

13) W mniejszych parnikach winny być kosze cynkowane do wyjmowania, w większych worki do wysuwania.

14) Parnik powinien być zaopatrzony w termometr, manometr, wilgociomierz, tabliczkę REGNAULT'a, kran bezpieczeństwa, budnik MERKE'go i t. d..

15) Jeżeli termometr wskazuje, że we wnętrzu parnika jest 100—120°, to bynajmniej nie jest to dostateczne, ażeby odkażanie było prawidłowe. Trzeba wciąż patrzeć na tabliczkę REGNAULT'a i pamiętać o tem, że:

a) jeżeli temperatura jest niższa, niż być winna według tabliczki przy danem ciśnieniu, które wskazuje manometr, to nie mamy w parniku czystej pary, lecz zmieszaną z powietrzem;

b) jeżeli zaś temperatura jest wyższa, niż być powinna według tabliczki przy danem ciśnieniu, to mamy w parniku parę przegrzaną.

W obu wypadkach odkażanie jest nieprawidłowe.

Przystępując do opisu przeróżnych przyrządów, zwracam uwagę czytelnika, że nie podaję tutaj żadnych antyków, lecz że wszystkie tu opisywane przyrządy są do dziś dnia w użyciu. W większości przyrządów odkażanie odbywa się nieprawidłowo; jeżeli więc są nadal w użyciu, to tylko dzięki temu, że zasady dezynfekcyi nie wniknęły do ogółu lekarskiego. Rzadko spotkać lekarza, któryby mógł ocenić, czy dostarczony do jego szpitala przyrząd dezynfekcyjny odpowiada celowi. Jeden, drugi, dziesiąty technik wymyśla przeróżne kombinacje na własną rękę robionych przyrządów, a lekarze przyjmują je i pytają się tylko, co mają z tem zrobić.

Przedewszystkiem wyliczę tu tylko, nie opisując ich, przyrządy, których zasady odkażania nie polegają wyłącznie na działaniu pary wodnej.

Zasady przyrządu DOBROŚŁAWINA jest odkażanie gorącym powietrzem.

GRUNER w Charlottenburgu zbudował przyrząd, w którym za pomocą pompy tłoczącej, wtłacza do zbiornika, w którym się znajdują rzeczy, mające być odkażane, najprzód gaz węglowodoru, poczem wpuszcza parę wodną póty, póki manometr nie wykaże pewnej przewyżki ciśnienia.

Przyrząd NUSSBECK'a służy wyłącznie do odkażania pierzy i składa się z dwóch zbiorników: w pierwszym przez pierze zostaje przepuszczoną para wodna, poczem pierze szuflami zostają przepchane do drugiego zbiornika, który służy obraca około osi i służy do wysuszania.

LORENZ w Berlinie urządził przyrząd, działający przegrzaniem powietrzem. Na tejsze zasadzie zbudowany przyrząd REDECKER'a i NAUSS'a.

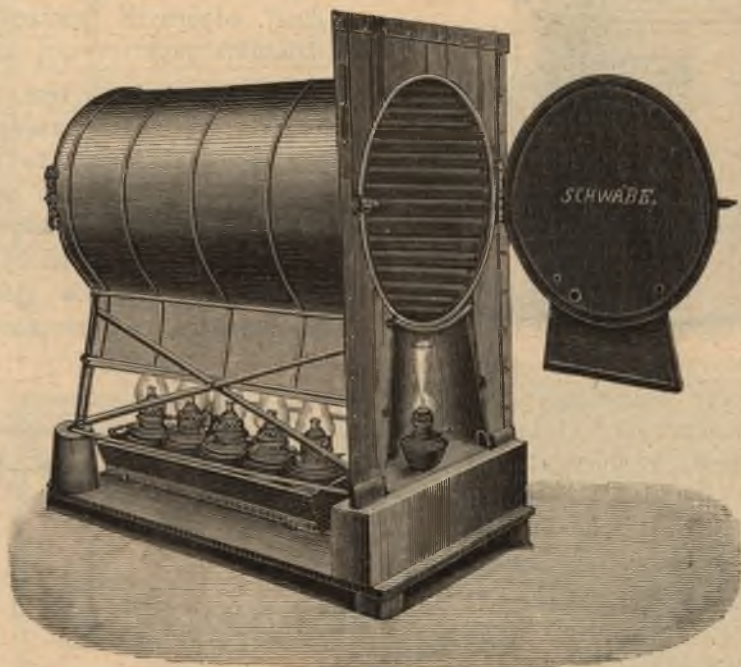
MOULOVE, ALLIOT i FRYER w Londynie zbudowali przyrząd według systemu WASHINGTON'a. LYON na zasadach gorącego powietrza przy próżni (*vacuum*) i parze napiętej.

BACON'a przyrząd polega na kombinacji gorącego powietrza i prądu pary. Jedno ognisko ogrzewa powietrze w zbiorniku, drugie ognisko ogrzewa kocioł dla wywiązywania pary.

ROSENFELD z New-Yorku zbudował przyrząd, który wraz z parą wpędza do zbiornika odkażające środki chemiczne.

Do pierwszej kategorii zupełnie 'prymitywnych przyrządów zaliczam przyrząd MENZL'a, robiony przez firmę O. Schwabe w Moskwie [fig. I], opalany

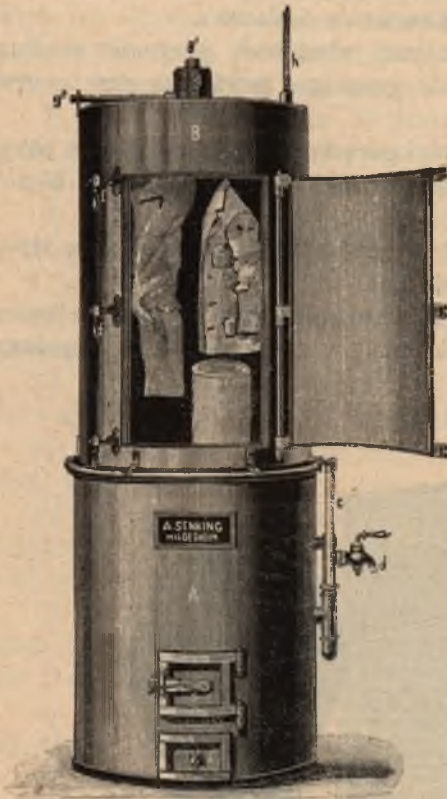
Fig. I.



naftą. Że w tym przyrządzie, którego długość wynosi 160 ctm., a szerokość 85 ctm. [Cena 900 rs.], przestrzeń, w której się odbywa odkażanie, nie jest nawet wypełniona parą, to pewne. Wyższe temperatury, jakie tu otrzymujemy, zawdzięczamy parze przegrzanej i powietrzu ogrzanemu.

