

GAZETA LEKARSKA.

I. O ROZPOZNAWANIU KIŁY ¹⁾ (*syphilis*) UKŁADU NERWOWEGO.

Skreślił

D-r S. Domański,

Profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Rozpoznanie choroby dwojakie ma znaczenie: umiejętnie i praktyczne; umiejętnie samo dla siebie, bo choroba jest zjawiskiem w przyrodzie zasługującym, jak każde inne, na zbadanie i poznanie; praktyczne przez swe następstwa pod względem rokowania i leczenia. Znaczenie umiejętnie niezawsze idzie w parze ze znaczeniem praktycznym i wcale nierzadko rozpoznajemy chorobę bardzo ściśle pod względem umiejętnym, nie mogąc z tego żadnych odnieść korzyści pod względem praktycznym.

Na szczęście stanowią niewątpliwie większość choroby, w których umiejętnie rozpoznanie ma wielkie pod względem praktycznym znaczenie, bo wpływa na rokowanie i rozstrzyga o leczeniu.

Do takich chorób liczymy między innymi kiłę układu nerwowego, której wczesne i dokładne rozpoznanie ma nader wielką wagę dla rokowania i leczenia.

Dlatego sądzę, że nie będzie bez pożytku, jeżeli zastanowimy się tutaj nad rozpoznaniem tej częstej choroby, tem bardziej, iż nierzadko błądzi się w jednym i drugim kierunku, t. j.: albo rozpoznaje się kiłę tam, gdzie jej nie ma, albo nie rozpoznaje się jej tam, gdzie jest. I jeden i drugi błąd mieć może nieprzyjemne następstwa czy to dla lekarza, czy dla chorego: narażają pierwszego na zarzut, iż kurację przeciwiłową zaordynował niepotrzebnie lub potrzebnej zaniedbał, drugiego na szkodę nierzadko nie dającą się już powetować lub na leczenie zazwyczaj dla ustroju nieobojętne.

Ażeby dane zboczenie w układzie nerwowym rozpoznać jako kiłowe, dwóch przedewszystkiem potrzeba warunków: 1) wykazać kiłę obecną lub przebytą, 2) dowieść klinicznie, że dane zboczenia polegają lub polegać mogą tylko na kile.

¹⁾ Korzystając z udzielonego sobie po koleżeńsku pozwolenia, używam wyrazu kiła, ponieważ mojem zdaniem 1) odpowiada dobrze duchowi naszego języka, 2) posługuje się nim oddawna najstarsza u nas szkoła lekarska, 3) dają się z niego dobrze utworzyć pochodne, jak: kiłowy, kilak (*syphiloma*), 4) wyraz syfils nie daje się odmieniać, mając zakończenie dla naszego języka niezwykle i niedogodne, 5) wyraz przymiot, lubo przez klasycznego pisarza Oczkę używany, jest dwuznaczny i nie nadaje się do tworzenia zeń wyrazów pochodnych.

Wykazanie obecności lub przebycia kiły jest oczywiście ze stanowiska umiejętnego koniecznym warunkiem do uznania danych zbroczeń w układzie nerwowym za kiłowe, bo z natury rzeczy wypada, że objawy kiły mogą wystąpić jedynie w ustroju zakażonym jadem kiłowym. Ale jak tę kiłę wykazać i jakie w tej mierze nastroczają się trudności?

Że badany ustrój kiłę przebył pierwotną, możemy wykazać albo wywiadami, albo obecnością pewnych zbroczeń, które niewątpliwie lub przynajmniej z podobieństwem do prawdy trzeba przypisać kile.

Co do wywiadów, w wielu przypadkach oświeca nas przyznanie się chorego, iż albo miał pierwotny wrzód twardy albo przechodził leczenie swoiste zaordynowane sobie przez lekarza, który daje rękojmię, iż chorobę należycie rozpoznał i leczył. Takie przypadki nie nastroczają oczywiście żadnych trudności. Zdarza się atoli i to wcale nie bardzo rzadko, iż albo nie można się niczego dowiedzieć, bo chory jest nieprzytomny, pozbawiony mowy lub dotknięty zbroczeniami umysłowymi, a otaczający go, jak zwykle, o przebyciu przezeń kiły nie mają żadnych wiadomości, albo chory stanowczo zaprzecza, jakoby kiłę kiedykolwiek przebywał. Są nakoniec i takie przypadki, w których okoliczności nakazują obyć się bez wywiadów dlatego, ponieważ napewno spodziewać się trzeba, iż nie dojdziemy do prawdy, tak np. dzieje się u kobiet niezamężnych lub mężatek, które nabyły kiły przed małżeństwem i w tym podobnych przypadkach.

Po pewnem doświadczeniu przychodzi się nareszcie do przekonania, iż na anamnezie nie można nieraz polegać tam nawet, gdzieby wykształcenie, rozsądek i stanowisko pacjenta kazały się na pewno spodziewać, iż dotrzemy do prawdy. Jak sobie w takich razach tłómaczyć, że pacjenci chcą na własną szkodę lekarza w błąd wprowadzić, trudno orzec, ale to pewna, iż na anamnezę nie można w tej mierze rachować nieraz nawet i w kołach lekarskich! Przypominam sobie bardzo dobrze kolegę, który okazywał przypadki mózgowe dające się wywieść jedynie z kiły. Wszelkie namowy, prośby i przedstawienia, żeby nas oświecił o prawdziwej swej przeszłości, nie przydały się na nic; co więcej, pacjent zaręczał niezliczone razy, iż kiły pierwotnej nigdy nie przechodził. Mimo tego zaordynowaliśmy mu na podstawie narady koleżeńskiej wcierania szaruchy i poleciliśmy go koledze na prowincyi, od którego wkrótce przyszła wiadomość, iż sam chorego leczył na osutkę kiłową i zapisywał mu w tym celu rtęć! Również przywodzę sobie na pamięć prawnika, człowieka bardzo wykształconego, który zjawił się u mnie z porażeniem mięśnia odwodzącego i innemi przypadkami mózgowymi. Ten także nigdy nie przyznawał się do kiły, ale przed laty sam się zgłosił osobiście do mnie po odbitkę z mej pracy o kile układu nerwowego, aby ją przestudyjować. Czyż ta ciekawość do kwestyi ściśle naukowej wobec przypadków ze strony układu nerwowego nie wznieca podejrzenia, że pacjent kiłę przebywał?

Nakoniec są, i to wcale nierzadkie, przypadki, w których chorzy przyznają się otwarcie, iż mieli jakiś wrzód po podejrzanem spółkowaniu, ale zaprzeczają stanowczo, jakoby kiedykolwiek mieli jakiekolwiek zmiany na skórze, błonach śluzowych i t. d. i aby im kiedy ordynowano rtęć lub jod. W tych przypad-

kach dawniej albo sądzono, że chorzy zmyślają, albo po prostu nie przypuszczano ogólnego zakażenia kiłowego. Z prac atoli nowszych, między którymi obszerna rozprawa ziomka naszego, prof. E. FINGERA w Wiedniu, zajmuje jedno z najcelniejszych miejsc, wypada najprzód, że kiła ogólna może wystąpić bez zmiany pierwotnej miejscowej, powtóre, że naodwrot po wrzodzie pierwotnym może nie być wcale żadnej nawet najmniejszej zmiany na skórze jako objawu zakażenia ogólnego.

Z uwag tych, na doświadczaniu opartych, wypada, że w rozpoznaniu kiły układu nerwowego na wywiadach tylko wtedy polegać można, jeżeli są pod względem kiły pierwotnej lub następowej dodatniemi, jeżeli mianowicie chory przyznaje, że miał wrzód, po którym nastąpiły w pewnym czasie objawy na skórze lub błonach śluzowych, a osobliwie, jeżeli lekarz kompetentny leczył te przypadki środkami rtęciowemi. W tych zaś przypadkach, w których anamneza nie wykazuje kiły pierwotnej lub następowej, gdzie przedmiotowe nawet badanie nie wykazuje żadnych zбочeń kiłowych poza układem nerwowym, tam bynajmniej jeszcze kiły wyłaczyć nie można na tej podstawie, iż chory nie przyznaje się do wrzodu pierwotnego. W tej mierze nie należy chorym ufać zbyt wiele, jak również na zasadzie nieokreślonych względów socyalnych, a zatem nieprzyrodniczych i nielekarskich, wykluczyć kiły, bo dalszy przebieg przypadków nerwowych może łatwo zadać kłam optymistycznym zapatrywaniom się lekarza. Tak np. widziałem u kobiety niezamężnej, trzydziestokilkoletniej porażenie kończyn dolnych, które wystąpiło nagle w towarzystwie utrudnienia oddawania moczu i zaparcia stolca. Badanie przedmiotowe nie wykazało poza układem nerwowym nic nieprawidłowego, a tylko przypadkiem dowiedziałem się, iż chora przebyła przed laty jakąś chorobę oczną. Doszedłem przeto do źródła i przekonałem się z wykazów prowadzonych bardzo ściśle przez kolo-kulistę, iż chora miała niegdyś swoiste zapalenie tęczówki. I dalsze poszukiwania w kierunku, że chora mogła nabyć kiły, dowiodły, iż mieliśmy przed sobą kiłę układu nerwowego, lubo wszelkie okoliczności zewnętrzne i pozycja socyalna pacjentki nibyto przemawiały przeciw możności nawet przypuszczenia kiły.

