

GAZETA LEKARSKA.

I. NIEZWYKŁY PRZYPADEK:

„*sarcomata multiplicia cutis et lympho-sarcoma tonsillae dextrae*“.

Spostrzegai

D-r Jan Sędziak,

h. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Przypadek, o którym pisać zamierzam, z wielu względów zasługuje na bliższą uwagę. Panos, lat 48, gospodarz wiejski, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus w dniu 18 Maja 1892 roku, skarżąc się na guz w gardle, jakoteż i liczne guziki na skórze. Historyja jego choroby jest następująca: chory pochodzi z rodziny zdrowej, a nawet cieszącej się do pewnego stopnia długowiecznością [matka zmarła mając lat 100, ojciec przeszło 80]. Zawsze zdrowy, jak opowiada. Żonaty po raz drugi; z pierwszą żoną miał dzieci 8, z drugą — 2. Żadnych nadużyć ani *in Baccho*, ani też *in Venere* nie było. Absolutnie brak wszelkich danych anamnestycznych co do syfilisu. Początek niniejszej choroby datuje się dopiero od pół roku; mianowicie jesienią zeszłego [1891] roku chory zauważył na lewej goleni [łydce] mały guzik, na który początkowo mało zwracał uwagi, tem bardziej, że nie sprawiał on mu bólu. Guziczek ten jednakże, pierwotnie wielkości orzecha laskowego, zaczął się stopniowo powiększać, przyczem skóra na nim zaczęła zmieniać barwę, z początku na różową, potem coraz ciemniejszą, wreszcie ciemno-fioletową. To powiększanie się objętości guza, jakoteż zmiana w zabarwieniu skóry, pokrywającej go, zaniepokoiły już chorego, tem bardziej, że powoli dołączyło się obrzmienie gruczołów pachwinowych ze strony odpowiedniej [lewej], co już choremu nieco przeszkadzało w chodzeniu. Również i guz na łydce, który w owym czasie doszedł do wielkości średniego jabłka, przy uciskaniu palcami był nieco bolesny. W parę miesięcy od czasu wystąpienia wyżej opisanego guza na różnych punktach ciała, przeważnie na kończynach górnych, jakoteż piersiach i plecach, wreszcie na twarzy, zaczęły się zjawiać guziczki różnej wielkości, które, o ile można sądzić z opowiadania chorego, rozwijały się w analogiczny mniej więcej sposób, jak guz na goleni, z tą jednak różnicą, że nie dochodziły do takich rozmiarów, większość natomiast guzików była wielkości orzecha włoskiego, niektóre zaś laskowego, część wreszcie zaledwie dosięgała objętości grochu. Skóra na guzikach, aczkolwiek również zmieniona, nie była jednak tak ciemno zabarwiona, jak na goleni. Wy-

jątek stanowiła twarz, gdzie zwłaszcza w okolicy prawego gruczołu przyusznego i guz miał więcej charakter rozlanego stwardnienia z ciemno-fioletową skórą. Powstawanie tych guzów, niezwykle licznych, aczkolwiek niebolesnych, coraz więcej zaczęło chorego niepokoić. Ostatecznie jednak chory postanowił zasięgnąć porady lekarskiej dopiero wtedy [przed paru miesiącami], gdy również w gardle zauważył guz, dość szybko rosnący, który z początku utrudniał mu tylko połykanie, w końcu jednak i oddechanie.

Pierwotnie chory radził się miejscowych lekarzy na prowincyi, z których jeden, prawdopodobnie przypuszczając przymiotowe pochodzenie danego cierpienia, zalecił mu jodek potasu. Chory jednak po wyżyciu kilku flaszek tego lekarstwa nie doznał, jak mówi, żadnej poprawy. Drugi lekarz, przypuszczając, że ma do czynienia z ropniem w gardle, parokrotnie nożem guz przecinał, przyczem jednak, jak chory utrzymuje, ropy nie było, tylko nieco krwi. I tym razem ulgi żadnej nie było. Ostatecznie chory zdecydował się przyjechać do Warszawy na kurację, co też uczynił i zapisał się na oddział chirurgiczny w szpitalu Dzieciątka Jezus, którym naówczas po śmierci prof. Jęfremowskiego zarządzał kol. BORSUK, którego uprzejmości zawdzięczam niniejszy przypadek. Tegoż samego dnia miałem sposobność chorego zbadać. Znalazłem stan następujący: chory dobrze zbudowany i odżywiany, skóra na całym ciele, przedewszystkiem zaś na piersiach i plecach, jakoteż na górnych kończynach, przedstawia liczne plamy, wielkości rozmaitej [od ziarnka grochu, do orzecha włoskiego], koloru od różowego, aż do ciemno-fioletowego. Przy bliższem zbadaniu okazuje się, że plamy owe odpowiadają ograniczonym zgrubieniom, *resp.* guzikom. Niektóre z nich [mniejsze] ograniczają się do skóry, są więcej powierzchowne, większe natomiast sięgają głębiej do tkanki podskórnej, a nawet, o ile się zdaje, i mięśniowej [np. na prawem ramieniu], dając się ująć między palcami, przyczem chory doznaje wtedy lekkiego kłucia. Ilość guzów tych niezliczona, nieledwie, że nie ma miejsca, w któremby nie można było wyczuć mniej lub więcej wyraźnych ograniczonych stwardnień w skórze. Oddzielnie zasługuje na opisanie guz na lewej goleni [łydce]; odznacza się on kolosalnymi rozmiarami, przedstawiając się mniej więcej wielkości dużej pomarańczy. Guz, a raczej rozlane stwardnienie sięga bardzo głęboko, obejmuje skórę, tkankę podskórną i po części mięśniową, nie dając się ująć palcami, ani też przesunąć. Skóra na nim łuszcząca się, sucha, ciemno-fioletowego koloru, w pośrodku przedstawia wgłębienie kratowate na jakie 1½ ctm., z którego przy nacisku sączy się niewielka ilość surowiczej wydzieliny. Guz mało bolesny [kłuje tylko przy ściśnięciu między palcami], dość twardy.

Na twarzy, oprócz kilku drobnych guzików, wyróżniają się przedewszystkiem guzy w okolicy lewego zwłaszcza, po części i prawego gruczołu przyusznego. Są to więcej rozlane stwardnienia, nacieczenia, z których lewe zaczyna się od *arcus zygomaticus*, a dochodzi aż do kąta żuchwy dolnej. Skóra na nich ciemno-fioletowa. Stwardnienia te dają się ująć w palce, ograniczają się jednak, o ile się zdaje, do skóry. Gruczoł sam nie jest zajęty. Przy badaniu jamy ustnej uderza nas przedewszystkiem silny *foetor ex ore*. Błona śluzowa, pokrywająca dziąsło górne, mocno zaczerwieniona, rozpulchniona, nierówna.