Przyrząd systemu CORNET-KROHNE, zbudowany w fabryce Senking, w Heidelbergu w r. 1891 [fig. II]. Przyrząd ten, używany dotąd w Moabicy w Berlinie, polega na zasadach znanego sterylizatora Koch'a. W części A znajduje się wywiązywacz pary z wodowskazem *c* i kranem do wypuszczenia wody *d*. Górna część *B* jest właściwym parnikiem z blachy żelaznej galwa-

Fig. II.



przenikać rzeczy. Kto parze kaze wnikać do rzeczy i przeciskać się przez pory, kiedy obok rzeczy może swobodnie] przechodzić.

Jak sterylizator KOCH'a jest anachronizmem wobec zasad sterylizacji, tak i przyrząd CORNET-KROHNE'go nie odpowiada wymogom odkażania.

Ze względu na swoje zalety przyrząd firmy O. SCHIMMEL et C-o z Chemnitz [fig. III, IV, V] stanowi oddzielną grupę. Przyrząd ten zbudowany na zasadach, podanych przez MERCKE'go jest rozmaicie zbudowany. Opisany przezemnie jest przenośny i łatwo daje się rozobrać. Składa się [fig. III i IV]; z sześciu

nizowanej. Między kociołkiem, wywiązującym parę, a wnętrzem parnika znajduje się mocna siatka druciana o szerokich oczkach. Na górnej powierzchni parnika jest kondensator *g* i termometr *h*. Do *g*' przystosowywa się rurę odprowadzającą parę, a przy *g*'' rurę odprowadzającą wodę kondensacyjną. Przyrząd nie ma żadnych wentylów, kranów, klap i t. d.. Po opisie przyrządu w *Gesundheits-Ingenieur* autor nadmienia: „dla zabicia robactwa i mniej odpornych zarazków chorobotwórczych wystarcza  $\frac{1}{2}$  godziny, dla bardziej odpornych potrzebna godzina działania pary.

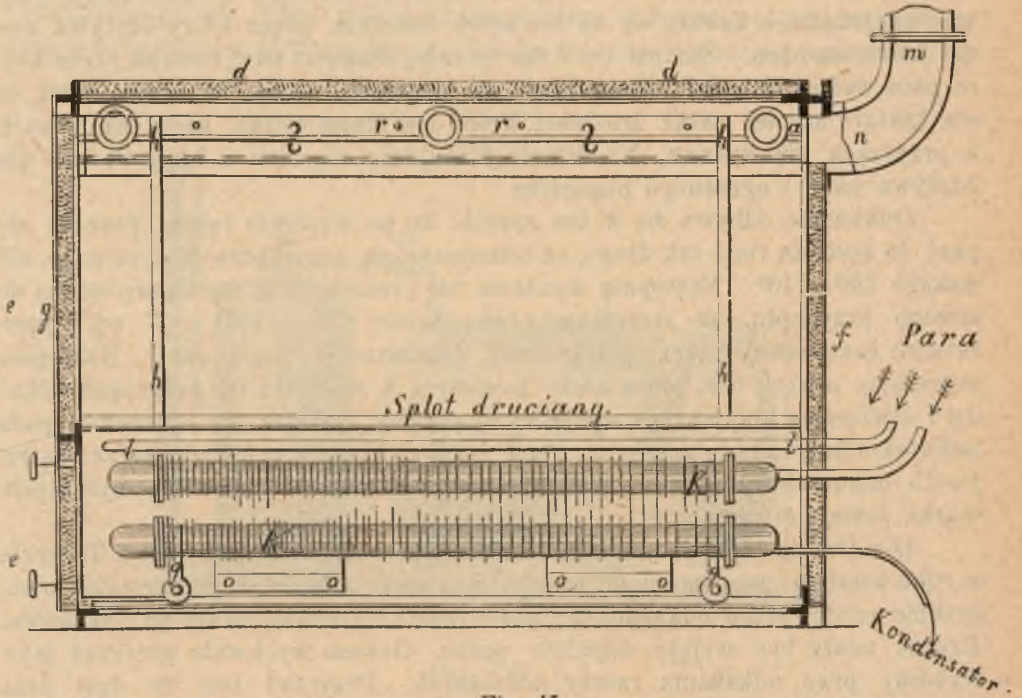
Już nie mówiąc o tem, że w przyrządzie tym żadne zasady odkażania nie są uwzględnione, to musimy sobie przypomnieć, com w rozdziale drugim już orzekł, że nie widzę, z jakiej racyi para, wydobywająca się z kotła, a mająca ujście u góry na zewnątrz, ma koniecznie na wskroś

Fig. III.