Powiedzieliśmy wyżej, że wykazanie kiły uprawnia do przypuszczenia, iż ona być może przyczyną danych zбочeń w układzie nerwowym. Rzecz to bowiem oczywista, iż obecność zmian kiłowych w innych narządach dowodzi zakażenia kiłowego; jeżeli przeto mamy przed sobą równocześnie przypadki czynnościowe ze strony układu nerwowego, wypadnie przypuścić raczej, iż jest jedna choroba nagabująca i układ nerwowy i narządy w ustroju, niż żeby miały istnieć dwie różne choroby obok siebie. Naturalnie, że w pierwszej chwili jest to tylko przypuszczenie, które dopiero dalsze rozważanie przypadków klinicznych w układzie nerwowym ostatecznie potwierdzi lub obali, ale ze stanowiska praktycznego nie ma wątpliwości, że tam, gdzie znajdujemy niezawodne objawy kiły, w skórze, błonach śluzowych, kościach, oczach, winniśmy dane zбочenia w układzie nerwowym przede wszystkim odnosić do kiły, a rzeczą jest dopiero dalszego starannego badania i rozważania wszelkich okoliczności wykazać, czy istnieje wspólność przyczyny między zбочeniami w układzie ner-

wowym a innemi objawami kiły; to bowiem nie ulega oczywiście żadnej wątpliwości, że kiła może istnieć obok innych chorób.

Z tego, że na pewnoś anamnezy, jakeśmy już nadmienili, bardzo często rachować wcale nie można, nabierają oczywiście szczególniejszej ważności dla rozpoznania kiły układu nerwowego objawy kiły w ustroju poza tymże układem. Otóż, w tej mierze zasługuje na uwagę spostrzeżenie, najprzód przez francuzów zrobione, że kiła układu nerwowego występuje przeważnie tam, gdzie poprzednio inne objawy tego zakażenia były nieznaczne i minęły nieraz bez zostawienia żadnego śladu po sobie, gdzie zatem przypadki ze strony układu nerwowego są jedynym objawem właściwego zakażenia ogólnego. Nadzwyczaj ważna ta okoliczność nie ulega dziś wątpliwości, a o prawdziwości jej może się każdy przekonać, kto ma cokolwiek więcej, niż zwykle, doświadczenia na tem polu. Jak to sobie tłómaczyć, trudno teraz już powiedzieć, ale wydaje się to tak, jak gdyby kiła, która wyczerpała się we wczesnych okresach i w innych narządach, nie miała później dostatecznej mocy do nagabienia układu nerwowego, który zazwyczaj, ale bynajmniej niezawsze, jest ostatniem polem jej działania.

Wobec tych dwóch okoliczności, że w rozpoznawaniu kiły układu nerwowego niezawsze możemy polegać na wywiadach i że kiła nagabuje układ nerwowy bardzo często tam, gdzie inne jej objawy były nieznaczne i minęły bez śladu po sobie, jest rzeczą nadzwyczaj ważną zbadać jak najdokładniej cały ustrój, by przecież mieć pewnoś, iż poza układem nerwowym nie ma żadnych zbroceń chorobowych, któreby można odnieść do kiły. Przekonałem się w tym względzie, iż koledzy niedoświadczeni polegają za bardzo na podaniach pacjentów, a za mało badają sami osobiście. W sprawie tak ważnej, jak wykazanie kiły układu nerwowego, powinno się używać koniecznie i ściśle wszelkich sposobów badania klinicznego, a przede wszystkim zbadać jak najdokładniej te narządy i części ustroju, w których pojawiają się głównie te zmiany późne kiłowe, po których zazwyczaj [ale wcale nie wyłącznie] występują przypadki kiły w układzie nerwowym, a temi są przed innemi: skóra, błony śluzowe, kości, narząd wzrokowy. W skórze przeto znajdziemy nierzadko, nieraz nawet ze zdziwieniem chorego, kilaki, lub blizny po nich, na kościach osobliwie obojczykach mostku, żebrach, goleni zgrubienia, braki w przegrodzie nosowej, w błonie śluzowej ust blizny lub nawet braki w podniebieniu, zmiany na języku, ślady przebytego zapalenia tęczówki i t. d.. Dopiero po tak starannem zbadaniu całego ustroju wolno powiedzieć, iż nie ma zmian kiłowych.

Wykazaliśmy dostatecznie, jak sędzę, że z koniecznych do rozpoznania kiły układu nerwowego warunków, t. j. odpowiednich dat w anamnezie i obecności zmian kiłowych poza układem nerwowym bardzo często brakuje nam jednego i drugiego; pytanie przeto: jak sobie radzić w takich przypadkach?

[D. n.]

II. DALSZY CIĄG WIADOMOŚCI O EPIDEMII CHOLERY w Lubelskiem.

[Rzecz czytana w Tow. Lek. Warsz. na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 26 Sierpnia 1892 r.]

Podał

O. Bujwid.

Przed tygodniem miałem sposobność zaznaczyć, że choroba, wybuchła w Biskupicach w gub. Lubelskiej, została rozpoznana przezemnie na zasadzie bakteriologicznego badania jako cholera azyjatycka. Przytoczyłem wówczas własności bijologiczne zarazka oraz jego cechy morfologiczne, zaznaczając pewną drobną różnicę, mianowicie szybsze rozrzedzanie galarety, oraz grubszy wygląd laseczek pod drobnowidzem. Szybsze rozrzedzanie galarety zauważyłem na świeżych hodowlach, pochodzących z Walencyi jeszcze w r. 1884; własność ta stopniowo zmniejsza się przy hodowaniu laseczników cholery na agarze. Co do większej grubości, jak dalsze badania wykazały, zależało to od dłuższego pozostawiania bakterij w wypróżnieniach; w galarecie oraz na wilgotnej bieliźnie bakteryje te zachowują wielkość i kształt zupełnie podobny do znalezionych w innych epidemijach. Odczyn z kwasem solnym, jak wiadomo, bardzo charakterystyczny występuje i u tych bakterij w tej samej sile.

Jako najlepszy sposób przewożenia lub przesyłania preparatu w celu badania zaznaczę obecnie następujący: wycina się kawałek koszuli lub prześcieradła w miejscu zwilżonem charakterystycznymi, wodnistymi wypróżnieniami i wkłada w stanie wilgotnym do małego suchego słoika, poczem zamyka się szczelnie korkiem. Po kilku lub kilkunastu godzinach, a nawet i dłużej, zmywamy płótno wyjałowioną wodą i kroplę ztąd powstałego płynu rozcieramy na szkiełku.

Zwykle udaje się spostrzedz odrazu bardzo charakterystyczne, dość małe, cienkie laseczki, pozginane w kabłąk i esowato, zupełnie podobne do tych, jakie znamy z bulijonowych i galaretowych hodowli.

W przesyłanych do badania wypróżnieniach zwykle znajdujemy laseczki krótsze, grubsze, mniej zgięte, niekiedy do bakterij FINKLER'a podobne, niekiedy znów opatrzone rzęskami, tak jak się to dzieje w hodowlach bulijonowych bardzo świeżych lub w kropli wiszącej. Wogóle jednak zaznaczyć należy, że u nas znalezione bakteryje rosną nieco prędzej od tych, jakie znamy z dawnych hodowli przeszczepianych od czasu Walencyjskiej cholery.

Jeszcze jedna charakterystyczna cecha pozwala je identyfikować z bakteryjami KOCH'a. Jak to niedawno ogłosiłem, bakteryje cholery nie rosną wcale lub niezmiernie słabo w atmosferze zawierającej ślad pary jodoformu. Jeżeli w próbówce, zawierającej rozrzedzone w galarecie bakteryje cholery, zawiesimy małą rurkę z jodoformem, u góry otwartą, u dołu zatopioną, to nawet po upływie 1—2 tygodni w próbówce z jodoformem nic się nie rozwinie, gdy tymczasem w próbówce kontroli, poczynając od powierzchni, galareta zostanie rozrzedzoną. Bakteryje podobne do laseczników cholery nie posiadają tych własności. I na

nie działa jodoform, ale daleko słabiej. To też wszystkie inne bakteryje rozrzedzą galaretę pod jodoformem, gdy tymczasem laseczники cholery nie rozrzedzą jej w tym samym czasie.

Świeżo znalezione przezemnie w Biskupicach bakteryje również nie rozrzedzają galarety w atmosferze jodoformowej.

Działanie to jodoformu, jako bardzo poważne mogące oddać usługi w terapii cholery, omówimy osobno, tymczasem nadmienimy kilka słów o początku i dotychczasowym rozwoju samej epidemii.

Epidemia rozpoczęła się przed trzema tygodniami w domu księdza, do którego przybyła z Rostowa nad Donem pani X. z dwojgiem dzieci. Jedno z dzieci miało biegunkę, ale bez żadnych innych objawów; zresztą wszystkie trzy osoby pozostały zdrowe. Nie udało mi się dowiedzieć, czy pani X. miała jaką styczność z osobami choremi na cholere; do naszej wiadomości doszły jednak następujące fakty: niedługo po przyjeździe p. X. w domu nastąpiło pranie, w parę dni potem umarła przy objawach cholery zajęta przy praniu gospodyni księdza, a niedługo i druga kobieta.

Wkrótce potem pojawiła się choroba na podwórzu włościańskim, graniczącą z plebaniją, a w kilka dni potem przeniosła się do samego środka osady gęsto zamieszkałej przez biedną ludność żydowską. Wszędzie choroba występowała u osób, będących w jednym mieszkaniu lub w blizkiej styczności z chorymi, u osób, które nie zachowywały ostrożności w używaniu wody i pokarmów z mieszkania osób dotkniętych chorobą. Po niedługim czasie cholera zawędrowała do sąsiednich wsi Siostrzytowa i Jaszczowa, gdzie jednak spustoszenie ogranicza się do mniejszych rozmiarów dzięki energicznym środkom zapobiegawczym zaraz przedsięwziętym. Środki te polegały na zorganizowaniu pomocy lekarskiej przez powołanie kol. SZMIDTA, KOZIEJEWSKIEGO i FLINDERA i studenta medycyny SEIDENMANA oraz kilku felczerów, z pomiędzy których odznaczył się p. WAWRZYSZAK, który też przed kilkoma dniami sam zapadł na cholere, ale dzięki szybkiej pomocy i silnej organizacji wyszedł z niej obronną ręką.