Zęby zdrowe. Błona śluzowa podniebienia twardego przedstawia rozlane, sinawe zabarwienie. Całe *isthmus faucium* wypełnione jest przez guz kolosalnych rozmiarów, wielkości jaja kurzego, który zajmuje okolicę prawego migdałka podniebiennego. Guz odpycha języzek [obrzmiął i zaczerwieniony, podobnie jak i całe podniebienie miękkie] ku stronie lewej, dotykając lewego, również nieco powiększonego w wymiarze podłużnym migdałka. Guz wypukła również i przedni łuk, nie jest jednak z nim [ani też z tylnym] zrośnięty, tak, że swobodnie daje się zgłębnikiem i palcem obejść w około. Guz dość twardy, błona śluzowa na nim niezmieniona [bez owrzodzeń], gładka z sinawym odcieniem [również częściowo też samo zabarwienie istnieje i w lewym migdałku], przedstawia w pośrodku dwa zagłębienia powierzchowne, bliznowate wciągnięcia, prawdopodobnie ślad poprzednich rękoczynów (*incisiones*). Przy badaniu nosa znalazłem: *deviatio septi arcualis sin.*, *hypertrophia conchae mediae dex.*, oddechanie nosowe prawą dziurką nieco utrudnione. Jama nosogardzielowa nie daje się zbadać lusterkiem krtaniowem, z powodu obecności wyżej wzmiankowanego guza. Badając palcem, znalazłem umiarkowany przerost „*en masse*” migdałka gardzielowego [przeważnie po stronie prawej]. W krtani [unosząc guz ku górze lusterkiem krtaniowem, zdołałem ujrzeć wewnątrz] nic szczególnego. W uchu prawem wciągnięcie błony bębenkowej, nieco szumu, słuch częściowo przytępiony. Lewe ucho zdrowe. Badanie wewnętrznych narządów dało wynik ujemny. Gruczoły limfatyczne szyjowe, oraz pachowe nieco powiększone, niebolesne. W lewej pachwinie gruczoły dwa, wielkości jaja kurzego, niebolesne również. Mocz nie zawiera białka, ani innych nieprawidłowych składników. Kol. ZIEMIŃSKI nie znalazł przy oftalmoskopowaniu żadnych zmian w oczach. Umiarkowane zwężenie kanałów noso-łzowych. W pierwszej chwili przypuszczaliśmy na zasadzie ciemnego zabarwienia guzów, że mamy do czynienia z mnogimi, czarnymi mięsakami skóry i migdałka (*melanosarcomata multiplicia cutis et tonsillae dextrae*). Rzecz prosta, że właściwe rozpoznanie mogło być dopiero postawione na zasadzie badań anatomo-patologicznych zarówno guzików na skórze, jak i guza w gardle. W tym też celu w dniu następnym w obecności kol. BORSUKA, SAWICKIEGO, BRUNERA i innych dokonałem wycięcia guza z gardła pętlą galwanokaustyczną, a to dlatego, że guzy złośliwe, jak wiadomo, krwawią silnie, a nawet przy zwykłym przeroście migdałków u dorosłych tylko tę metodę stosuję w ostatnich czasach z obawy wtórnych krwotoków [vide pracę moją „kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów”. [Kronika Lekarska 1892, 5 i 6]. Operacyja dała się wykonać łatwo, przy wyciągnięciu guza kleszczykami MUSEUX’ego prawie bez krwawienia, z małym bólem [20% kokaina]; początkowo wyciąłem tylko $\frac{1}{3}$ część guza dla badań drobnowidzowych, na usilne jednak błaganie chorego, wyjąłem mu i resztę, wielkości około jaja kurzego, poczem chory doznał wielkiej ulgi. Guz na przekroju miał charakter sadowaty, sarkomatyczny, zabarwiony jednak tylko w powierzchownych warstwach. Po stwardnieniu w alkoholu i zatopieniu zwykłą metodą [pr. PRZEWOSKIEGO] w parafinie, zbadałem go pod drobnowidzem, przyczem okazało się, że mamy do czynienia z *lympho-sarcoma tonsillae dextrae*. Rozpoznanie powyższe potwierdzili prof. PRZEWOSKI i prof. BRODOWSKI.

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny, tak, że w kilka dni potem można już było przystąpić do wyluszczenia jednego z guzików skórnych. Kol. BORSUK wyciął guzik wielkości orzecha włoskiego z prawego ramienia, brzegi rany połączył szwem. Zagojenie *per primam*. Guz na przekroju wykazał, że zajęta była nie tylko skóra, lecz i tkanka podskórna. Zabarwienie ograniczało się natomiast do najbardziej powierzchownych warstw skóry.

Pod drobnowidzem guz, zbadany za pomocą tej samej, co i migdałek, metody, wykazał analogiczne zmiany, mianowicie nacieczenie komórkami drobnymi i okrągłymi, żywo przypominającymi te, jakie w guzie z gardła się znajdowały. Rozpoznanie więc anatomo-patologiczne w danym przypadku brzmiało: *sarcoma parvi et globo-cellulare cutis*. Potwierdzili je również wyżej wymienieni: pro-sektor PRZEWOSKI i prof. BRODOWSKI. Dodam tu jeszcze nawiasowo, że dla ścisłości, ponieważ mogłoby się zrodzić podejrzenie trądu (*lepra*) w danym przypadku, naturalnie tylko na zasadzie skórnych objawów [nacieczenie], abstrahu-jąc zaś od guza w gardle jakoteż na łydce, które od razu na mięsaki tylko mogły wyglądać, przeprowadziłem badanie w kierunku pasorzytów trądowych (*bacillus leprae*), tych jednak [barwiąc płynem ZIEL-NEELEN'a, odbarwiając 25% HNO₃ i podbarwiając błękitem metylenowym] ani w skrawkach z guza gardielowego, ani skórno-go nie znalazłem.

Choremu od pierwszego dnia zalecono wewnętrzne użycie arszeniku (*solut. Fowleri*), przyczem już w drugim tygodniu pobytu w szpitalu zauważono ku wielkiemu zdziwieniu stałe zmniejszanie się guzików, aczkolwiek powolne, nieulegające jednakże najmniejszej wątpliwości, co nie tylko przezemnie, lecz i przez innych lekarzy [BORSUK, SAWICKI, PASŁAWSKI i t. d.] stwierdzonem było. Dnia 7 Czerwca 1892 r., a więc mniej więcej w 3 tygodnie po wstąpieniu chorego do szpitala, niezwykle interesującego tego chorego przedstawiłem w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.

Wobec niewątpliwego zmniejszania się w dalszym ciągu guzików, odstąpiono od pierwotnego zamiaru wyluszczenia częściowego lub całkowitego guza na goleni i postanowiono w dalszym ciągu stosować leczenie wewnętrzne arszenikiem.

Tym sposobem chory przebył jeszcze w szpitalu przeszło miesiąc, będąc stale obserwowanym zarówno przezemnie, jakoteż i lekarzy chirurgów [SAWICKI, PASŁAWSKI i t. d.]. W końcu Czerwca chory bez widocznej przyczyny przebył *otitis media acuta sin.* z następczem przedziurawieniem błony bębenkowej. Zalecono: wkraplanie kwasu karbolowego [10% glicerynowego], oraz przedmuchiwanie powietrza [częściowo za pomocą kateteru].