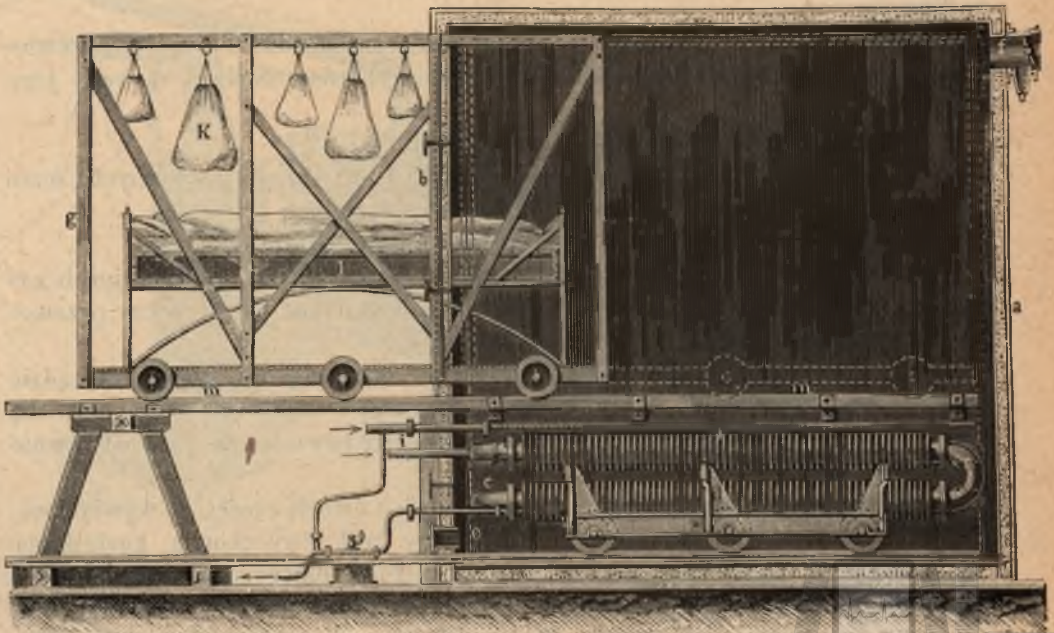




ścian: *a* i *b* boczne, podłoga, sufit *d*, ściany przednie i tylne *e* i *f*. Wszystkie te ściany  
*Fig. IV.*



*Fig. V.*



są z blachy żelaznej i podwójne w celu pomieszczenia pomiędzy obiema ścianami

złego przewodnika ciepła [popiół]. Przednia ściana składa się z dwóch drzwi-czek: górnej *g* dla wsuwania i wysuwania wózka *h*, dolnej *i* dla wsuwania systemu rur *k* i *l*. System rur *k* jest żebrowy i służy do ogrzewania wnętrza przyrządu, a kończy się na zewnątrz otworem, przez który odpływa woda kondensacyjna. System rur *l* ma na całej długości swej dziurki, przez które para wodna wchodzi bezpośrednio do przyrządu przez dno jego. Dno to ma kształt mocnej siatki drucianej, która jest dnem wózka, który na rolkach z przyrządu się wysuwa. Na ścianie *f* znajduje się rura z klapami *m n* dla odpływu pary i ogrzanego powietrza.

Odkażanie odbywa się w ten sposób, że po włożeniu rzeczy puszcza się parę do systemu rur *k* tak długo, aż termometr, na przyrządzie umieszczony, nie wskaże 100—110°. Następnie wpuszcza się przez system rur *l* parę wodną do samego przyrządu, aż otrzymamy temperaturę 125 — 130°. W tej temperaturze zostawiamy rzeczy pół godziny, dopuszczając ciągle parę. Następnie otwieramy otwory *o o*, przez które powietrze z zewnątrz do przyrządu wchodzi i otwieramy klapy *n m* i wpuszczamy parę do systemu rur *k*, przez co para wskutek silnego prądu powietrza przez otwarte klapy *n m* uchodzi na zewnątrz. Po 15 minutach zamyka się przyływ pary do rur *k* i drzwi do wysunięcia wózka zostają otwarte.

D-r OLFERS, opisujący odkażanie rzeczy podróżnych na dworcu w Tylzycie w roku zeszłym za pomocą przyrządu SCHIMMEL'a, podnosi szczególnie przegrzanie rzeczy przed odkażaniem i przegrzanie i przewietrzanie po odkażeniu. Rzeczy miały być wyjęte zupełnie suche. OLFERS wychwala przyrząd jako wyborny przy odkażaniu rzeczy podróżnych. Przyrząd ten do dziś dnia jest użyciu w Berlinie w miejskiej kamerze dezynfekcyjnej, największej w Europie.

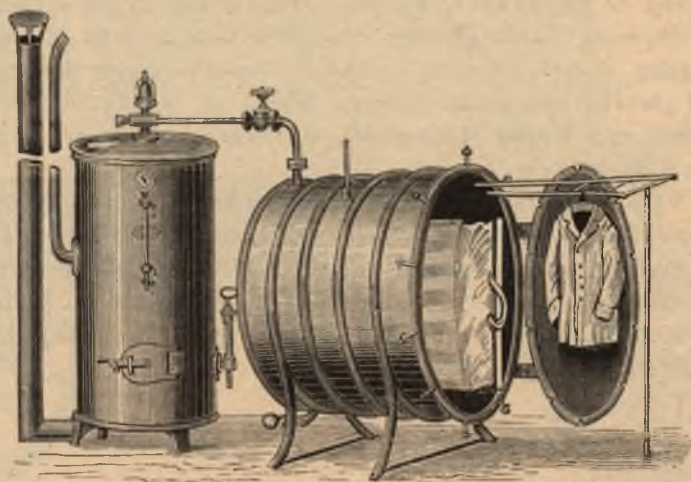
W przyrządzie SCHIMMEL'a przegrzanie przed odkażaniem, a przewietrzanie, czyli wysuszanie, po odkażaniu jest wyborne. Natomiast wady jego są następujące:

- 1) Kształt sześciocienny [marwe kąty].
- 2) Urządzenie szczelnego zamykania się 12-tu [sześć podwójnych] ścian żelaznych, dających się rozebrać, jest bardzo kosztowne.
- 3) Para wchodzi u dołu, a powietrze nie ma odpływu.
- 4) Przegrzanie do 110° na sucho stanowczo zaszkodzi rzeczom, jeżeli zaś niżej ogrzać, to, wobec braku urządzenia do odwadniania pary, rzeczy przemożną wodą kondensacyjną.
- 5) Rrak urządzenia systemu próżni. Jakkolwiek w tym przyrządzie pary nie brak [oddzielny zupełnie kocioł parowy] i działa się parą nasyconą i napiętą, ale wobec tego, iż para zmieszana jest z powietrzem, całe odkażanie jest nieprawidłowe.