Choroba rozpoczyna się od biegunki, niekiedy bólu głowy, poczem po kilkunastu godzinach następują wymioty, następnie znów wodniste wypróżnienia i wymioty obok silnych kurczów i drętwienia kończyn, przy silnej zapaści, obniżonej ciepłocie skóry, sinicy i wyraźnego zwiotczenia skóry i mięśni. Następuje *stadium algidum*, które przechodzi po kilku godzinach w zejście śmiertelne, albo przy stopniowo powracającym tętnie zaczyna się stan do tyfusowego podobny, acz przy ciepłocie niższej [36 i niżej]. Leczenie przedsiębranem bywa rozmaite: z początku bywają podawane środki wymiotne (*vomitor. compos.*) czyszczące [kalomel i rycina], następnie pobudzające [wino, kamfora, kąpiele gorące], w kilku przypadkach probowano działania jodoformu, które zdaje się dawać niekiedy wyniki pozytywne.

Zapobieganie polega na zbieraniu wymiocin i wypróżnień do naczynia z mlekiem wapiennym, na wrzucaniu wszelkiej powalanej bielizny do wody wrzącej lub paleniu, na używaniu wody do picia często zmienianej lub w postaci herbaty, używaniu pokarmów świeżo przygotowanych za pomocą gorąca. Najtrudniej poradzić tam, gdzie skutek ciasnoty pokarmy i woda do picia znajdują się

w blizkiej styczności z chorem. W ten sposób w jednym ciasnym, żydowskim mieszkaniu kolejno zachorowało 6 osób, z których 5 zmarło.

Wogóle na 150 zachorowań, z których jednak około 20 należy odliczyć na cholerynę, zmarło 35 osób [do dnia 25 b. m.]. Gdyby był po raz drugi epidemia zdawała się nieco słabnąć — zachorowania były niemniej częste, dzięki jednak troskliwemu niszczeniu zarazka, ilość jego dostająca się do organizmu zdawała się być mniejszą, gdyż wyzdrowienia stały się liczniejszemi.

Obecnie można jednak przypuszczać dalsze szerzenie się epidemii. Zawczoraj umarł w Lublinie przy objawach cholery żyd w gęsto zaludnionej i biednej żydowskiej dzielnicy. W częście białizny jego, wypróżnieniami powalanej, wykryłem bakteryje cholery.

Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SZPITALA Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

III. O STOSOWANIU KREOZOTU W ŁAWATYWACH U SUCHOTNIKÓW.

Podali

D-r med. Br. Chrostowski, ordynator, i K. Wiślocki, asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

V. Bonifacy K., lat 44, wyrobnik. Przybył do szpitala 17. V. 1892. Chory budowy prawidłowej, ze znacznym upadkiem odżywiania, nie obciążony dziedzicznie gruźlicą, uskarża się na kaszel, duszność i osłabienie ogólne. Choroba trwa od lat 14, od kilku jednak tygodni duszność nadzwyczaj się wzmogła, tak, iż chory stał się niezdolnym do pracy. Przed laty miewał kilkakrotnie krwioplucia.

Badanie klatki piersiowej wykazuje: granice płuc mocno obniżone, stępienie odgłosu wypukowego w górnych częściach z obu stron; oddech zaostrzony, w górnych częściach nieokreślony, a pod prawym obojczykiem oskrzelowy; liczne rżenia wilgotne na całej przestrzeni klatki piersiowej, u wierzchołka prawego rżenia dźwięczące. Chory pluje dużo, płwocina zawiera laseczniki KOCH'a. Rozmiary serca powiększone, tony matowe. Wątroba nieco powiększona. Śledziona prawidłowa. Łaknienie małe. Wypróżnienie prawidłowe. Stan bezgorączkowy.

R o z p o z n a n o: *Tuberculosis pulmon. sub. pneum. interstit. chronica. Emphysema pulmonum.* Zalecono: środek wykrztusny, krezot w płynie, *roborantia*.

3. VI. Ciepłota rano 36,7°, wieczór 36,4°. Zmiany w płucach te same, łaknienie lepsze. Waga ciała 122 fut.. Zalecono ławatywy krezotowe.

8. VI. Ciepłota rano 36,6°, wieczór 36,7°. Ławatywy chory znosi dobrze. Stan ogólny bez zmiany, wypróżnienia prawidłowe.

15. VI. Ciepłota 36,7°, wieczór 37,4°. Ławatywy chory znosi dobrze, stan sprawy chorobowej w płucach bez zmiany, duszność nieco większa, płwociny mniej. Od czasu do czasu zjawia się mocno-zielone zabarwienie moczu, częściej po ławatywie wieczornej.

20. VI. Ciepłota rano 36,6°, wieczór 37,2°. Chory czuje się więcej osłabionym, duszność większa, ilość płwociny mniejsza. Ławatywy znosi dobrze. Waga ciała 119½ fut..

28. VI. Ciepłota rano 37,2°, wieczór 37,2°. Kaszel mniejszy, duszność większa, niewielki obrzęk stóp.

3. VI. Ciepłota rano 37,8°, wieczór 37,5°. Chory czuje się bardzo osłabionym, obrzęk stóp wyraźny; łaknienie zmniejszyło się. Zmiany w wierzchołku prawym jakby nieco powiększyły się; rżenia wilgotne szczególnie w dolnych częściach płuc obfitsze.

Wstrzymano podawanie ławatyw, zalecono kamforę z kofeiną, alkohol.

GAZ. LEK. NR. 36.

9. VI. Ciężota rano 36,8°, wieczór 37,2°. Chory czuje się nieco lepiej. Obrzęk stóp ustąpił w zupełności. Stan w płucach bez zmiany. Waga ciała 118 funtów.

12. VI. Ciężota rano 36,8°, chory wyjeżdża na wieś.

W przeciagu 30 dni przyjął 48 ławatyw kreozotowych, przez ten czas stracił na wadze, osłabił, łaknienie zmniejszyło się, pojawiły się obrzęki stóp. Sprawa chorobowa w płucach pozostała *in statu quo ante*, a nawet nieco się pogorszyła. Miejscowo chory znosił ławatywy dobrze, od czasu do czasu zjawiało się zielone zabarwienie moczu, białka lub krwi wykryć się nie udało.

VI. Ignacy I., lat 60, ślusarz. Przybył do szpitala 15. VI. 1892. Chory budowy słabej, z upadkiem odżywiania, nie obciążony dziedzicznie gruźlicą, skarży się na silną duszność, kaszel, osłabienie ogólne i brak łaknienia. Choroba trwa od lat 12, od pół jednak roku duszność i osłabienie wzmogły się bardzo.

Przy badaniu okazuje się: granice płuc bardzo obniżone, odgłos wypukowy wyższy w górnych częściach klatki piersiowej z obu stron, przy wysłuchiowaniu w miejscach tych oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczące. Objawy te więcej wyrażone ze strony prawej. Rozmiary serca nieco powiększone, tony czyste. Granice wątroby i śledziony obniżone. Stan bezgorączkowy. Wypróżnienia prawidłowe. Ilość płwociny znaczna, łaseczników Koch'a dużo. Waga ciała 112 f..

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum sub. Pneumon. interstit. chron. Emphysema pulm.*

Zalecono: ławatywy kreozotowe.

20. VI. Ciężota rano 36,7°, wieczór 37,3°. Ławatywy chory znosi dobrze. Kaszel mniejszy, ilość płwociny bez zmiany. Stolec wstrzymany od 3-ich dni. Zalecono środek lekko czyszczący, ławatywy dalszym ciągu. Zababwienie moczu prawidłowe.

27. VI. Ciężota rano 36,8°, wieczór 37,8°. Ławatywy chory znosi dobrze. Od 2-ich dni zababwienie moczu zielonkawe. Wypróżnienia utrudnione. Zmiany w płucach te same. Łaknienie małe.

1. VII. Ciężota rano 37,0°, wieczór 37,4°. Chory skarży się na ból w piersiach, osłabienie ogólne. Zmiany w płucu lewym bardziej wyraźne, niż dawniej.

4. VII. Ciężota 37,0°, wieczór 37,1°. Wypróżnienia nie ma od 2-ich dni. Osłabienie większe. Dział po rannej ławatywie spadek ciężoty do 36°. Zababwienie moczu zielonkawe. Kaszel większy, płwociny bardzo dużo, duszność uporczywa. Powstrzymano podawanie ławatyw. Zalecono środki wykrztuśne i *roborantia*.

10. VII. Ciężota rano 37°, wieczór 37°. Duszność mniejsza. Kaszel burdzo uporczywy. Zmiany w płucach te same. Zalecono środek narkotyczny.

16. VII. Chory wypisuje się na własne żądanie, przy wadze ciała 109½ funtów.

Zmiany w płucu lewym nieco większe, w prawym *in statu quo ante*.

W ciągu dni 19 chory przyjął 36 ławatyw. Miejscowo znosi je dobrze, po każdej ławatywie ciężota spadała niżej normy. Zababwienie zielone moczu, choć nie codziennie, zjawiało się jednak często. Przez czas podawania ławatyw, chory schudł i osłabił bardzo.

Pozostałe historyje chorych podajemy w skróceniu:

VII. Edward R., lat 32, kominiarz. Budowy prawidłowej, odżywiania miernego, skarży się na kaszel i duszność, ból w piersiach i poty nad ranem.

Przy badaniu znaleziono: stępienie w obu wierzchołkach, szczególnie w lewym, oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczące, pod prawym obojczykiem objawy jamy niezbyt wielkich rozmiarów. Stan podgorączkowy, rano 37,5°, wieczór 37,8°. w płwocinie łaseczniki Koch'a.