Dnia 9-go Lipca [t. j. po 7 tygodniach] chory się wypisał ze szpitala, przyczem stan jego wówczas był następujący [przy badaniu wspólnie z kol. SAWICKIM]: guz na goleni zmniejszył się, co najmniej, do 1/3 poprzedniej objętości, przedstawia tylko dwa oddzielne zgrubienia [sięgające do tkanki podskórnej] w częściach środkowych, wielkości orzecha włoskiego, skóra na pozostałej przestrzeni mało co nacieczona, jako ślad poprzedniego olbrzymiego stwardnienia, obejmującego prawie całą łydkę [około 15 ctm. długości i 10 szerokości], pozostało ciemne zabarwienie skóry gładkiej, nieluszczącej się. Środkowe wgłębienie również prawie w zupełności się wyrównało. I po-

zostałe guziki na skórze częściowo znacznie się zmniejszyły, ograniczając się do skóry — po prostu jako jej nacieczenie, częściowo nawet pozanikały, pozostawiając jako ślad po sobie brunatne zabarwienie skóry, która przedstawia mozaikę, dzięki obficie rozsianym wynaczynieniom (*ecchymoses*). Najuporczywiej trzymają się guzy na prawem ramieniu, jakkolwiek i one znacznie mniej głęboko drążą. Guzy [gruczoły] w pachwinie lewej również zmniejszone, co najmniej, do $\frac{1}{2}$ poprzedniej objętości. Gruczoły szyjowe i pachowe znacznie mniejsze. Toż samo tyczy się guzowatości na twarzy, w okolicy prawego gruczołu przyusznego stwardnienie jest bardziej powierzchowne i ogranicza się tylko do górnej części [pod łukiem licowym], natomiast kąt dolny żuchwy przedstawia się obecnie najzupełniej wolnym od nacieczenia. Guzy niebolesne. *Foetor ex ore*; w jamie ustnej na miejscu poprzedniego guza jama między łukami podniebiennymi [z prawej strony] — ani śladu recydywy. Migdałek lewy [który w początkowych okresach nieco się powiększył i przyjmował na powierzchni coraz bardziej sine zabarwienie, co naprowadziło nas na myśl, że i w nim już zaczyna się rozwijać sprawa chorobowa, tak, że miałem zamiar dokonać wyluszczenia go] acz niewiele, wyraźnie jednak zmniejszony, nie wystaje z poza łuków, błona śluzowa na nim zabarwiona nieco na ciemno. Dodać tu muszę, że zmniejszenie się lewego migdałka datuje od niedawna, zaledwie od dni kilku. Łykanie i oddechanie swobodne. W jamie nosogardzielowej przy pomocy rynoskopii skonstatowałem dość znaczny przerost rozlany migdałka gardzielowego [LUSCHKI], przeważnie ze strony lewej, zgrubienie znaczne błony śluzowej w tylnym odcinku przegrody nosa (*vomer*). Oddech swobodniejszy, śluzu mniej, krwawienie, w początkach częste, ustąpiło prawie w zupełności, zresztą stan bez zmiany. W krtani: *nihil anormale*. W uchu prawem: *st. idem*; w lewem: *perforatio parva membranae tympani* w przednim dolnym odcinku, nieco jeszcze wydzieliny ropnej. Bólu nie ma, słuch nieco przytępiony, szum w uszach. Zresztą w innych narządach nic szczególnego. Choremu zaleciłem przyjmowanie w dalszym ciągu arszeniku (*sol. Pearsoni cum t-ra chinæ composita* 1:2). Kwas karbolowy [10%] do ucha.

Przypadek powyższy nastręcza kilka uwag. Przedewszystkiem uderzającym jest fakt niezbitego [przez wielu lekarzy stwierdzonego] zmniejszania się a nawet znikania mięsaków skórnych, jakoteż przypuszczalnego *lympho-sarcomat'u* lewego migdałka w ciągu 7-tygodniowego pobytu chorego w szpitalu. Czemu przypisać ten wpływ dodatni? Zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że w danym przypadku efekt ten należy przypisać wewnątrznie użytemu arszenikowi, tembardziej, że przypadek nasz nie jest bynajmniej unikatem: acz nie liczne, istnieją jednak spostrzeżenia w literaturze, dowodzące niewątpliwego działania dodatniego tego środka na mięsaki, a zwłaszcza na odmianę ich: *lympho-sarcomata*. I tak w r. 1883 (w № 2. *Berl. klin. Woch.*) KOEBNER ogłosił przypadek ogólnej sarkomatozy skóry, wyleczonej przez podskórne wstrzykiwania arszeniku. Dalej w r. 1887 KOEBEL (w *Bruns Beitr. zur klin. Chir. II*) ogłosił również przypadek tego cierpienia uleczonego [po $3\frac{1}{2}$ latach nie było recydywy] przez zastosowanie arszeniku. Wreszcie świeżo ROMBERG z Lipska w pracy, ogłoszo-

nej w *Deut. med. Woch.* № 19. 1892 pod tytułem: *Zur Kenntniss der Arsenikwirkung auf das Lympho-sarcom*“ opisał przypadek, w którym metastazy na skórze [prawdopodobny punkt wyjścia — *lympho-sarcoma mediastini*] prawie w zupełności znikły pod wpływem wewnętrznego użycia arszeniku, stosowanego w ciągu 4 tygodni [ogółem chory wyżył 500 kropel *liq. kali arsenicosi*, czyli 0,255 *acidi arsenicosi*].

Przypadek powyższy jest jeszcze i pod innym względem interesującym. Niezawsze jesteśmy w tem szczęśliwym położeniu, że możemy, jak to w powyższym przypadku miało miejsce, guz migdałka (*lympho-sarcoma*) i to kolosalnych rozmiarów usunąć drogą wewnętrzną, t. j. przez usta, co naturalnie zawiązać należy li-tylko ograniczeniu się sprawy nowotworowej do migdałka. Przypadki takie należą do rzadkości, tak np. JURASZ w najnowszym swem dziele (*„Die Krankheiten der Luftwege“*. 1892. II część), pomimo bardzo bogatego materiału, ani razu nie spotkał się z podobnym przypadkiem. NEWMAN zaś z Glasgow, autor doskonałej, niedawno ogłoszonej monografii o nowotworach złośliwych migdałków (*„Malignant Disease of the tonsils with ten illustrative cases: the statistics and the Bibliography of the Subject“*. *The Amer. Jour. of med. Sciences.* May. 1892), opisuje jeden tylko przypadek tego cierpienia, w powyższy sposób [t. j. przez jamę ustną] operowany. Dodam tu nawiasowo, że tylko pętlica galwanokaustyczna odpowiednią jest w podobnych przypadkach, a to dla uniknięcia znaczniejszego krwawienia. W ten sam sposób również przed kilku laty WOLFENDEN [w szpitalu na Golden-Square w Londynie] w mojej obecności zoperował z powodzeniem mięsak lewego migdałka u kobiety kilkudziesięcioletniej. W większości przypadków, jak wiadomo, nowotwór rozszerza się na sąsiednie części [łuki, gardziel i t. d.], często zajmuje gruczoły szyjowe, czyniąc operację przez jamę ustną niemożliwą. Zwykle w tych razach chirurgowie, np. MIKULICZ [patrz przyp. podany w doskonałym Atlasie dla chorób gardła i jamy nosogardzielowej. 1891], resekują dolną szczękę po uprzedniej tracheotomii.