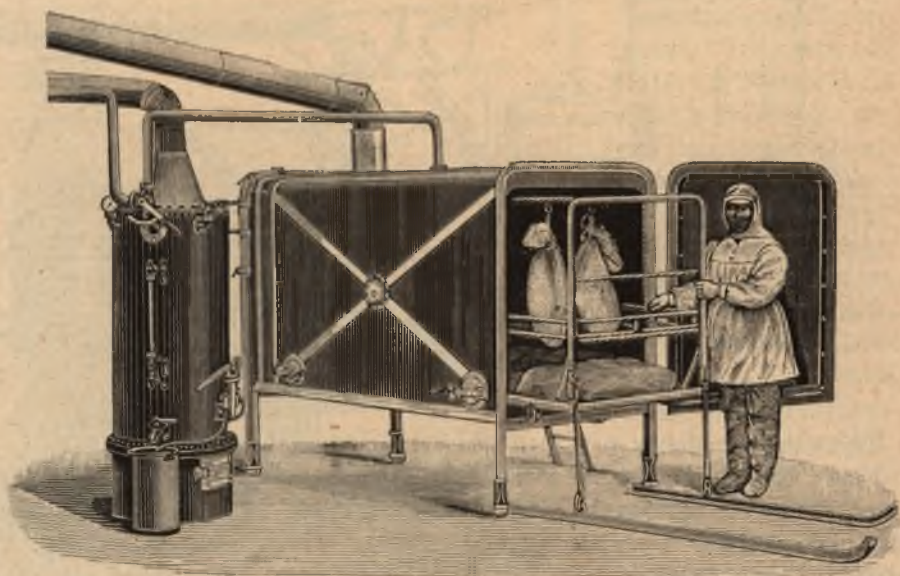
Przyrząd BUDENBERG'a [fig. VI] składa się z dwóch części: 1) wywiązywacza pary i 2) właściwego parnika. Pierwszy jest zwyczajnym kociołkiem. Rura wysoka 5 metrów, a szeroka 8 centymetrów połączona jest z wnętrzem kociołka. Gdy przewyżka ciśnienia w kociołku dochodzi do  $\frac{1}{2}$  atmosfery, woda przez rurę zostaje wyrzuconą. Zabezpiecza to od eksplozji kociołek, który

w ten sposób nie podlega kontroli policji inżynierskiej. Za pomocą pompki tłoczącej możemy dolać wody do kociołka, nie przerywając odkażania. Sam parnik składa się z cylindra z grubej blachy żelaznej, poziomo leżącego. Cylinder na przecięciu jest owalny. Wnętrze wysłane jest blachami żelaznymi w kształcie żaluzji. Para wchodzi między ścianę cylindra i żaluzje, na nich się skrapla i spływa po nich na dno, a odwodniona para wchodzi przez szczeliny

*Fig. VI.*



*Fig. VII.*



żaluzji do wnętrza. Nadto para wchodzi u góry do podwójnej rury opisanej w rozdziale drugim mojej pracy. U dołu znajduje się kłapa dla wypuszczania

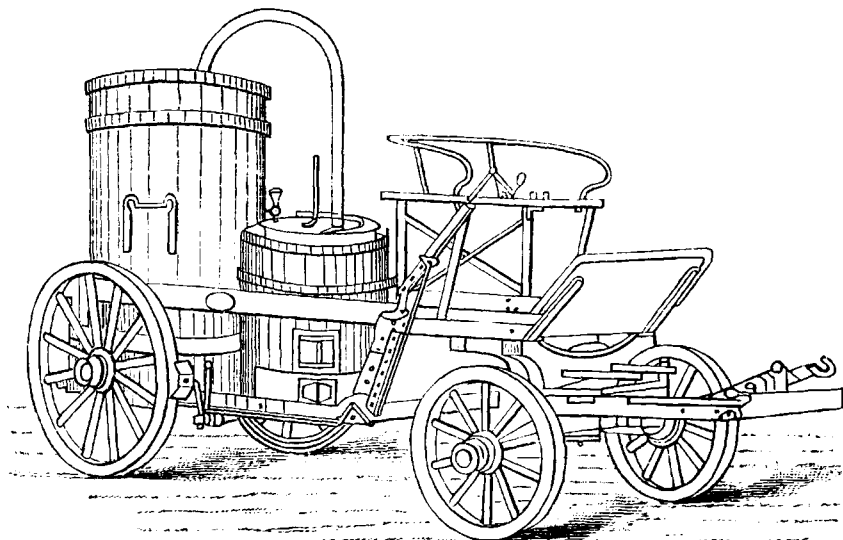
powietrza dołem, gdy para wchodzi u góry. Po napełnieniu parą parnika zamykamy klapę powietrzną, ażeby otrzymać pewną przewyżkę ciśnienia, a z nią i wyższą temperaturę. Przyrząd zaopatrzony jest w budnik MERKKE'go.

W parniku BUDENBERG'a brak systemu próżni, brak urządzenia przegrzania przed i wysuszania po odkażeniu. Natomiast odwodnianie pary, czyli odkażanie parą nasyconą, jest bardzo uwzględnione.

Bracia Schmidt w Weimarze dostarczają różnych parników, według wskazówek KOCH'a z Berlina i BUDDE'go z Kopenhagi urządzonych. Parnik fig. VII podobny do BUDENBERG'owskiego: zamiast zwyczajnego kociołka znajduje się tu kompletny kocioł rurowy z manometrem, kranem do odpływu wody i pary, rurką bezpieczeństwa, pompką tłoczocą, wodowskazem i t. d.. Kształt tego parnika jest sześciocienny; wózek do wysuwania jest sześciocienny. Ściany są z blachy cynkowanej, wyściełanej wewnątrz filcem. Przyrząd ma budnik MERKKE'go.

Figura VIII przedstawia mały parnik tejże firmy, składający się: 1) z parnika stojącego, 1,05 metrów wysokości, 0,13 metra średnicy, 2) kociołka z wentylem, wodowskazem i lejkiem do wody, 3) rury żelaznej do przeprowadzenia pary. Rura ta może być od parnika odśrubowaną, a parnik sam na wózku umieszczonym, jak wskazuje fig. IX. [Fig. VIII i IX podamy w następnym N-rze na osobnej tablicy].

Fig. X.



Tejże firmy podobny przyrząd na wozie uwidocznia fig. X.