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum*. Chory przyjął 56 ławatyw. Znosi je dobrze. Łaknienie poprawiło się znacznie, waga ciała się zwiększyła, kaszel ustał prawie zupełnie, ciężota spadła do normy. Objawy rozpadowe w płucach daleko mniej wyraźne. Pod koniec pobytu w szpitalu 2 razy zjawiało się zielone zababwienie moczu.

VIII. Henryk I., lat 23, urzędnik. Budowy prawidłowej, odżywiania miernego, obciążony dziedzicznie gruźlicą, skarży się na kaszel, trwający od 3-ich miesięcy; od kilku tygodni przyłączyły się poty, osłabienie ogólne i ból w piersiach. Badanie wykazuje: stępienie odgłosu wypukowego w okolicy uad grzebieniem łopatki z obu stron, tamże oddech nieokreślony, rżenia dźwię-

czące, liczniejsze ze strony lewej. W płwocinie laseczники Koch'a. Stan bezgorączkowy lub pod gorączkowy.

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum*. Chory przyjął 65 ławatyw, znosił je znakomicie. Łaknienie wzmożło się, kaszel, osłabienie zmniejszyło się, chory utył [o $3\frac{1}{2}$ fut. w przeciagu miasa]. Zmiany rozpadowe w prawym wierzchołku wysłuchać się prawie nie dają, w lewym zmniejszyły się znacznie.

IX. Feliks B., lat 34, mechanik, budowy prawidłowej, odżywiania miernego; skarży się na duszność, kaszel, osłabienie ogólne, brak łaknienia, poty nocne

Choroba trwa od lat 3-ich, zaczęła się lewostronnem zapaleniem opłucnej, po którym w kilka miesięcy zjawilo się pierwsze krwioplucie, powtarzające się od czasu do czasu.

Badanie wykazuje: objawy wysięku ropnego lewostronnego, z tejże strony w górnych częściach klatki piersiowej oddech oskrzelowy i rżenia dźwięczące. W prawym płucu tylko objawy daleko posuniętej rozedmy. Stan gorączkowy. W płwocinie laseczники Koch'a.

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum. Pyothorax sinistra*. Chory przyjął 26 ławatyw, znosił je dobrze. Wypisał się z subiektywną poprawą, chociaż schudł dość znacznie. Zmiany w płucach pozostały te same; na operację dla usunięcia ropy z worka opłucnej chory zgodzić się nie chciał

X. Romuald D., lat 33, były subjekt handlowy. Budowa prawidłowa, odżywianie upośledzone; chory skarży się na kaszel, duszność, gorączkę, poty nocne, brak łaknienia i osłabienie ogólne. Choroba trwa od kilku miesięcy i objawiła się krwiopłuciem, poczem wystąpiły inne objawy.

Badanie wykazało: stępienie odgłosu wypukowego w górnych częściach klatki piersiowej przeważnie ze strony lewej, także oddech oskrzelowy i rżenia dźwięczące. Płwociny ilość bardzo wielką; laseczники Koch'a. Ciepłota ciała $38-39^{\circ}$ C..

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum*. Chory przyjął 49 ławatyw, znosił je dobrze, zabarwienia moczu nieprawidłowego nie obserwowano; zmarł jednakże przy zwiększającym się wciąż rozpadzie w płucach i ogólnym upadku sił. Ławatywy kreozotowe, prócz każdorazowego obniżenia ciepłoty do stanu prawidłowego, żadnego dodatniego wpływu na przebieg choroby nie miały.

XI. Franciszek S., lat 22, ślusarz. Budowy prawidłowej, odżywiania słabego, obciążony dziedzicznie gruźlicą, skarży się na kaszel, duszność, osłabienie ogólne, poty nocne. Choroba trwa od lat 2-ich.

Badanie wykazuje: stępienie odgłosu wypukowego z obu stron klatki piersiowej w okolicy nad grzebieniem łopatk, oddech nieokreślony, ze strony prawej oskrzelowy, liczne rżenia dźwięczące. Stan gorączkowy.

Rozpoznano: *Tuberculosis pulmonum*. Chory przyjął 56 ławatyw kreozotowych, znosił je dobrze, zabarwienia moczu nie obserwowano, żadnego jednakże dodatniego wpływu na przebieg choroby nie było. Ciepłota ciała obniżała się na $\frac{1}{2}-2^{\circ}$ C. po każdej ławatywie.

XII. Edward S., lat 36, stolarz, budowy słabej, odżywiania bardzo upośledzonego, skarży się na duszność, kaszel, ból w piersiach, rozwolnienie, dreszcze, poty nocne, osłabienie i brak łaknienia. Choroba trwa od 5 lat, od kilku tygodni przyłączyło się uporczywe rozwolnienie.

Badanie wykazuje: objawy nacieczenia w górnych częściach lewego płuca i całym prawym; wyraźne oznaki obszernej jamy pod obojczykiem prawym. Brzuch wzdęty, bolesny. Płwocina obita zawiera znaczną ilość lasieczników Koch'a. Stan gorączkowy, $38,5^{\circ}-39,5^{\circ}$.

Rozpoznano: *Tubercul. pulmon. et intestinorum*. Chory przyjął 54 ławatywy, znosił je dobrze, przez cały czas ich stosowania rozwolnień nie było. Chory wypisał się na własne żądanie z subiektywną poprawą. Sprawa chorobowa w płucach przez ciąg leczenia posuwała się w dalszym ciągu.

XIII. Wincenty O., lat 42, policyjant, budowy słabej, lecz prawidłowej, odżywiany miernie; skarży się na duszność i kaszel, trwające już od $2\frac{1}{2}$ lat, w ostatnich czasach przyłączyła się gorączka, poty i osłabienie. Stan gorączkowy $38^{\circ}-39^{\circ}$ C..

Badanie wykazuje: w obu płucach objawy nacieczenia i rozpadu daleko posuniętego. Na mostku w okolicy stawu mostko-obojczykowego prawego guz wielkości jaja kurzego, chęłbocący. Płwociny dużo, laseczники Koch'a w znacznej ilości.

Rozpoznano: *Tuberc. pulm. Caries sterni tuberculosa*. Chory przyjął 79 ławatyw. Znosił je dobrze, ciepłota ciała obniżała się na parę godzin po każdej ławatywie, żadnego jednak dodatniego wpływu na przebieg choroby nie było. Chory wypisał się ze szpitala bez polepszenia. Stracił na wadze.

XIV. Aleksander G., lat 52. Robotnik, budowy prawidłowej, silnie wyniszczony, niedokrwi-
sty, skarży się na kaszel, duszność, gorączkę i osłabienie ogólne. Choroba trwa od $\frac{1}{2}$ roku, od tej
pory stracił bardzo na wadze. Ciepłota ciała 38—40° C. Płwociny bardzo dużo, laseczniki Ko-
ch'a w niewielkiej ilości.

Badanie wykazuje nadzwyczaj obszerne zmiany rozpadowe w obu płucach, szczególnie zaś
w wierzchołku prawym.

Rozpoznano: *Tubercul. pulmonum*. Chory przyjął 44 ławatywy, znosił je dobrze. Ciepłota
ciała po każdej ławatywie obniżała się znacznie, na czas jednak krótki [2—3 godziny]. Chory wyjechał
na wieś ze zmianami chorobowymi w płucach jeszcze bardziej rozwiniętymi.

Rozpatrzmy teraz podany wyżej materiał. Okazuje się, iż u 14 cho-
rych, leczonych przez nas za pomocą ławatyw kreozotowych, otrzymaliśmy na-
stępujące wyniki:

1-o. U 5 chorych mniejszą lub większą poprawę | spostrzeżenie I, II; VII,
VIII, IX |.

2-o. U 7 chorych żadnego dodatniego wpływu nie było, choroba postępo-
wała w dalszym ciągu i z chorych tych 3-ch zmarło w szpitalu.

3-o. U 2 chorych zauważyliśmy wyraźnie szkodliwy wpływ leczenia ława-
tywami, tak na stan ogólny, jak i na sprawę miejscową | V, VI |. Po zaprze-
staniu podawania ławatyw chorzy ci znowu się poprawiali.

Chorych naszych, jak widać z powyżej podanych historyj, podzielić można
na 3 grupy:

Do pierwszej grupy zaliczamy chorych, u których otrzymaliśmy mniej
więcej dodatnie rezultaty.

Znajdują się tu osobniki ze sprawą chorobową świeżą jeszcze, z wyraźne-
mi jednak objawami rozpadu; jedni z nich gorączkują nieznacznie, inni dość wy-
soko, wszyscy jednak odznaczają się względnie niezłym odżywianiem, nie są
jeszcze zbyt sprawą chorobową wyniszczeni.

Do drugiej grupy chorych, u których żadnego wpływu naszego leczenia na
przebieg choroby nie było, należą przeważnie osobniki z bardzo daleko posunię-
tymi zmianami rozpadowymi w płucach, silnie gorączkujący, znajdujący się na
wysokim stopniu wyniszczenia i upadku sił, jak również z powikłaniami ze
strony kiszek, krtani i t. p..

Do trzeciej grupy, w której otrzymaliśmy wyraźne pogorszenie, należą
osobniki z formą suchot przeważnie włóknistą. Sprawa chorobowa u nich cią-
gnie się powoli bardzo oddawna [12—14 lat]. Są to chorzy z rozedmą płuc,
obszernymi stwardnieniami i nieznacznym rozpadem; chorzy nie gorączkujący
lub tylko od czasu do czasu, lecz z odżywianiem silnie upośledzonym [V, VI].

Zanim przystąpimy do wyjaśnienia sobie niejednakowego działania ława-
tyw kreozotowych na rozmaitych chorych, zwrócić musimy uwagę na następu-
jącą okoliczność.