Jeszcze na jeden punkt chciałbym zwrócić uwagę: oto możliwem jest, że *lympho-sarcoma*, będąc ograniczonym do migdałka, może symulować zwykły przerost migdałka i to nietylko makroskopowo, lecz i pod drobnowidzem, jak tego dowodzi przypadek, opisany przez LUC'a z Paryża (*„Sarcome de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique“*. *Revue de Lar. Rhin. et d'otol.* Nr. 11. 1892), dotyczący 50-letniego mężczyzny, u którego pomimo mocnego podejrzenia na nowotwór złośliwy guza migdałka, dwukrotne w przerwach kilkumiesięcznych dokonane przez znanych anatomo-patologów badanie wyciętych kawałków nowotworu, brzmiało za każdym razem: *„hypertrophie tonsillae simplex“*; dopiero za trzecim razem okazało się, że był to *„lympho-sarcoma“*. W naszym przypadku również przy pierwszym powierzchownem zbadaniu zdawało się, że mamy do czynienia ze zwykłym przerostem migdałka, dopiero ścisłejsze zbadanie wykryło prawdziwą naturę guza.

II. O WARTOŚCI LECZNICZEJ SALOLU W BIEGUNCE CHOLERYCZNEJ.¹⁾

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 18 Października b. r.].

Podał

M. Wołkowicz.

Powstawanie cholery azyjatyckiej tłumaczmy sobie obecnie w następujący sposób: laseczniki przecinkowe dostają się do przewodu pokarmowego, a jeśli znajdą odpowiednie warunki dla swojego rozwoju, powodują pewne miejscowe objawy; wytworzone zaś przez owe laseczniki produkty trujące zostają wessane wcześniej lub później do ustroju i powodują poważne bardzo objawy ogólne, stanowiące właśnie niebezpieczeństwo cholery, albowiem wtedy, prócz istniejących już zaburzeń przewodu pokarmowego, zostają poważnie zakłócone czynności narządów układu krwionośnego [serca i naczyń] i moczowego [nerek].

W ten sposób objawy zatrucia ustroju poprzedzone bywają przez objawy ze strony przewodu pokarmowego. Gdyby te ostatnie w rzeczywistości u każdego chorego samodzielnie trwały przez jakiś czas i środki lekarskie byłyby w stanie zarazek zniszczyć na miejscu, zanim jeszcze jego wytwory trujące cały ustrój napastować zaczęły, wtedy cholera przestałaby być tą straszną, zabierającą w tak krótkim czasie tyle ofiar chorobą. Cóż, kiedy w początku każdej epidemii zdarzają się przypadki o tak gwałtownym przebiegu, o tak krótko trwającym pierwszym okresie biegunki, że lekarz zwykle widzi już chorego z objawami zatrucia ustroju, tak daleko posuniętymi, że o miejscowym działaniu środków mowy być nie może, gdyż już czasu na ich działanie nie ma; odtrutki zaś na toksyny, wędrujące w ustroju, nie posiadamy; pozostaje więc tylko pobudzanie czynności ważniejszych dla utrzymania życia narządów i usiłowanie wyprowadzenia na zewnątrz wszelkimi możliwymi drogami nagromadzonych w ustroju produktów trujących.

Poza jednak stosunkowo niewielką, na szczęście, ilością podobnych ciężkich przypadków, u przeważającej ilości chorych przed wystąpieniem ogólnych objawów zatrucia ustroju miewa miejsce krócej lub dłużej trwająca biegunka, w przebiegu której dość by jeszcze czasu było na stosowanie odpowiednich, zaufanie budzących środków.

Ze takich przypadków jest znakomita większość, dowodzą mi następujące zebrane przezemnie następujące dane, dotyczące 100 cholerycznych chorych, od których dowiedziałem się, że od pierwszego rozwolnienia do wystąpienia ogólnych objawów, jak: znacznego osłabienia, zawrotów i bólów głowy, upłynęło w przybliżeniu:

- u 10 chorych mniej niż 6 godzin [u 6 chorych 1½ godz., u 4 chorych 3 godz.],
- u 21 „ upłynęło od 6 do 12 godzin,
- u 7 „ upłynęło od 12 do 24 godzin,
- u 15 „ upłynęło przeszło 24 godzin,

¹⁾ Spostrzeżenia czynione w ciągu lata 1892 r. w Niżnym-Nowogrodzie.
GAZ. LEK. N-R 44.

u 10 chorych upłynęło przeszło 48 godzin,

u 14 „ „ więcej niż 4 dni,

u 15 „ upłynął blisko tydzień,

u 4 „ „ tydzień,

u 4 „ upłynęło kilka tygodni.

100 chorych.

Prócz pierwszych więc 10 przypadków, reszta chorych, t. j. 90%, znajdowała się w tych warunkach, że, gdyby zaraz po pierwszym rozwolnieniu otrzymali odpowiednią pomoc lekarską, z wielkiem prawdopodobieństwem byłiby wszyscy uratowani. Na wniosek ten pozwalają mi obserwacje, czynione na chorych, którzy przychodzili po poradę wtedy, kiedy jeszcze objawów zatrucia ustroju nie było, lecz istniała tylko biegunka sama lub połączona jeszcze z wymiotami. Twierdzić, że wszystkie te leczone przezemnie biegunki były właśnie biegunkami cholerycznymi, stanowczo nie mogę. Jeśli jednak przyjąć pod uwagę, że: 1) w danej miejscowości epidemia cholery panowała i to wcale nie słaba, że 2) w wielu przypadkach biegunek podczas cholery badanie drobnowidzowe wykazuje w kale obecność przecinkowców ¹⁾ i że 3) niektóre z przypadków przezemnie obserwowanych miały szczególnie podejrzany charakter, a kilka zdążyło nawet w kilka godzin po rozpoczęciu leczenia o tyle postąpić naprzód, że wystąpiły także objawy zatrucia ustroju, to mam, zdaje się, zupełne prawo wnioskować, że pewna [lecz jaka, nie podejmuję się określić] liczba obserwowanych przypadków stanowiła rzeczywiście pierwszy etap cholery azyjatyckiej i że pozostawiona bez leczenia dałaby w przebiegu swoim zupełny obraz cholery azyjatyckiej.

Wszyscy teraz jednomyślnie zgadzają się na to, że podczas epidemii cholery nie należy żadnego przypadku biegunki lekceważyć, a to dlatego, że nigdy o dalszym przebiegu jej stanowczo rokować nie można. Że nie tylko rozwolnienia podczas epidemii cholery zasługują na tak kiepską sławę, dowodzi przypadek następujący, który dotyczył lekarza R., leczącego kolegę swojego J., dotkniętego cholera. Rozwolnienie u lekarza R. poprzedzone było przez 2 dni trwające mdłości i wymioty, potem się przyłączyło rozwolnienie, kurecze w łydkach i innych mięśniach i inne późniejsze objawy cholery. Trwała choroba 2 tygodnie. Lekarz ten ostatecznie wyzdrowiał, lecz przez kilka tygodni jeszcze nie czuł się na siłach, ażeby wrócić do zwykłych zajęć swoich.