Firma Schäfer i Walcker z Berlina daje nam kilka parników, różniących się nieco od wyżej opisanych. Fig. XI uwidocznia dużą kamerę na wozie, między nią a kozłem kompletny kocioł rurowy. Tejże firmy parnik fig. XII różni się od wszystkich innych tem, że zbiornik wody ogrzewanej otacza ze wszech stron parnik, przez co wnętrze parnika zostaje stale ogrzewane gotującą się wodę. Parnik ten widziałem w Mysłowicach w szpitalu miejskim.

Fig. XI.

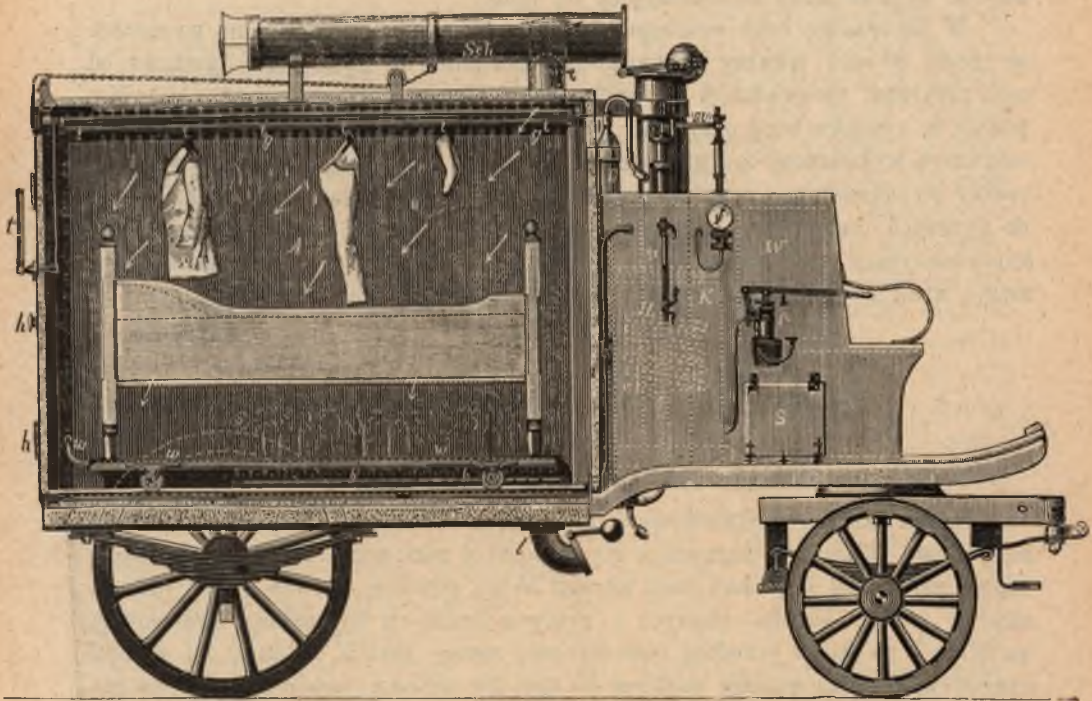
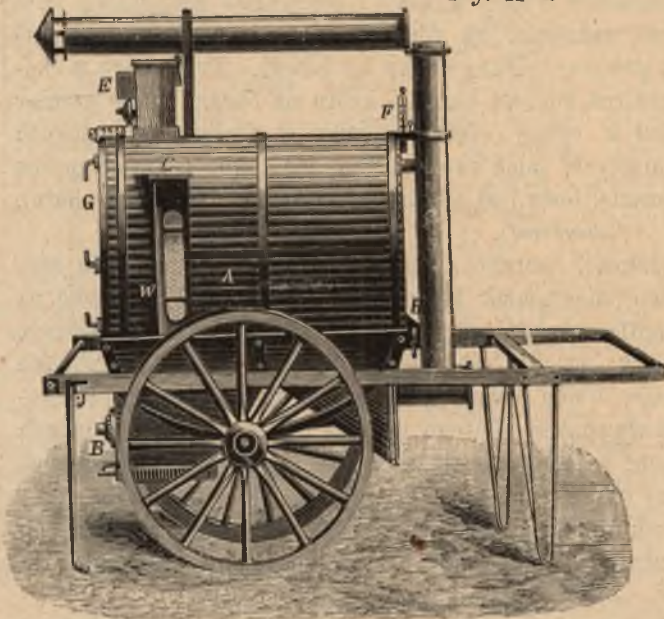


Fig. XII.



Do tej kategorii zalicza się także przyrząd THURSFIELD'a, którego konstrukcyja jest podobną do wyrabianych przez firmę Szäfer i Walcker. Przyrządy THURSFIELD'a w strasznie opłakanym stanie widziałem niedawno w Wiedniu. Każda dzielnica ma jeden taki mały przyrząd, którego długość 1 metr, a szerokość 80 ctm..

Wszystkim tym przyrządom SCHMIDT'a, SZAEPFER-WALKER'a i THURSFIELD'a brak urządzenia do przegrzania przed i wysuszenia po odkażaniu. Brak systemu próżni. Nadto w niektórych nie tylko niema urzą-

dzenia do unikania kondensowania się pary na przedmiotach, ale niema kranów do wypuszczania kondensującej się wody.

W listopadzie roku zeszłego, będąc w Wiedniu, oglądałem na wycieczce w gronie 30 osób, lekarzy i inżynierów, w zakładzie do czyszczenia dywanów od moli przyrząd, sprowadzony z Paryża firmy Geneste, Herscher et Co.. Nie podaję tu rysunku tego przyrządu, jakkolwiek on z całą właściwą Francuzom elegancją wykończony operuje prądem pary, ma urządzoną możność wysuszania rzeczy po odkażeniu, a systemu próżni nie ma. Ogrzewając przed odkażaniem do wyższych temperatur wewnątrz, unika się w ten sposób tworzenia się wody kondensacyjnej, tak samo jak u Schimmela. Przyrząd ten nieruchomy kosztuje wraz z niewielkim stojącym kotłem rurowym 4600 franków.

[D. n.]

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe z d. 28. XI. 1893.