Badając rezultaty, otrzymane przy stosowaniu danego środka leczniczego,
dla wprowadzenia którego do ustroju istnieje kilka sposobów, rozróżnić trzeba:

1-o. skutki zależne od działania samego środka na cały ustrój i sprawę chorobową bez względu na sposób podawania,

2-o. skutki zależne od właściwości poszczególnych metod stosowania tego środka.

Obserwacje nasze prowadzone były nad podawaniem przez kışzkę prostą znacznych ilości kreozotu u suchotników; przedstawiają zatem dane, służące z jednej strony do oceny nowego sposobu podawania kreozotu, z drugiej zaś, dotyczące się działania wielkich dawek tego środka na przebieg suchot płucnych. Przystąpimy więc przedewszystkiem do rozpatrzenia zalet i wad podawania kreozotu przez kışzkę prostą, w porównaniu z innemi sposobami stosowania tego środka.

Wszyscy obserwowani przez nas chorzy znosili ławatywy kreozotowe bardzo dobrze. Ani razu nie spostrzegaliśmy podrażnienia ze strony kışzki odchodowej, któreby zmusiło do ich zaprzestania.

Chorzy nie skarżyli się ani na pieczenie w kışsce, ani na parcie na stolec, ani na boleści w brzuchu.

W przypadkach powikłanych rozwolnieniem [III, XI] podawaliśmy również ławatywy i przez czas ich stosowania rozwolnienie ustawało, a nawet zjawiały się zaparcia stolca.

Poprawę łaknienia obserwowaliśmy nie u wszystkich chorych, a jeśli ono zwiększało się, to nigdy jednakże w tym stopniu, jak przy podawaniu kreozotu przez żołądek.

Już w kilka minut po przyjęciu ławatywy większość chorych odczuwała charakterystyczny dla kreozotu smak w ustach, co dowodzi nadzwyczajnej szybkości wessania.

Po każdej ławatywie [skrupułowej] mniej więcej w godzinę następowało obniżenie ciepłoty ciała na 1—2° C., dosięgające swego *maximum* w 2—3 godziny po przyjęciu.

Objaw ten zależy nie tylko od wprowadzenia do ustroju wielkiej ilości kreozotu, lecz i od sposobu stosowania tego środka; przy podawaniu bowiem dużych ilości kreozotu innemi sposobami nie obserwowano tak wyraźnego i szybkiego obniżenia ciepłoty — powstaje ono jedynie przy wessaniu w krótkim przeciągu czasu całej prawie podanej ilości kreozotu. Od szybkiego również wchłaniania kreozotu zależy zjawiające się przy stosowaniu ławatyw zielone lub ciemne zabarwienie moczu. Objaw ten obserwowaliśmy jednak rzadko i to u niektórych chorych, pod tym więc względem różnimy się od REVILLET'a, który u wszystkich chorych po każdej ławatywie otrzymywał podobne zabarwienie.

Postaramy się wyjaśnić sobie przyczynę tej niezgodności. Kreozot, podobnie jak wiele innych ciał grupy aromatycznej [fenol, kwas salicylowy, będzwinowy i ich związki np. salol i t. p.], posiadając wielką skłonność do łączenia się z ciałami białkowatemi, działa niszcząco na czerwone krążki krwi i oswabdzając zawarty w nich barwnik, nadaje moczowi kolor ciemno-zielony. Z naszych obserwacyj widać, że takie zabarwienie moczu zjawiało się jedynie

u chorych niegorączkujących [V, VI, VII]. Fakt ten przemawia bezwarunkowo na korzyść nowej teorii o istocie działania kreozotu wspomnianej na początku tej pracy, a podanej przez HOELSCHER'a i SEIFERT'a ¹⁾.

Autorzy ci na podstawie licznych doświadczeń doszli do przekonania, że kreozot [a właściwie działająca w nim część składowa gwaajakol] po dostaniu się do krwi łączy się z białkowatymi ciałami w niej się znajdującymi, a ponieważ najmniej stałymi, najwięcej do reakcyj pochopnymi okazują się ciała białkowe, będące rezultatem spraw życiowych chorobotwórczych drobnoustrojów, przedewszystkiem więc łączy się z niemi, tworząc związki stałe, już nie jadowite, które później wydalają się z ustroju pod postacią soli etero-siarczanych. Rzecz więc jasna, że skoro dany osobnik gruźliczy silnie gorączkuje, a zatem krew jego zawiera znaczną ilość toksalbumin gruźliczych, to wprowadzony doń kreozot całkowicie łączy się z niemi i niszczącego wpływu na krążki krwi wyrzucić nie może, zabarwienia przeto moczu w przypadku takim nie będzie.

Skoro jednak ustrój nie gorączkuje lub tylko nieznacznie, czyli krew jego zawiera niewielką ilość toksalbumin, wtedy z wessanego w krew kreozotu część zaledwie połączy się z niemi, reszta zaś podziałać musi niszcząco na czerwone krążki i otrzymany wówczas charakterystyczne zabarwienie moczu.

To samo będzie, jeżeli do ustroju gorączkującego wprowadzimy tak wielką ilość kreozotu, że po zneutralizowaniu wszystkich krążących w nim jądów, zostanie jeszcze pewna jego część, dostateczna do zniszczeń danej ilości czerwonych ciałek krwi.

Takiem przypuszczeniem możemy wytłómaczyć również i to, dlaczego REVILLET u wszystkich swoich chorych otrzymywał ciemne zabarwienie moczu, my zaś tylko u niektórych i to niegorączkujących; podawał on bowiem prawie po drachmie [3,50 grm.] kreozotu na raz, my zaś zaledwie po skrupule.

Również i wyniki lecznicze otrzymane przez nas jasnymi się stają wobec teorii SEIFERT'a i HOELSCHER'a. I tak: u chorych pierwszej grupy, gorączkujących, podawaniem znacznej ilości kreozotu, oswabadzaliśmy ustrój od zatruwających go jądów, obniżaliśmy gorączkę, stawialiśmy go zatem w najlepsze do wyrównania zaburzeń chorobowych warunki.

A ponieważ osobniki te miały jeszcze dostateczny zapas sił, rzecz więc naturalna, iż u nich nastąpiła poprawa. Osobniki zaś drugiej grupy nie doznały polepszenia wskutek tego, że ilość kreozotu im podawana była może za mała w stosunku do ilości krążących w ich krwi jądów, jak również i wskutek tego, iż posiadały one zbyt mały zapas sił, a zbyt wielkie zmiany miejscowe i ogólne, ażeby mogły skutecznie walczyć z chorobą.

Również jasnem się staje, dlaczego nasi chorzy, należący do 3-ej grupy [niegorączkujący V i VI] tracili na wadze i słabli. Z powodu bowiem nieznacznej ilości jądów, krążących w ich sokach, cała prawie ilość podanego im kreozotu łączyła się z czerwonymi krążkami krwi, niszczyła je, w rezulta-

¹⁾ Berlin klin, Woch. 1892 N. 3. Ueber Wirkungsweise des Guajakols. Ein Beitrag zur Theorie der Arzneiwirkung.

cie czego następowało systematyczne zubożenie i tak już osłabionego chorobą ustroju.

Wogóle mówiąc, rezultaty terapeutyczne, otrzymane przez nas przy stosowaniu lawatyw kreozotowych u suchotników, są znacznie mniej pomyślne, aniżeli te, które w ostatniej swej pracy podaje SOMMERBRODT ¹⁾, stosując wielkie ilości przez żołądek.

Mimo to jednak, nie powinny one zniechęcać do leczenia suchot wielkimi dawkami kreozotu. Jest to obecnie jedyna racjonalna metoda. Różnice zaś wyników otrzymanych przez SOMMERBRODT'a i przez nas po części dają się tłómaczyć następującymi danymi:

1-o. Obserwowani przez nas chorzy odbywali leczenie w znacznie gorszych higienicznych i dyjetetycznych warunkach: na salach ogólnych i przy zwykłym szpitalnem odżywianiu, podczas gdy chorzy SOMMERBRODT'a leczeni byli ambulatoryjnie, przebywali w wygodnych mieszkaniach, na wsi i jako należący [wszyscy prawie] do sfer mniej więcej zamożnych, posiadali środki do postawienia się w odpowiednie warunki. Nasi zaś chorzy przeważnie należeli do najbiedniejszej warstwy ludności [wyrobnicy, rzemieślnicy, drobni urzędnicy].

2-o. Czas trwania leczenia u naszych chorych liczył się zaledwie na tygodnie. Chorzy SOMMERBRODT'a leczeni byli w przeciągu lat całych.

3-o. Większość naszych chorych przedstawiała formy choroby najcięższe i dalej posunięte, niż chorzy SOMMERBRODT'a.

Ostatecznie więc wyniki badań naszych nad stosowaniem wysokich dawek kreozotu przez kışkę prostą u suchotników dadzą się sformułować, jak następuje:

1-o. Lawatywy kreozotowe są nadzwyczaj wygodną formą stosowania znacznych ilości kreozotu. Pod względem jednak wpływu na zwiększenie łąknienia niżej je trzeba postawić od podawania środka tego przez żołądek. Z drugiej jednak strony trzeba im oddać pierwszeństwo przed wszelkimi innemi metodami w tych przypadkach, w których chorzy wskutek wrażliwości błony śluzowej przewodu pokarmowego [lub innych przyczyn] większych ilości kreozotu przez żołądek przyjmować nie mogą.

2-o. Lawatywy kreozotowe w dawkach skrupułowych są środkiem szybko obniżającym ciepłotę ciała, dzięki nadzwyczaj szybkiemu wysaniu się kreozotu. Obniżenie ciepłoty jest jednak zbyt krótkotrwałem, ażeby metoda ta mogła być nazwaną *in stricte dictu antifebrilis*.