A więc nie tylko rozwolnienie, lecz i mdłości i wymioty nie powinny być lekceważone w miejscu, w którym panuje cholera. Co do innych zaburzeń przewodu pokarmowego, wspomnę tylko, że, jak w czasach wolnych od cholery, tak również i podczas epidemii cholery zdarzają się zaburzenia przewodu pokarmowego, nie mające, jak się okazuje, nic wspólnego z cholera. Dość, że wspomnę o zaburzeniach przewodu pokarmowego, połączonych z gorączką, czy też na odwrót, jak chcą niektórzy, jednodniowe lub dwudniowe gorączki, połączone z zaburzeniami trawienia, a przechodzące zupełnie po zastosowaniu czyszczących środków; również zdarzają się zapalenia kiszki ślepej, przebiegające szczęśli-

¹⁾ PAUL GUTTMANN. Die Wichtigkeit der bacteriologischen Untersuchungen zur Erkennung der mild verlaufenden Cholera-Formen. Berliner klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 39.

wie przy stosowaniu makowca, ławatyw i odpowiednich okładów, dalej kardyjalgije, kolki z powodu nagromadzenia kału w kiszkiach i t. d.. Wszystkie te cierpienia leczyć należy podług ogólnych zawsze obowiązujących zasad, w razie zaś jakiegokolwiek podejrzenia można się także postarać o skombinowanie odpowiedniego leczenia z leczeniem przeciwocholerycznym.

W 200 blisko przypadkach biegunek, z którymi do czynienia miałem, stosowałem od pierwszego do ostatniego przypadku salol. Były to, rozumie się, rozmaitego charakteru biegunki. Trwały one rozmaicie: od paru godzin do paru tygodni.

Wypróżnień bywało dziennie w niektórych przypadkach 3—5—7, w innych zaś 12—15, a nawet i więcej dziennie. Najwięcej stosunkowo było biegunek trwających dzień, dwa lub trzy dni. W tych przypadkach stolce z początku jeszcze gęstawe, później wodniste bywały; w pewnej liczbie [około 20% wszystkich przypadków] były także wymioty, występowały one albo jednocześnie z biegunką [te przypadki dość wcześnie widywałem, bo zwykle w kilka godzin po pierwszym rozwolnieniu]; w innych zaś przypadkach do biegunki, trwającej już dzień lub 2 dni, przylączyły się odrazu mdłości i wymioty. Niektóre z przypadków miały szczególnie podejrzaną charakter, a kilka nawet już po zastosowaniu leczenia zaczęło nabierać właściwych cech okresu zatrucia (*stadium intoricationis*).

Oto kilka podejrzanых dla mnie przypadków:

Przypadek I. Sjerow, wieśniak, lat 37 liczący, zjawił się do mnie na stację o godzinie 8-aj rano i opowiada, że poprzedniego dnia, zjadłszy na śniadanie i na obiad po 2 surowe ogórki z chlebem i solą, poczuł około południa ból w brzuchu; o godzinie zaś 10-tej wieczór wymiotował płynem wodnistym, w którym kawałków żadnych nie zauważył, od godziny zaś 12-tej w nocy do godziny 8-aj rano miał 4 obfite, wodniste wypróżnienia; czuje się trochę osłabiony, do roboty jednak zamierza pójść. Chory z wyglądu nie szczególnego nie przedstawia. Tętno pełne, twarde 104.

Chory otrzymał zaraz na miejscu 2,0 salolu, popił gorącą herbatą, a do domu dostał 8 proszków salolu po 1,0, które miał co 2 godziny przyjmować. Około godziny 8 i pół wieczorem tego samego dnia chorego widziałem. Przyjął już wtedy w sumie 7,0 salolu. Wymiotów przez ten czas nie było. Wypróżnienie było około godziny 4-tej jedno wodniste, ryżowate.

Chory opowiada, że od rana do godziny 4-tej po południu czuł się coraz gorzej; był czas, kiedy czuł się bardzo osłabionym, tak, że z łóżka trudno mu się było podnieść, o 9-tej rano już miał zawroty głowy i jakby zatłoczone uszy, od godziny 4-tej zaś czuje się znacznie lepiej, sił czuje więcej i głowę ma jakby wolniejszą. Tętno 120, pełne twarde. Chory pokryty jest potem. Ręce ciepłe, wilgotne. W dalszym ciągu zaleciłem salol co 4 godziny i ściąg dyjetę [herbata, rosół, zimna woda przegotowana]. Nazajutrz rano, jakem się później dowiedział, chory poszedł do roboty.

Przypadek II. Jermołski, pracujący w warsztatach statków parowych, 46 lat liczący, przyszedł na stację o godzinie 7 i pół rano. Od czterech dni ma rozwolnienie. Dnia poprzedniego miał bardzo często [co pół godziny — co godzina] wodniste stolce, a raz jeden wymiotował. Odtąd czuje się bardzo osłabionym, skarży się na zawroty głowy i zatkanie uszów. Tętno dość pełne 96. Salolu dostał 2 grm, a potem co 2 godziny po 1,0.

Przed wieczorem tego samego dnia było jedno rzadkie, lecz już niewodniste wypróżnienie, a nazajutrz chory czuł się dobrze, i na parę dni znikł mi z pod obserwacji. Dowiedziałem się jednak później, że jest zupełnie zdrow.

Przypadek III. Migaczow, wyrobnik, 27 lat liczący, przyszedł na stację o godzinie 3 i pół po południu i opowiada, że o godzinie 2-aj po południu po wypiciu surowej wody poczuł silny ból w brzuchu, poczem zaraz nastąpiły wymioty [2 razy] i rozwolnienie jedno: papkowate wypróżnienie,

drugie zaś wodniste. Tętno pełne, twarde 96. Chory przedmiotowo nic szczególnego nie przedstawia, okropnie tylko jest wystraszony. Dostał 2,0 salolu, zaleciłem również salol po 1,0 co 4 godziny. Tego samego dnia chory miał jeszcze 3 wodniste stolce, skarżył się wtedy na zawroty głowy i szum w uszach [po salolu].

Kazałem mu jeszcze wziąć 3 gramowe proszki co 4 godziny. Na 3-ci dzień chorego widziałem: czuł się zupełnie dobrze.

Przypadek IV. Andrejewa Maryja, 50 lat licząca, przyszła na stacyję o godzinie 2 i pół; opowiada, że od tygodnia ma rozwolnienie, od wczoraj zaś po powrocie z pralni szpitala cholerycznego wymiotowała 3 razy. Skarży się na ból brzucha i osłabienie. Chora po salolu również zupełnie do zdrowia przyszła.

Przypadek V. Zubakow Dymitr, 49 lat liczący, od godziny 7-ej rano do godziny 9-ej zupełnie naczeco wymiotował 3 razy [twierdzi, że jakoby żółcią] i miał 3 wodniste wypróżnienia.