SZUMLAŃSKI przedstawił chorą 15-letnią z wrodzonymi licznymi *papillomata pigmentosa*. Twory te zaczynają się w postaci rozlanego, brunatnego zabarwienia zgrubiałej i pozbawionej włosów skóry powyżej prawej muszli usznej, skąd w postaci bardzo licznych i gęstych drobnych wyniosłości przechodzą na tylną i po części przednią powierzchnię samej muszli, a dalej ku dołowi i przodowi schodzą wązkim paskiem po szyi ku *imisura jugularis sterni*; na samym mostku znajduje się oddzielnie plama nieco jaśniejsza i mniej wyniosła, długości około 1,5 ctm, szerokości 5 mm. Kształt i kierunek wszystkich tych narośli razem wziętych robi wrażenie, jak gdyby w górze po nad muszlą rozlany był płyn, który drogą powyżej opisaną ścieka ku dołowi. Prócz tego u chorej zwraca uwagę niekształtna budowa czaszki, która ma bardzo długi wymiar podłużny i spłaszczona jest w tylnej części, głównie w okolicy wystających zazwyczaj guzów ciemieniowych; sama twarz składa się jakby z dwóch połów o całkiem odmiennym wyrazie: lewa jest młoda, odpowiednia do wieku chorej, prawa znacznie starsza. (*Autoreferat*).

GEFNER [syn] przedstawił chorego z torbielą tęczówki. Oko lewe zranione zostało przed kilku miesiącami: kawałek żelaza przebił rogówkę na granicy twardówki; nastąpiło wypadnięcie tęczówki, które jednak szczęśliwie się zagoiło. Obecnie chory przybył powtórnie, skarżąc się na osłabienie wzroku. Badanie wykazało: w oku lewym na *limbus* od góry i zewnątrz zagojony *prolapsus iridis*. Na wewnątrz od tego miejsca widać torbiel o ścianach szarawych, przezroczystych, zajmującą całą szerokość tęczówki i wchodzącą częścią w źrenicę. Górny brzeg ginie poza blizną rogówki. Torbiele tęczy zdarzają się po urazach wskutek przeszczepienia części nabłonka rogówki lub przedostania się rzęsy z resztkami nabłonka przy jej nasadzie do tkanki tęczówki. Są to więc t. zw. *cystes ex implantatione*. (*Autoreferat*).

RYCHLIŃSKI mówił o t. zw. *dystrophia progressiva*. Chory, demonstrowany na posiedzeniu d. 17. X. 1893, pochodzi ze zdrowej rodziny; nikt bowiem z je-

go krewnych, ani umysłowych, ani wreszcie podobnych chorób, na jaką sam cierpi, nie przechodził. Chory nie pił, nadużyć płciowych nie popełniał. Syfilisu nie miał. Zanik mięśni barkowych zaczął się prawdopodobnie w bardzo młodym wieku, gdyż, jak sam chory zaznacza, nie pamięta, by mógł podnieść rękę do góry bez podtrzymywania drugą ręką. W r. 1876 poczuł chory trudność przy wstawaniu z krzesła i przy wsiadaniu na wózek; 12 zaś lat temu poczuł trudność przy chodzeniu, polegającą na wyrzucaniu nogami i mocnem uderzaniu piętami o ziemię. Objawy chorobowe pełzły powoli, obejmując w coraz większym stopniu coraz nowe grupy mięśniowe i dały obraz następujący: Znaczny zanik mięśni *cucullaris*, *rhomboidei*, *serrati ant.*, *latissimi dorsi*, *supra- et infraspinati*, mniejszy—mięśni ramieniowych i przedramieniowych. *M. deltoideus* zdaje się być w stanie rzekomego przerostu. *M. m. sacrolumbales* i długie mięśnie tułowia znaczna zaniknięte, na dolnych kończynach zanik zajął *mm. glutei*, *quadriceps femoris*; zginacze i mięśnie sprowadzające biodra znacznie zaniknięte. O stopniu zanika mięśni goleniowych rzecz nic nie można ze względu na obrzęk dość znaczny. Drobne mięśnie dłoni i palców zachowane dobrze. *M. soleus*, szczególnie z prawej strony rzekomo przerośnięty. Zanik na lewej połowie ciała znacznie większy niż na prawej, o czym można przekonać się z wymiarów, jakie zrobiono na górnych i dolnych kończynach. Gruba siła mięśniowa względnie dobrze zachowana, szczególnie w niektórych grupach mięśniowych. Wszelkiego rodzaju bodźce czuciowe chory odróżnia i określa prawidłowo. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane, lewy rzepkowy cokolwiek zmniejszony. Pobudliwość mięśniowa na prądy zmniejszona. Odczynu zwyrodnienia niema. Przy badaniu sfery zmysłowej rzuca się w oczy znaczne zwięźlenie pola widzenia, w szczególności lewego oka. R. zwraca uwagę, że obserwowany przez niego przypadek ciekawy jest z następujących względów: 1) Proces zanikowy trwa przynajmniej 45 lat i dotąd przepony nie zajął. Opisywane dotąd przypadki trwały 23—38 lat i zawsze niemal przedstawiały obraz zanikowy we włóknach mięśnia przeponowego. 2) Chód demonstrowanego chorego, robiący na pierwszy rzut oka wrażenie typowego bezładu ruchowego, zależy od znacznego zaniku zginaczy i przemawia za ruchową teorią powstawania w ogóle bezładu i nie zgadza się z czuciową teorią LEYDEN'a, którą autor ten chce wyłącznie tłumaczyć powstawanie bezładu ruchowego. 3) Skonstatowane kilkakrotnie przez prelegenta u chorego, bez danych, upoważniających do podejrzenia histeryi, zwięźlenie pole widzenia, jest do tej pory nieznanym objawem. R. sądzi, że dopiero przyszłe badania chorych tej kategorii perymetrem wykażą albo wyjątkowość tego objawu w danym przypadku, lub też znajdują go u większej liczby chorych. Wreszcie R. zastanawia się nad pytaniem: jaka przyczyna wywołuje idyopatyczną amyotrofię? Według R...., nerwowa teoria powstawania tego cierpienia jest prawdopodobniejszą. Mówić na pewno dzisiaj o braku zmian w ośrodkowym układzie nerwowym przy dystrofii, według zdania RYCHLIŃSKIEGO, nie można, gdyż używane metody badania drobnowidzowego są niedostateczne i sam sposób badania nieszczegółowy. I w tym razie, gdy najsumienniejsze badanie nie wykaże żadnych zmian w rdzeniu, nie powinniśmy jeszcze przypuszczać, że sprawa zaczyna się w mięśniach, gdyż

najnowsze badania naprowadzają na myśl, że być może, iż sprawa zaczyna się w tych „*faisceaux neuro-musculaires*“, o których pierwszy BABIŃSKI pisał w 1886 r.. (*Autoreferat*).