3-o. Leczenie suchot wysokimi dawkami kreozotu daje dodatnie wyniki przedewszystkiem u tych chorych, którzy, przedstawiając objawy zatrucia całego ustroju jadami gruźliczemi [gorączka i t. d.], odznaczają się jeszcze względnie dobrem odżywianiem i u których sprawa chorobowa w płucach nie zrobiła zbyt wielkich spustoszeń.

Postać włóknista suchot bez gorączki, lecz z upadkiem odżywiania, nie nadaje się do stosowania zbyt wysokich dawek kreozotu.

¹⁾ Berlin. klin. Wochr. 1892. 7 i 43.

4-o. Zjawienie się ciemno-zielonego zabarwienia moczu jest dowodem wprowadzenia zbyt już wielkiej ilości kreozotu i służyć winno za wskazówkę do zaprzestania zwiększenia dawki.

IV. POCZĄTKI HISTERYI U DZIECKA.

PRÓBA OBJAŚNIENIA PRZYCZYNY OBJAWÓW HISTERYCZNYCH.

Opisał

Stanisław Kamiński.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 34].

V.

Treść. Teoryja Benedikt'a i Oppenheim'a niestalej równowagi układu nerwowego, jako przyczyny objawów histerycznych. Czynnikiem psychioznym, utrzymującym w równowadze układ nerwowy, jest wola. Teorya Ribot'a niewykształcenia się woli, jako przyczyny histeryi. Histeryja jest chorobą rozwoju woli.

Tak więc działaniem wyobrażeń nie jesteśmy w stanie objaśnić ani jednego z objawów histerycznych. Wyobrażenia mogą być albo tylko ostatnią przyczyną (*causa occasionalis*), albo też w pewien sposób je modyfikować. Dlatego też OPPENHEIM ¹⁾, zastanawiając się nad istotą histeryi, słusznie nie zadawała się teoryją Möbius'a. Powraca on do wyrażonej już przez BENEDIKT'a teorii o niestalej równowadze układu nerwowego histeryków, jako do przyczyny objawów chorobowych. Ten brak zaś równowagi stałej stara się on objaśnić przez „zmniejszone tarcie między cząsteczkami istoty nerwowej“. Pojęcie równowagi zaczerpniętem jest z fizyki. Otóż, fizyka zna: 1-o równowagę sił, przyczem jeżeli na ciało działają dwie lub kilka sił równoważących się, to ciało pozostaje w spoczynku i 2-o równowagę ciał stałą i niestłą. Ma się rozumieć, że o równowadze sił w układzie nerwowym w znaczeniu fizycznym mowy być nie może. Bardziej zbliżonem do tego, co ma miejsce w układzie nerwowym, jest fizyczne określenie równowagi ciał. W samej rzeczy tak jak w fizyce mówimy, że ciało znajduje się w stałej równowadze wtedy, gdy wyprowadzone ze swego dotychczasowego położenia wraca doń, skoro siła przestaje działać na ciało, tak samo powiedzieć możemy, że układ nerwowy jest w równowadze stałej, jeśli sprawy chemiczne i fizyczne w nim kończą się wraz ze zniknięciem bodźca, który je wywołał. Różnica jednak między równowagą ciał a równowagą układu nerwowego jest ta: 1-o że stan nowy układu nerwowego, następujący po zniknięciu bodźca, nie może być identycznym ze stanem poprzedzającym zjawienie się takowego, gdyż inaczej znikłyby bardzo ważne własności układu nerwowego, a mianowicie pamięć i zdolność ćwiczenia; 2-o że bodziec działający na układ nerwowy jest siłą daleko bardziej złożoną w skutkach, niż siły działające na ciała fizyczne

¹⁾ OPPENHEIM. Thatsächliches u. hypothetisches über das Wesen der Hysterie. Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 25.

i z tego powodu działanie jego może być bardzo długotrwałem, jeżeli chodzi o czynności dowolne, celowe.

Jeżeli to fizyczne określenie równowagi zastosujemy do układu nerwowego, to nie będzie w niem miejsca dla jakiejś czysto słownej hipotezy o tarcu międzycząsteczkowym; fizyka bowiem czyni zależną równowagę ciał od położenia ich środka ciężkości; zachodzi więc pytanie, gdzie powinien się znajdować środek ciężkości dla czynności układu nerwowego. Doświadczenia fizjologiczne dowiodły, że zwierzę wtedy tylko może wykonywać samodzielnie wszystkie czynności potrzebne do zachowania życia osobnika i gatunku, gdy nie jest pozbawionem kory mózgowej. Czynności więc tej ostatniej utrzymują w równowadze układ nerwowy, czyli inaczej: w nich znajduje się punkt ciężkości dla tegoż układu.

Z czynności zaś kory mózgowej ani zaburzenia w sferze wyobraźni, ani uczuć nie są w stanie objaśnić nam objawów historycznych. Pozostaje więc jedna tylko czynność kory, której wadliwe funkcjonowanie mogłoby nam objaśnić zaburzenia historyczne. Tą czynnością jest wola.

Że wola jest upośledzoną u historyków, fakt ten nie uszedł uwagi żadnego z autorów piszących o histeryi.

„Bez względu na sposób powstawania, mówi JACCOUD, choroba [histeryja] rozwinięta przedstawia dwa pierwiastki zasadnicze, t. j. osłabienie czynności mózgowej, ściślej mówiąc—woli [porażenie mózgowe] i podniesienie czynności automatycznej rdzenia [nadruchliwość rdzeniowa]“ ¹⁾.

Jeszcze bardziej stanowczo wyraża się AXENFELD-HUCHARD: „Wszystkie odmiany ich [histeryczek] charakteru, ich stan umysłowy, mogą być streszczone w następujących słowach: nie umieją, nie mogą, nie chcą, nie chcą“ ²⁾. JOLLY dosyć trafnie określa charakter owej niemocy woli u historyków: „Zdolność chcenia i energija tegoż podlegają u historyków najprzeróżniejszym przemianom. Wogóle da się powiedzieć, że odpowiednio do wzmożonej wrażliwości chorych i bodźce woli powiększają się w częstotliwości i sile, ale ciągła zmiana usposobienia upośledza ich wyniki“ ³⁾. RICHER, zastanawiając się nad cechami obłądzenia historycznego, kładzie nacisk na brak dowolności i automatyzm tego objawu ⁴⁾. „Co się tyczy woli [u historyków], nie istnieje ona, mówi PEUGNIEZ, albo raczej zjawia się nagle, napadowo, z dziwnem natężeniem, aby zniknąć również niespodzianie. Chory chce jeszcze, ale tylko przez kilka chwil, z wściekłością, lecz prawie natychmiast ustępuje, albo dzięki zmęczeniu, albo obojętności, albo zapomnieniu“ ⁵⁾. CHARCOT, przeprowadzając porównanie między hipnozą, wstrząśnieniem nerwowym (*shock nerveux*) a usposobieniem, w jakim znajdują się historycy w chwili powstawania bezwładów, mówi: „w jednym i w drugim przypadku dowolność (*spontanéité*) psychiczna, wola, sąd, są mniej lub więcej zniesione i zamgło-

¹⁾ JACCOUD, l. c. T. I. str. 758.

²⁾ AXENFELD-HUCHARD, l. c. str. 971.

³⁾ JOLLY. Art. Hysterie w ZIEMSSSEN's spec. Path. u. Ther. 1874. XII. 2, str. 517.

⁴⁾ RICHER, l. c. str. 241—245.

⁵⁾ PEUGNIEZ, l. c. str. 30.

ne, dlatego poddawanie jest łatwem; z tego więc powodu najłżejsze zranienie, np. jednego z członków, może się stać powodem bezwładu, przykurczenia, albo bólu w stawie“ ¹⁾).

Żaden jednak ze wspomnianych wyżej autorów nie wziął owej choroby woli za punkt wyjścia dla objaśnienia wszystkich, a przynajmniej większości objawów histerycznych. Tak JACCOUD parę wierszy niżej przytoczonych słów objaśnia objawy histeryi bezładem mózgo-rdzeniowym, choć wyraźnie zaznacza, że „skutek będzie ten sam, jeśli czynność mózgowa osłabnie bez zmian w czynności rdzeniowej, gdyż ta ostatnia brać musi przewagę względną, powodując też same co przedtem następstwa“. Dziwne rozumowanie: przyjmować dwie przyczyny, jeżeli jedna objaśnić może wszystkie zjawiska. AXENFELD-HUCHARD także nie zgadza się, aby histeryja była jedynie chorobą mózgową, gdyż trudno przypuścić, mówi on, aby bóle krzyża, *paraplegiae* lub *tympanitis* były objawami mózgowymi ²⁾. Nie pojmuję, dla czego objawy paralityczne (*paraplegia*, *tympanitis*) lub też objawy nadczułości w dziedzinie pewnych nerwów miałyby przeczyć mózgowemu pochodzeniu histeryi. Przecież sam AXENFELD-HUCHARD objaśnia bezład histeryczny stanem słabej pobudliwości woli ³⁾).

Co się zaś tyczy nadczułości u histeryków, to zależność jej od zniesienia czynności woli nie jest widocznie tak nieprawdopodobną, skoro, jakśmy widzieli, przyjmuje ją CHARCOT. JOLLY odpowiada wymijająco na zagadnienie o przyczynie histeryi. Zdaje się jednak, że jest on zdania, że przyczyną tej choroby jest nieprawidłowy stan całego układu mózgo-rdzeniowego, a nawet nerwów ⁴⁾. CHARCOT i RICHER nie zastanawiali się właściwie nad przyczyną histeryi, a tylko pojedynczych jej objawów.

Zdaje mi się, że ta niechęć, to cofanie się wspomnianych wyżej autorów przed teorią, która nieraz bywa prawie końcowym tylko wnioskiem z postawionych przez nich przesłanek, ma swe źródło w tem, że albo uważali oni wolę za pewien rodzaj „fiat“ psychicznego, będącego czemś zupełnie odrębnem i dodatkowo w życiu psychiczno-nerwowem osobnika, albo też mieli na względzie jedynie zanik woli (*abulia*) taki, jaki spotykamy u idyotów i innych psychopatów.