Chory trunksów nie używa. Dłonie ciepłe, suche, tętno 80 pełne twarde. Chory dostał 2,0 salolu, a potem co 3 godziny po 1,0. Tego samego dnia chory miał jeszcze 4 wodniste wypróżnienia. W nocy zaś, ani nazajutrz wypróżnień nie było. Chory przyjął w ciągu 32 godzin — 10,0 salolu. Skarżył się tylko na szum w uszach. Po paru dniach widziałem Zubakowa w zupełnie dobrym stanie.

Przypadek VI. Szyriajew Piotr, 32 lat liczący, wciąż obcował, a nawet spał ostatnią noc w stajni na jednym wozie razem ze swoim synowcem Szyriajewem Pawłem, chorym na cholere, jak się okazało. Tego ostatniego znalazłem z zimnemi zupełnie kończynami i bez tętna; rozwolnienie trwało przedtem 3 dni. Szyriajew Piotr ma od poprzedniego dnia rozwolnienie—było już 6 wodnistych stolców—czuje się wogóle zupełnie dobrze. Dostał zaraz 2,0 salolu i 6 proszków po 1,0 co 2 godziny. Nazajutrz rano było 1 już trochę gęste i zabarwione wypróżnienie. Dałem 3 proszki po 1,0 co 4 godziny. Na trzeci dzień rano zupełnie prawidłowe wypróżnienie.

Podobne przypadki wszystkie zakończyły się pomyślnie.

W jednym przypadku chory na biegunkę stójkowy czekał na proszki z apteki około 16 godzin, przez ten czas [bez leczenia] zdążyły się przyłączyć wymioty, zawroty głowy i znaczne osłabienie; ręce chory miał suche, zimne, tętno było nitkowate, a i cera twarzy nabrała barwy ciemnoniebieskiej [podobną cerę widziałem u wielu cholerycznych]. Chorego odesłałem do szpitala cholerycznego.

Obserwowałem też kilka przypadków, prócz owych pedejrzanych, opisanych wyżej, w których w przeciągu kilku godzin po rozpoczętem leczeniu przyłączyły się objawy zatrucia i *stadii algidi*: obniżona ciepłota, zimne suche ręce, nitkowate tętno, brak moczu i t. d.; wkrótce jednak chorzy ci zaczęli się poprawiać i ostatecznie wyzdrowieli.

Salol stosowałem u wszystkich bez wyjątku chorych, dotkniętych biegunką, zarówno starców, kobiet, jak i u dzieci. Pierwsza dawka u dorosłych wynosiła 2,0, starszym zaś ludziom i osobnikom gorzej zbudowanym dawałem 1,0; następne 3 dawki po 1,0 kazałem przyjmować zwykle co 3 godziny, a dalsze już co 4—5 godzin. Nieraz kazałem pierwsze 2 lub 4 proszki [gramowe] przyjmować co 2 godziny, następne zaś już co 4 godziny. Jednem słowem, w przeciągu pierwszej doby chorzy przyjmowali około 8,0, a w wyjątkowych razach — 10,0. Skoro tylko zauważyłem polepszenie, t. j. jeśli rozwolnienie ustało i chory nie doznawał ani osłabienia, ani mdłości, ani bólów brzucha, lecz czuł się wogóle dobrze, kazałem proszki przyjmować rzadziej, co 4, a później co 6 godzin. Zwykle już w przeciągu pierwszych 12 godzin wypróżnienia następowały już rzadziej, zmieniały charakter i barwę, z wodnistych i białych zmieniały się na gęste i żółte, a potem nieraz następowała 12 lub 24-godzinna przerwa, po któ-

rej chory oddawał zupełnie prawidłowy, gęsty, odpowiednio zabarwiony stolec. Mdłości i wymioty również dość prędko ustawały. Jeśli się zdarzyło, że chory pierwszy proszek zwymiotował, dostawał wtedy drugi, który popijał gorącą herbatą ¹⁾).

Prócz salolu, zalecałem zwykle chorym leżenie w łóżku, ciepłe okrywanie się, gorące okłady na brzuch w razie bólów, a jako napój gorącą herbatę z cytryną. Muszę tu zauważyć, że gorącą herbatę chorzy pomimo wymiotów doskonale znoszą; po ciepłej herbacie szczególnie choleryczni zaraz wymiotują, po gorącej zaś prawie nigdy. Z początku dodawałem do herbaty trochę koniaku lub araku, lecz kiedyś się przekonałem, że chorzy, nie przyzwyczajeni do tych napojów, ich nie znoszą, lecz zaraz wymiotują, przestałem ich używać.

Rozumie się, że nie wszyscy chorzy stosowali się ściśle do przepisów dyjetetyczno-higienicznych; tych jednak, u których rozwolnienie miało podejrzany charakter, albo też prócz rozwolnienia były jeszcze inne objawy, jak: wymioty, osłabienie i t. p., tych, jeśli się nie zgadzali na wstąpienie do szpitala, specjalnie dla takich podejrzanych chorych przeznaczonego, odwiedzałem w domu i wpływałem na wypełnienie odpowiednich przepisów.

Nieprzyjemnych objawów z powodu użycia salolu, prócz niekiedy tylko zawrotów głowy i szumu w uszach, ani razu nie zauważyłem. Chorzy przeważnie się leczyli ambulatoryjnie. Mocz u sposobności oglądać nie miałem. Chorych po leczeniu mogłem kontrolować, albowiem wszyscy prawie mieszkali w bliskości stacyi, którą zarządzałem. U żadnego z nich nie zauważyłem objawów, któreby mnie skłoniły do odstawienia salolu; obawy więc niektórych [SOULIER, CANTANI] co do możności wystąpienia objawów zatrucia karbolem, który z salolu w kiskach powstaje, wydają mi się całkowicie płonnemi.

Ani razu podobnych objawów po stosowaniu salolu nie widziałem, zawrót zaś głowy i szum w uszach zależały widocznie od wessanych salicylanów ²⁾).

Co się tyczy dawki u dzieci, to tym dawałem co 3—4 godziny tyle decigramów, ile lat miały. U nich również przy rozmaitego rodzaju biegunkach, szczególnie zaś przy podejrzanych postaciach [rozwolnienie, wymioty, zimne kończyny, bardzo słabe tętno], z rezultatów zupełnie zadowolony byłem.

Jeśli teraz zestawić wyniki, jakie miałem po stosowaniu salolu z tem, co w literaturze o owych biegunkach cholerycznych znaleźć można, to się okaże, że stosunkowo bardzo szybkie polepszenie otrzymywałem właśnie przy tem leczeniu, podczas kiedy biegunki te w najlepszym razie, jeśli nie mają za następstwo owych ciężkich objawów cholery, to trwają zwykle 8—14 dni [ZIEM-SEN, ROSSBACH]. W przypadkach zaś przezemnie obserwowanych, jeśli się zdarzyło, że biegunka po 2 dobach nie ustawała, to jako powód znaleźć zawsze

¹⁾ Salol podawałem albo zwyczajnie w proszku, który chory sobie wprost wsypywał na język, albo też wrzucałem proszek do gorącej herbaty. Ciepłota około 34° R. wystarcza, ażeby salol roztopił się i utworzył na dnie kieliszka jakby tłustą kroplę, którą chory razem z herbatą wypijał. Można także podawać salol w kapsułkach żelatynowych lub w postaci tabletek prasowanych lub też w mieszankach odpowiednich.