W dyskusyi ROTHE zaznacza, że w opisywanych dotychczas przypadkach postępowego zaniku mięśni, cierpienie to rozpoczynało się zazwyczaj w drugim lub trzecim dziesiątku życia, wobec czego przypadek, opisany przez R..., należałby do wyjątkowych. Wreszcie ROTHE zwraca uwagę na dziedziczność, odgrywającą ważną rolę w tem cierpieniu, o istnieniu jej jednak żadnej wzmianki RYCHLIŃSKI nie podaje.

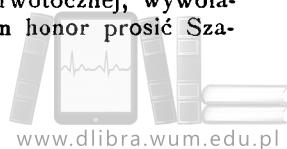
W odpowiedzi RYCHLIŃSKI zaznacza, że cierpienie zaczęło się u chorego w dzieciństwie; gdyby jednak zanik zaczął się w wieku późniejszym, to i wtedy omawiany przypadek nie byłby wyjątkowym, gdyż istnieją, wprawdzie nieliczne, opisy chorych, u których zanik rozpoczął się w późniejszym wieku. Co się tyczy dziedziczności, to ERB rozróżnia takich chorych, u których niema żadnej wskazówki na dziedziczne obarczenie, od tych, w których rodzinie były przypadki nerwowego lub umysłowego cierpienia i wreszcie od tych, gdzie zanik mięśniowy obserwowac się daje u kilku członków jednej i tej samej rodziny.

KOSMOWSKI mówił „o wadze i wzroście dzieci klas biednych w Warszawie“. Poprzedziwszy swój wykład fizyologicznymi warunkami wzrostu dzieci, prelegent na podstawie materiału, złożonego z pomiarów wagi i wzrostu dzieci klas biednych w Warszawie, od 8—15 lat życia, ułożył dla nich tablice, z których wyprowadził wnioski następujące: 1) Waga i absolutny wzrost u chłopców są większe, aniżeli u dziewcząt, które dopiero między 13—14 rokiem życia przewyższają chłopców. 2) Absolutny wzrost i waga chłopców warszawskich są niższe od absolutnego wzrostu i wagi chłopców amerykańskich w Bostonie i szwedzkich w Sztokholmie, a wyższe od chłopców w Turynie; pomiędzy 14—15 rokiem chłopcy nasi przewyższają wzrostem szwedzkich i dosięgają amerykańskich przy wadze mniejszej; dziewczęta zaś u nas do 15 roku życia i pod względem absolutnej wagi i długości ciała stoją niżej od szwedzkich i amerykańskich, a nawet w 14-ym są prześcignięte przez włoskie. 3) Pod względem rocznego przyrostu wagi i wzrostu dzieci klas biednych u nas i za granicą dzieci warszawskie nie ustępują dzieciom proletaryatu w Sztokholmie, są lepiej rozwinięte od włoskich, a ustępują amerykańskim i angielskim. 4) Różnic wybitnych pomiędzy przeciętną wagą i wzrostem dzieci chrześcijańskich a wzrostem i wagą dzieci żydowskich Kosmowski nie zauważył.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Przeczytawszy w N-rze 6-tym „Gazety Lekarskiej“ artykuł D-rów F. ARNSTEINA i A. TROCZEWSKIEGO p. t.: „Ciężki przypadek plamicy krwotocznej, wywołanej miejscowem zakażeniem, wikłającym ranę kłutą stopy“, mam honor prosić Sza-





nowego Redaktora o pomieszczenie w „Gazecie Lekarskiej“ kilku słów w kwestyi wspomnionego artykułu.

Według mego zdania, szanowni koledzy nie zupełnie słusznie zapatrują się na podany przez siebie przypadek, twierdząc, iż mieli do czynienia z dwiema chorobami, t. j.: z zakażeniem krwi i typowo przebiegającą chorobą WERLHOFF'a. Że w danym razie były objawy choroby WERLHOFF'a, nie ulega najmniejszej wątpliwości; czy była to atoli *purpura haemorrhagica sic dicta*, w znaczeniu etyologicznem — to jeszcze pytanie. Wszak zjawienie się dyfterytycznych nalotów [w znaczeniu anatomo-patologicznem] w gardle w przebiegu szkarlatyny nie dowodzi bynajmniej powikłania tej ostatniej prawdziwym dyfterytem [w znaczeniu etyologicznem], *resp.* dyfteryą. Nie mówię o tem, czy twierdzenie D-rów ARNSTEINA i TROCZEWSKIEGO mniej zasługuje na uwzględnienie, niż moje; chcę tylko zwrócić uwagę na to, że opinia ich co do obecności w danym przypadku prawdziwej, typowej *purpurae haemorrhagicae* nie jest przekonywającą, gdyż takie objawy, jak: krwotoki z błon śluzowych, plamy i t. d., dające w ogóle objawy choroby WERLHOFF'a, mogłyby być li tylko objawami zakażenia krwi, jak: *petechiae ex embolia*, *pemphigus haemorrhagicus et cet.* Tembardziej, kiedy idzie o wyświetlenie nieznaney jeszcze dobrze etyologii choroby WERLHOFF'a w wytłomaczeniu podobnych zjawisk należy zachowywać wszelką ostrożność. Dlatego artykuł podany przez szan. kolegów uważałbym za stosowniejsze zatytułować tak: „Zakażenie, wnikające ranę kłutą stopy objawami choroby WERLHOFF'a.

Z głębokim szacunkiem

Dnia 16 lutego 1894.

Lekarz ziemski, *Jan Strzalski* [gub. Tulska].