W samej rzeczy nie potrafimy objaśnić objawów histeryi, jeżeli zapatrywać się będziemy na wolę jako na zdolność wyboru między dwoma sprzecznymi popędami, albo jako na władzę powściągn.

Jak w jednym tak i w drugim przypadku mamy do czynienia z najbardziej złożonemi i najpóźniej występującemi przejawami czynności woli. Nim zaś wola zacznie się w ten sposób przejawiać, musi ona przejść wiele okresów rozwoju stopniowego, zawładnąć prawie całym życiem nerwowym ustroju. Co się zaś tyczy zaniku woli, t. j. braku popędów, prowadzącego do bezczynności fizycznej i umysłowej, to tego u histeryków nie ma wcale, gdyż istnieją u nich nawet dosyć silne, choć nietrwałe, popędy.

[C. d. n.]

¹⁾ CHARCOT, l. c. T. III, str. 392—393.

²⁾ AXENFELD-HUCHARD, l. c. str. 1086.

³⁾ AXENFELD-HUCHARD, l. c. 1012.

⁴⁾ JOLLY, l. c. str. 469.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 34].

Najdogodniejsza dla rozwoju tego pasorzyta ciepłota waha się między 30° — 40° C.; przy 16° nie rozwija się, a począwszy od 17° C., zwłaszcza przy 22° — 25° C. hoduje się bujnie na żelatynie. Według BABES'a ¹⁾, giną laseczniki przecinkowe ogrzane szybko do 85° C., krótkotrwale zaś ogrzewanie do tejże ciepłoty nie zabija ich, choć nawet daleko niższe ciepłoty upośledzają ich żywotność czasowo lub też istnieniu ich kres zadają; tutaj bowiem wchodzi w rachubę nie tylko natężenie ciepłoty, lecz również krótsze lub dłuższe jej zastosowanie. Toteż gdy w hodowlach v. ERMENGEM'a ²⁾, NICATI'ego i RITSCH'a ³⁾ ginęły laseczniki przecinkowe na sztucznych podłożach przy 60° C., to CANESTRINI i MORPUGO ⁴⁾ dla starszych, t. j. mniej opornych laseczników za krytyczną uważa już ciepłotę 47° C., przez czas dłuższy działającą; wprawdzie oziębienie poniżej zera nie niszczy zupełnie przecinkowców KOCH'a, które przy przeniesieniu na inny grunt lub przy ogrzaniu mogą odzyskać swoją żywotność, wszelako poniżej — 10° C. ustaje nawet ich utajona egzystencja.

Czułe są nadzwyczaj na brak wilgoci, i tem się różnią od bakterij posiadających zarodniki. Gdy bowiem laseczniki wąglikowe, na szkiełku przykrywkowym wysuszone, przez czas długi dadzą się przechowywać w stanie zakaźności, to spirylle cholery w cienkiej warstwie rozpostarte i wysuszone przy wolnem dostępie powietrza, najdalej po 3 godzinach, przeniesione nawet na najodpowiedniejsze podłoże, rozwijać się nie będą.

W grubszych warstwach, np. na kartoflu, prawdopodobnie z powodu trudniejszego wysychania, dłużej dają się utrzymać, choć po 24—48 godzinach już istnieć nie mogą. Zdanie to, wypowiedziane przez KOCH'a na I konferencji Berlińskiej, stwierdza brak stanu trwałego u spiryllów cholery i posiada wielkie znaczenie dla profilatyki. Późniejsze badania innych autorów ⁵⁾ potwierdziły pogląd znakomitego bakteriologa, choć nieco go rozwinęły. Prace, dotyczące tej kwestyi, odnoszą się do sprawy wytwarzania zarodników: o nich wspominaliśmy wyżej; na szczegółowsze jednak zastanowienie się zasługują badania, dokonane przez KITASATO'a ⁶⁾ i BERKHOLZ'a ⁷⁾. KITASATO wprawdzie stwierdził przy zastosowaniu innej metody, mianowicie przez wysuszanie hodowli na nitkach jedwabnych, że bakterije cholery są nadzwyczaj mało odporne, jednak do 13 dnia zachować mu się udało ich stan żywotności. Ze względu na różnorodność stosowanych metod, niejednakowe otrzymuje rezultaty BARKHOLZ; wszak przeszczepiał laseczniki cholery z Flinthen na różne grunta odżywcze, hodował je przy niejednakowej ciepłocie, wreszcie mieszał je z wyjąłowaną ziemią ogrodową, podawał je prądowi powietrza, umieszczał w eksykatorze, napajał nimi ni-

¹⁾ BABES. Untersuchungen über KOCH's Kommabacillus. VIRCH. Arch. Bd. 99. H. I. s. 148.

²⁾ L. c.

³⁾ L. c.

⁴⁾ CANESTRINI i MORPUGO.

⁵⁾ Powyżej.

⁶⁾ L. c.

⁷⁾ L. c.

tki jedwabiu, następnie przenosił na wydrążone szkiełka przedmiotowe lub do buljonu. Toteż trwałość bakterii cholery, według jego systematycznie przeprowadzonych badań, ulegała bardzo znacznym wahaniom; jedne hodowle już po 1—3 dniach ginęły, inne [wprawdzie wyjątkowo] żywotność aż do 6 miesięcy zachowały, co zależeć miało tak od podłoża, jak i mniej lub więcej od dokładnego ubezwodnienia. Bakterie cholery nie giną, gdy choć ślad wilgoci znajdują w środowisku; zaś przy dostatecznej jej ilości, zwłaszcza na sztucznych w bakteriologii stosowanych odżywkach, w czystych hodowlach bardzo długo dadzą się przechować. Na żelatynie, a zwłaszcza na agarze nie giną nawet po 7—10 miesięcy, o czym świadczą badania KOCH'a ¹⁾, HUEPPE'go ²⁾, GUTTMANN'a i NEUMANN'a ³⁾, CANESTRINI'ego i MORPUGO ⁴⁾. Woda zupełnie czysta nie stanowi dogodnego podłoża dla spiryllów cholery. W wodzie destylowanej wyjałowionej szybko giną, jak tego dowiodły prace MEADE BOLTON'a ⁵⁾ i WOLFFHUEGEL'a i RIEDEL'a ⁶⁾. Jak każdy ustrój, do swego istnienia odżywki potrzebują, a czerpać ją mogą nawet z soli nieorganicznych, np. z węglanu amonnu, choć do nieprzyjaznych warunków trudniej jest im przystosować się, niż innym bakterijom. Jeżeli CANESTRINI'emu i MORPUGO'emu udało się zachować żywotność u spiryllów cholery nawet w przeciągu wielu miesięcy, to fakt ten może być objaśnionym tylko w ten sposób, że przenoszono znaczną ilość bakterij z cząstkami gruntu odżywczego.

To też w wodzie rzecznej, morskiej, studziennej, w wodzie kanałów znacznie dłużej dadzą się utrzymać. BABES ⁷⁾ w 7 dni po zaszczepieniu do wody z Sekwany i wody wodociągowej w pracowni KOCH'a wykrył żyjące bakterie cholery. NICATI i RIETSCH ⁸⁾ stwierdzili żywe pasorzyty w wyjałowionej wodzie portu Marsylijskiego po 81, w wodzie morskiej po 64, w wodzie ściekowej po 38, w wodzie studziennej po 32, wreszcie w wodzie destylowanej po 20 dniach. RINGELING ⁹⁾ do zgodnych również doszedł rezultatów, a istnienie spiryllów cholery w stanie zdolnym do rozwoju w wodzie studziennej trwa, według jego zdania, od 21—37 dni. Daleko dłużej utrzymywały się te pasorzyty przy badaniach późniejszych autorów. WOLFFHUEGEL i RIEDEL mieli na celu nie tylko wykazanie, jak długo istnieć mogą spirille cholery w różnych gatunkach wody, lecz i stwierdzenie ilościowego stosunku przeszczepionych mikrobów przy pomocy znanego sposobu obrachowywania na płytkach. Do doświadczeń użytą była woda bardzo zanieczyszczona z Panki, mniej zanieczyszczona ze Szprei, woda studzienna i wodociągowa z Berlina. Po wyjałowieniu tego podłoża, szczepiono nań hodowle laseczników KOCH'a, starając się, o ile możności, uniknąć przeniesienia cząstek gruntu odżywczego. We wszystkich tych próbach okazało się zmniejszenie ilości mikrobów w pierwszych dniach po zaszczepieniu, następnie rozmnażać się one zaczęły, a szczyt ich rozwoju przypadał na 8 dzień po przeniesieniu. Według zdania tych autorów, w wodzie utrzymać się mogą mikroby choleryczne od 7—12 miesięcy w stanie zupełnej żywotności, a badania PFEIFFER'a ¹⁰⁾ fakt ten w zupełności potwierdzają.

¹⁾ L. c.

²⁾ L. c.

³⁾ GUTTMANN u. NEUMANN. Zur Lebensdauer der Cholerabacillen. Berl. klin. Wochen. 1885. Nr. 49.

⁴⁾ L. c.

⁵⁾ MEADE BOLTON. Ueber das Verhalten verschiedenen Bacterienarten im Trinkwasser. Mitgetheilt von Flügge. Zeitsch. f. Hyg. Bd. I. 1886.

⁶⁾ WOLFFHÜGEL u. RIEDEL. Die Vermehrung der Bacterien im Wasser. Arb. aus dem Kais. Gesundh. Bd. I. 468.

⁷⁾ L. c.

⁸⁾ Experiences sur la vitalité du bacille virgule cholérigène. Rev. de méd. 1885, str. 365.