²⁾ Teoryję działania, chemiczne własności salolu może czytelnik znaleźć w pracy prof. MARCELEGO NENCKIEGO: Salol, jego związki i ich zastosowanie lecznicze. *Gazeta Lek.* 1887. Nr. 37.

mogłem niestosowanie się do wskazanej przezemnie dyjety; prócz wskazania bowiem—działania na sam zarazek—jednocześnie wskazanem jest unikanie podrażnienia przewodu pokarmowego.

Makowca w przypadkach biegunek ani razu nie stosowałem. Raz tylko jeden uciec się musiałem do wstrzyknięcia morfiny kobiecie z powodu silnych bólów w okolicy pępka przy istniejącej jednocześnie biegunce.

Do środków wymiotnych uciekałem się tylko wtedy, kiedy miałem wyraźne po temu wskazanie, kiedy ostre objawy niestrawności, jak: mdłości, bóle i ściskanie w dołku, występowały wkrótce po objedzeniu się lub po zjedzeniu jakich nieświeżych lub ciężkostrawnych pokarmów. Chorym zaś, którzy się na mdłości i na wymioty tylko skarżyli, zalecałem przyjmowanie obfitej ilości gorącej herbaty, a prócz tego dawałem salol po 0,5 co 2—3 godziny. Nie zauważyłem, ażeby który z tych przypadków przyjął niepomysłny przebieg.

Co do środków czyszczących, to stosowałem je przy odpowiednich wskazaniach i przekonałem się, że wcale nie jest tak niebezpieczną rzeczą podawać je w czasach panowania cholery.

Co się, podług mnie, mogło także przyczynić do pomysłnego przebiegu opisanych przezemnie przypadków, to to, że chorzy tuż na stacyi otrzymywali pierwszą dawkę odpowiedniego lekarstwa; tym sposobem leczenie się nie opóźniało.

Należałoby wogóle podczas panowania cholery pomoc lekarską wszędzie tak zorganizować, ażeby ludność, szczególnie biedna, mogła w każdej porze dnia i nocy otrzymywać poradę lekarską i jednocześnie też zaraz odpowiednie środki lekarskie; w przypadkach bowiem prawdziwych biegunek cholerycznych czas jest drogi i chory nie powinien być narażony na kilkogodzinne czekanie na odpowiednie lekarstwo z odległej nieraz apteki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



55. Simonds M. [Hamburg]. Muchy, jako roznosicielki cholery.

Autor, prosekter szpitala powszechnego w Hamburgu, badając bakteryjologicznie muchę, która fruwała w sali, gdzie leżały kiszkki trupów cholerycznych, znalazł na płytce żelatynowej bardzo wielką liczbę kolonij przecinkowca Koch'a. Od tego czasu kazał trupy zaraz po sekcji usuwać i stół dobrze dezynfekować; przy następnych badaniach muchy okazały się wolne od bakterij cholerycznych.

Chcąc się przekonać, czy bakteryje choleryczne, przylepiwszy się do ciała muchy, wysychają prędko, jak się tego można było spodziewać, autor kładł muchy, które siadały na otwartych kiszkiach cholerycznych, do fiaski dość obszernej, w której mogły swobodnie fruwać. Po upływie pewnego czasu [5—45 minut] wyjmował muchy z fiaski i zatapiał je pojedynczo w płynnej żelatynie, którą następnie wylewał na płytki. Po 48 godzinach pojawiło się na wszystkich płytkach mnóstwo kolonij przecinkowca cholerycznego. Przy powtórzeniu tego doświadczenia, przy czem muchy fruwały swobodnie przez 1½ godziny w obszernej kolbie, autor otrzymał takie same wyniki. Jeżeli więc zarazek choleryczny nawet po godzinie przeszło nie traci żywotności na ciele muchy, łatwo sobie wyobrazić, jakim mogą one być źródłem zarazy, osiadając na różnych pro-

duktach żywności, które przedstawiają odpowiednią glebę dla zarazka cholerycznego, jak: mleko, zupy różne, sosy i t. d. Dlatego też należy przestrzegać, aby wypróżnienia i wszelkie przedmioty przez nie powalane, zanim zostaną zdezynfekowane, były starannie przykryte, jak również, aby w miejscowościach, dotkniętych zarazą, chronić wszelkie, aszczególnie płynne pokarmy od zetknięcia z muchami.

(*Deutsch. med. Woch. Nr. 41*).

A. Puławski.

56. Prof. Rumpf. Leczenie cholery w nowym szpitalu powszechnym w Hamburgu.

W szpitalu tym przewinęło się podczas ostatniej epidemii około 3000 chorych. Na podstawie tego olbrzymiego materiału autor charakteryzuje typowo rozwinięty napad cholery jako otrucie.

Oddzielne obrazy kliniczne cholery lub też jej okresy sprowadza do następujących: 1) prosta biegunka choleryczna, 2) okres zatrucia, 3) okres zamartwicy (*stadium algidum*), 4) choroby następce, wśród których najważniejsze są: a) gorączka septyczna, b) *stadium comatosum* z objawami zapalenia nerek.

Jeżeli choroba polega na zatruciu, którego źródłem są produkty życia lasecznika przecinkowatego, to wskazanie przyczynowe polegałoby na wydaleniu tego ostatniego z kiszek, przedewszystkiem należałoby się zwrócić do środków chemicznych, którym przypisują własność zabijania przecinkowców wewnątrz kiszek. Salol i kreolina nawet wtedy, kiedy nie były zwymiotowane, nie okazywały najmniejszego działania. Krezol natomiast tylko przykre uczucie palenia, na które uskarżają się chorzy. Kwassolny i kwas mleczny, preparaty kresolu pozostawały bez skutku. Woda chlorowa okazała się wprost szkodliwą.

Dlatego wszystkie te środki, które przecież przechodziły z żołądka do kiszek, okazały się zupełnie bezskutecznymi, powiedzieć trudno. Zdaje się, że błona śluzowa kiszek, pozbawiona nabłonka, równie dobrze wchłania jad żywych jak i zabitych laseczników, a co ważniejsza, że zwykle jad ten znajduje się już po za ścianą kiszek i jest dla nas niedostępny. Mówiąc o usiłowaniach [daremnym zresztą] dezynfekcyi kiszek, niemożna przemilczeć o wlewaniach roztworu taniny według CANTANI'ego. Tylko w przypadkach lekkich, zdarzających się pod koniec epidemii, wlewania te okazywały dobroczynne działanie.

Wszystkie usiłowania dezynfekcyi kiszek w przypadkach jasno wyrażonej cholery uważa RUMPF za nieużyteczne, jeżeli nie za wprost szkodliwe.