---

Do listu niniejszego czujemy się w obowiązku dodać od siebie, że jeszcze w roku zeszłym w dyskusyi po przeczytaniu pracy kol. ARNSTEINA i TROCZEWSKIEGO wszyscy członkowie Redakcyi zgodzili się na to, iż przypadek opisany trzeba uważać za jedną z odrębnych postaci posocznicy. Pogląd swój w swoim czasie Redakcyja zakomunikowała autorom wzmiankowanej pracy, lecz na wyraźne ich życzenie pozostawiła artykuł bez zmiany tak tytułu, jak i wywodów. Pracę rzeczoną tak długo trzymaliśmy w tece, bo chcieliśmy jednocześnie pomieścić kilka innych prac, zajmujących się tym samym przedmiotem, lecz ze względów od nas niezależnych prace owe pojawiać się będą kolejno i nieco później.

*Redakcyja.*

---

## Wiadomości bieżące.

— D-r KAREWSKI z Berlina takie podaje szczegóły o bąblowcu nerek. Nerka rzadziej, niż wątroba, bywa siedliskiem bąblowca i zajmuje po niej pod tym względem drugie miejsce. NEISSER, DAVAINÉ, ROBERTS i MADELUNG podają ogółem 180 przypadków, poza którymi można znaleźć jeszcze w literaturze pojedyncze spostrzeżenia. Najczęściej pęcherz pasożyta, rozrastając się, otwiera się do miedniczki nerkowej i może być wówczas łatwo rozpoznany, skoro charakterystyczne błony z moczem na zewnątrz wychodzą zaczyną. W przeciwnym razie, daleko rzadziej pęcherz ów pozostaje w całości i dosięga rozmiarów znacznego guza; rozpoznanie wtedy zazwyczaj ma miejsce podczas lub nawet po operacyi. W braku części składowych bąblowca w moczu, przekłucie próbne może znakomicie ułatwić rozpoznanie. Nieraz do przekłucia takiego w okolicy lędźwiowej nadaje się najlepiej długi prosty trójgraniec. Jeżeli tą drogą płynu nie otrzymamy, co łatwo wypaść może przy mocnem wypełnieniu pęcherzykami worka bąblowca [przypadek D-ra KAREWSKIEGO], należy za pomocą szprycki spróbować, czy nie uda się wydstać choćby kawałek błony bąblowca

W przypadkach wątpliwych należy raczej powtórzyć przekłucie, choćby podczas samej operacji. Ostrożność ta ułatwi dalsze postępowanie i uchroni od zmuszającej walce ze zrostami podczas oddzielania guza. W przypadkach bowiem takich, w których pęcherz bąblowca nie otworzył się do miedniczki, a więc tworzy zamknięty worek, zamiast wyluszczenia nerki wraz z guzem, w zupełności wystarczy tylko przecięcie samego worka, tembardziej, że oszczędzamy przez to zdrową tkankę nerkową, której zazwyczaj pozostaje jeszcze dość dużo. Co się zaś tyczy cięcia lędźwiowego, to ostatnie, jak wykazuje statystyka, o wiele pomyślniejsze daje wyniki, aniżeli otrzewnowe. Laparotomię najczęściej podejmowano w wyniku mylnego rozpoznania.

Stanisław Sikorski

— Wyszedł z druku Nr. 62 „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę kolegi SOKOŁOWSKIEGO p. t.: „Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzielowej“.

— Na ostatniej wystawie międzynarodowej w Chicago funkcjonowały 3 szpitale: 1 ogólny, 1 homeopatyczny i 1 żłobek. Była to nowość, po raz pierwszy na tej wystawie istniejąca. Pierwszy z nich był skończony w czerwcu 1891 r., to jest: 2 lata przed otwarciem wystawy i w tym czasie udzielono w nim porad 11,853, leczono przypadków chirurgicznych 3,364, a wewnętrznych 2,555. Po otwarciu zaś wystawy, podczas 4-ech pierwszych miesięcy jej trwania, leczono 11,583 przypadki. Istniał tam także mały oddział akuszerki [3 łóżka], gdzie do końca sierpnia odbyło przedwczesny poród 6 kobiet, które tam pozostawały 24—36 godzin. Ambulans przez 4 pierwszych miesięcy funkcjonowało 1786 razy.

— Ruchliwa firma nakładowa berlińska S. Karger z szeregu wydawanych przez nią podręczników lekarskich, wypuściła świeżo w handel 2 dzieła: „*Grundriss der Kinderheilkunde*“, napisaną przez SEITZ'a i „*Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und der Nasenrachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik*“, napisaną przez D-ra ZARNIKO. Podręczniki te, napisane treściwie a wyczerpująco, powinnyby wejść w skład bibliotek lekarzy-praktyków.

— Zmarł D-r LÜBCKE prof. chirurgii w Strasburgu.

— Generalny Komitet XI-go międzynarodowego zjazdu lekarzy w Rzymie uprasza Szanownych Kolegów, którzy zamierzają wziąć udział w zjeździe, a dotychczas jeszcze się nie zaopatrzyli w karty udziałowe, aby raczyli się zgłaszać do komitetów miejscowych, od których za przysłaniem 25 franków, jako wkładki członków i 10 franków od każdej z osób towarzyszącej członkom, otrzymają karty udziałowe, oraz wszelkie potrzebne legitymacje do uzyskania zniżek cen na kolejach włoskich, jak niemniej informacje, dotyczące programu zjazdu i wspólnych wycieczek po Włoszech.

Upraszam przeto Szanownych Kolegów, ażeby żądania kart legitymacyjnych przesyłali do Komitetu Krakowskiego pod moim adresem:

Ul. Szczepańska, Nr. 11.

D-r Cybulski.

— Od Komitetu Krakowskiego XI międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Rzymie.

W uzupełnieniu wiadomości, podanej kilka dni temu, Komitet Krakowski ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów, że w celu uniknięcia kłopotów z przesyłką pieniężną, opłata kart udziałowych [25 fr. dla członków, 10 fr. dla osób towarzyszących] może być także skuteczniejszą w Rzymie w głównem biurze; wszelkie zaś legitymacje mogą być dostarczone przez nasz Komitet za nadesłaniem życzenia w liście otwartym.

Prof. N. Cybulski.