⁹⁾ RINGELING. Cyt. w Bakteryjologii BAUMGARTEN'a i w monografii o choleryze RIEDEL'a.

¹⁰⁾ PFEIFFER. Die Beziehungen der Bodencapillarität zur Transport von Bacterien. Zeitsch. f. Hyg. Bd. I. 1886.

Inaczej zachowują się spirylle cholery w wodzie niewyjałowionej; napotykają tutaj inne pasorzyty, z którymi walkę staczać muszą: jeżeli znajdą odpowiednią odżywkę, ciepłotę i dostateczny dostęp tlenu oraz mniej odporne drobnoustroje, natenczas rozwijać się mogą, i raz przystosowawszy się do nowego środowiska, większą mogą posiadać energiję. Według KARLIŃSKIEGO ¹⁾, w wodzie źródlanej przy 8^o C., t. j. w warunkach bardzo nieprzyjecznych jednak 2—3 dni istnieć mogą i dadzą się skutecznie przeszczipiać; rozwój zaś ich byłoby w wiele pomyślniejszym, gdy do wody dostaną się w jakikolwiekby sposób wypróżnienia cholerycznych przy odpowiedniej ciepłocie. Toteż KOCH ²⁾ wykrył laseczniki cholery w tanku indyjskim, a CUNNINGHAM ³⁾ nawet i na roślinach wodnych węgetujących w zanieczyszczonych stawach w okolicach Kalkutty. Fakt ten, jak i wiele innych, o których pomówimy niżej, stwierdza możność przenoszenia zarazka z wodą.

Że laseczniki cholery mogą przez czas pewien pokonać współubiegających się z nimi o prawa bytu saprofytów przy dostatecznem dostępie tlenu, dowodzi tego sam fakt rozmnażania się tych pasorzytów na białźnie lub ziemi, zanieczyszczonej cholerycznymi wypróżnieniami, oraz metoda przez SCHOTTELIIUS'a ⁴⁾ podana, a polegająca na tem, że w wypróżnieniach zmieszanych z 10 razy rozcieńczoną żelatyną, na powierzchni odżywki po 10—12 godzinach przy wolnym dostępie powietrza niewyjałowionego stwierdzić można obecność przecinkowców. Wprawdzie niedługo opierać się mogą innym pasorzytom: wkrótce przybierają postacie inwolucyjne, a po kilku dniach przeniesione na inne podłoże już się nierozwijają. Przeniesione na wodę ze ścieków kanałów Berlina, według KOCH'a, giną po 6—7 dniach, w kale po 24 godzinach, gdy tymczasem wyjałowiona woda ściekowa, według FRAENKLAND'a ⁵⁾, ma być doskonałym dla nich gruntem odżywczym.

Pierwszorzędne znaczenie posiada zachowanie się bakterij cholerycznych w kale *resp.* w dołach kloacznych; gdyby bowiem przecinkowce w takim gruncie ginęły, jak utrzymuje KOCH, tedy wsypywanie do dołów obmurowanych i pokrytych nieprzenikalnym materiałem znacznej ilości środków dezynfekcyjnych okazałoby się zbytecznem; w kwestyi tej jednak ostatniego słowa wypowiedzieć nie można. Nie ulega wątpliwości, że chemiczne składniki kału stanowią bardzo przydatną glebę dla mikrobów cholery, że, jak okazał KITASATO ⁶⁾, na wyjałowionych ekskrementach pasorzyty te zachowują przez 25 dni swą żywotność, jednak co do stosunku ich do gnilnych pasorzytów panują 2 odmienne poglądy, które wymagają sprawdzenia tembardziej, że autorzy niejednokrotnie posilkowali się metodami i w niejednokrotnych warunkach badania swe przeprowadzali; KITASATO bowiem przenosił czystą hodowlę bulijonową na świeżo oddany kał, GRUBER zaś mieszał kał z wypróżnieniami cholerycznych, a rezultat był ten, że gdy, według KITASATO'a, w 8—10 godzin pasorzyty te zachowują swoją żywotność, a po 1½—3 dni giną, GRUBER, posilkując się metodą SCHOTTELIIUS'a, stwierdzał obecność cholerycznych spiryllów po 4—7, nawet 15 dniach.

Ważnem ze względu na epidemiologiję i objawy cholery byłoby wykazanie, z jakimi bakteryjami mikroby choleryczne mogą żyć na jednym wspólnem podłożu, oraz czy podłoże zmienione pod wpływem pewnych pasorzytów nie wytwarza warunków sprzyjających ich rozwojowi, badania te jednak odnośnie do

¹⁾ KARLIŃSKI. Ueber das Verhalten einiger pathogenen Bakterien im Trinkwasser. Arch. f. Hyg. 9. 1889.

²⁾ Erste Konferenz l. c.

³⁾ CUMINGHAM. BAUMG. Jahresb. 1886.

⁴⁾ SCHOTTELIIUS. Zum mikroskopisches Nachweis von Cholera bacillen im Dejectionen. Dent. med. Woch. 1885. Nr. 14.

⁵⁾ BAUMG. Jahresb. 403. 1886.

⁶⁾ KITASATO. Das Verhalten der Cholera bacterien im menschlichen Koth. Zeitsch. f. Hygiene, Band V.

cholery nie daleko są jeszcze posunięte. LEWEK ¹⁾ stwierdził fakt, że *b. fluoresc. liquef.* i lasecznika wody rozrzedzającego żelatynę, natomiast w obecności lasecznika wyosobnionego z zawartości jelit dziecka, a mającego wielkie podobieństwo do *bacterium coli commune* w rozwoju swoim miały być zatrzymane. Według FREUDENREICH'a ²⁾, *bacillus pyogenes foetidus* ma być antagonistą dla mikrobów cholery. [C. d. n.]

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Ostatniemi czasy coraz częściej pojawiają się w pismach codziennych rozmaite przepisy higieniczno-lekarskie. Niektóre z nich istotnie mogą mieć ważne znaczenie, o ile podane zostają przez ludzi specjalnie wykształconych i doświadczonych; inne, co prawda, rażą śmiesznością, ale przynajmniej nie są szkodliwymi; są wszakże i takie przepisy, które wprost szkodliwymi są dla organizmu ludzkiego. Otóż, przeciwko jednej takiej radzie pseudo-higienicznej wystąpić chciałem.

Nasze pisma codzienne przytoczyły przepis na ozonizację powietrza w sypialniach za pomocą do połowy w wodzie zanurzonych kawałków fosforu.

Autor powyższej wskazówki słyszał lub czytał w jakim podręczniku o dawnych pracach SCHÖNBEIN'a nad ozonizacją powietrza za pomocą fosforu i uchwycił się tej idei, zapominając, że metoda ta może mieć i odwrotną stronę.

Gdyby autor wskazówki zechciał być w tymże samym podręczniku chemii przerzucić parę stron dalej, przeczytałby: 1) że fosfor jest ciałem nadzwyczaj lotnem; paruje bowiem już przy temperaturze ponad 10° R. i że świecenie fosforu jest właśnie następstwem jego parowania; 2) że pary fosforu w wilgotnej atmosferze tworzą kwas fosforawy, a nie kwas fosforowy, i że ów kwas fosforawy jest silną dla organizmu ludzkiego trucizną wskutek oddleniania krwi [REVEIL i EULENBURG]; 3) że ilość ozonu, jaka tą drogą powstaje, jest minimalną; przeważnie bowiem tworzy się dwutlenek wodoru oraz nieco fosforowodoru; 4) że przebywanie w atmosferze, przesyconej parami fosforu i jego produktów utlenienia, spowodować specjalną chorobę, zwaną nekrozą fosforową, na którą zapadają robotnicy w fabrykach zapalek fosforowych.

Jeżeli jednak te wszystkie dane jeszcze nie przekonują autora wskazówki o szkodliwości jego porady, to radzimy mu przespać choćby jedną noc w pokoju, w którym oczyszczać się będzie powietrze choć jednym kawałkiem do połowy w wodzie zanurzonego fosforu, a pewni jesteśmy, że powtórzenia tego doświadczenia najzaciętszemu swojemu wrogowi życzyć nie będzie.

Z poważaniem Aleksander M. Weinberg.

Wiadomości bieżące.

— Cholera, która wedle ostatnich wiadomości, straciła siłę nateżenia w Rosyi, wybuchła z wielką gwałtownością w Hamburgu i Altonie. Nadto pojawiła się ona i w Hawrze.

— Z okazji panującej obecnie w Europie epidemii cholery pojawiło się u nas kilka prac naukowych lub popularnie objaśniających powód cholery i sposoby jej uniknięcia i leczenia. Prócz prac „Kroniki Lek.,” BUJWIDA, JAWORSKIEGO, STARKMANA przytoczyć należy i broszurkę D-ra GRÜNHAFTA z Trembowli „Kilka słów o cholery”; dochód z rozprzedaży jej autor przeznaczył na budowę szpitala powiatowego.

— Redaktor „Przeglądu lekarskiego”, prof. D-r LEON BLUMENSTOK na mocy pozwolenia Namiestnictwa galicyjskiego zmienił nazwisko na HALBAN.

— Lekarze japońscy zbierają u siebie składki na wystawienie pomnika JENNER'owi, twórcy wakcynacji.

— W Berlinie między 6—8 Września r. b. odbędzie się VII międzynarodowa konferencyja „für das Idiotenwesen”.

1) LEWEK Ueber den Wachsthumseinfluss nicht pathogener Spaltpilze auf pathogene. ZIEGLER'S Beiträge zum pathol. Anat. und z. Allg. Path. Bd. V. H. 3. ref. Centr. f. Bact. u. Parasit. VIII. 1890.

2) Antagonisme des bactéries. Annales de Micrographie. 1889. ref. BAUMG. Jahresb. 530. 1889.