Względnie najlepsze wyniki autor widział od podawania kalomelu, który stosował w dawkach 0,02—0,05 co 2 godz. dla dorosłych. Jeżeli podawaniu kalomelu stały na przeszkodzie wymioty, dodawał po kilka kropel roztworu kokainy [1:100]. Prócz tego w I i II okresie stosował gorącą kąpiel w ciągu kilku minut do kwadransa — wynikiem kąpeli było zwykle pogłębienie oddechu i polepszenie tętna. Obok małych dawek kalomelu i ciepłych kąpeli, autor dawał chorem gorącą herbatę, wino, i wstrzykiwał olejek kamforowy; przeciwko kurczom stosował wstrzykiwanie małych dawek morfiny.

Co się tyczy makowca, R. widział zawsze pogorszenie najważniejszych objawów, mianowicie: upadek tętna i zwiększenie sinicy, śpiączkę i kurcze.

O wstrzykiwaniach ciepłego roztworu soli kuchennej [nie pod skórę, lecz do żył] autor odzywa się z uznaniem. Stosował je tylko w najcięższych przypadkach tam, gdzie wszelkie inne leczenie okazywało się bezskutecznym, a jednak w 25% otrzymał wyniki dodatnie. Polepszenie występuje już po pierwszym wstrzyknięciu; tętno się poprawia więcej, aniżeli po stosowaniu

środków pobudzających. Ażeby jednak to polepszenie utrwalić, należy wstrzykiwania powtarzać co kilka godzin: dopiero po 4—6 wstrzyknięciach autor widział trwałą poprawę. Dobroczynne działanie wstrzykiwań autor przypisuje nie rozcieńczeniu krwi, lecz rozcieńczeniu toksyn, krążących we krwi, a także podniesieniu ciepłoty serca i naczyń krwionośnych. Jad choleryczny niewątpliwie sprowadza porażenie naczyń krwionośnych i ośrodków regulujących ciepotę.

(*Deut. med. Woch. Nr. 39*).

A. Puławski.

57. O przekłuciu klatki piersiowej i leczeniu wogóle zapalenia płucnej.

Na jednym z posiedzeń akademii lekarskiej w Paryżu prof. VERNEUIL i HARDY dowodzili, że przekłucie klatki piersiowej przy wysiękach płucnej, tak dziś często dokonywane, może być przyczyną przemiany wysięku surowiczego w ropny i że skutkiem tego od lat 20 ropne zapalenie płucnej stało się o wiele częstszem, aniżeli dawniej. VERNEUIL opierał swój pogląd na tem, że widział przypadki, w których przy pierwszym przekłuciu otrzymano płyn czysto surowiczy, przy drugim surowiczo-ropiasty, przy 3-em lub 4-tem czysto ropny.

Powyższe twierdzenia stały się źródłem bardzo żywej i interesującej dyskusyi, w której między innymi przyjmowali udział: DIEULAFOY, DUJARDIN BEAUMETZ, CONST. PAUL, PETER, G. SÉE i w której poruszono wiele kwestyj, dotyczących leczenia surowiczego zapalenia płucnej, a szczególnie przekłucia klatki piersiowej. Kwestyje te ugrupować można w następujące punkty:

- a) Wpływ przekłucia klatki piersiowej na wysięki surowicze.
- b) Wskazania do przekłucia klatki piersiowej.
- c) Leczenie zapalenia płucnej w ogólności [leczenie przeciwzapalne, przyszczydła i t. p.].
- d) Gruźlicze zapalenie płucnej.

1) Odnośnie do wpływu przekłucia klatki piersiowej zabierał głos DIEULAFOY, który w ciągu 10 lat, tak w szpitalu, jakoteż w praktyce prywatnej, dokonał 380 razy przekłucia klatki piersiowej i ani razu nie widział przemiany wysięku surowiczego w ropny. Niekiedy płyn otrzymany już przy pierwszym przekłuciu jest nieco mętnym, a przy drugim lub trzecim staje się ropnym. Łatwo wówczas przypuścić, że jest to winą przekłucia klatki piersiowej. Lecz jeżeli zbadać starannie płyn ten, który dla gołego oka jest czystym, można się łatwo przekonać, że zawiera już drobnoustroje ropne. Jestto pierwszy okres ropnego zapalenia płucnej; od tej chwili można przewidzieć przemianę wysięku surowiczego w ropny. D. nie przeczy, że ropne zapalenie płucnej jest dziś częstszem, lecz częstszymi są i inne ropienia. D. stanowczo twierdzi, że przekłucie klatki piersiowej, wykonane przy ścisłej antyseptyce, nigdy nie może być źródłem przemiany wysięku surowiczego w ropny. Tego samego zdania był G. SÉE.

2) Pod względem wskazań do przekłucia klatki piersiowej wielce sprzecznymi były poglądy lekarzy. Podług DIEULAFOY, w każdym okresie choroby, przy każdym stanie chorego, lekarz powinien przystąpić do przekłucia klatki piersiowej, lecz nie należy wypuścić więcej nad 1 litr płynu naraz, jeżeli ilość tegoż może być ocenioną na 1800 do 2000 gramów. Ocenic zaś ilość wysięku jest, podług D., nietrudno. Jeżeli przy lewostronnym wysięku tępość sięga od tyłu do grzebienia łopatk, ilość jego wynosi 1800 do 2000 gramów; przy prawostronnym wysięku opuszczenie wątroby wskazuje na tęż ilość wysięku. Podług HARNY'ego, wskazaniem do przekłucia klatki piersiowej jest nie tylko ilość płynu, lecz towarzysząca duszność i stałość wysięku. G. SÉE przyznaje, że nie umie dokładnie oznaczyć ilości płynu. Podług niego, przekłucie klatki piersiowej powinno być niewcześniej wykonane jak pomiędzy 15, 20 lub 22 dniem, t. j. po przejściu czasu cyklicznego, gdyż po wcześniejszem wypuszczeniu łatwo płyn się odnawia. Na-

głębokiem się zaś staje przekłucie, gdy wysiękowi towarzyszy duszność, lecz duszność prawdziwa, charakteryzująca się sinicą końca nosa, warg i paznokci.

PETER robi przekłucie klatki piersiowej tylko wtedy, gdy przemieszczenie serca i obniżenie wątroby jest bardzo znacznem szczególnie po 20 dniach trwania; do tego bowiem czasu i w tym czasie wysięk sam zostaje wessanym. Tego samego mniej więcej zdania jest prof. LANCEREAUX.

3) Przy rozważaniu leczenia zapalenia płucnej w ogólności prof. SÉE zadaje sobie pytanie: czy należy wogóle zapalenie płucnej leczyć, czy też zachowywać się wyczekująco? Przechodzi on po kolei wszystkie metody lecznicze, jakie są w użyciu. Przetwory salicylowe są skuteczne tylko w przypadkach świeżych, na wysięki zaś dawno istniejące, nie wywierają żadnego wpływu. Leki moczopędne nie prowadzą do pożądanego rezultatu, leki czyszczące są szkodliwe, na potne niewygodne w użyciu, przyszczydła również nie przynoszą żadnego pożytku. Pozostaje zatem leczenie wyczekujące, które jest najłepsze. Należy jednak nie dłużej wyczekiwać nad 10, 15 do 20 dni. Do tego czasu SÉE nic nie robi i nie uważa, by jego chorzy gorzej na tem wychodzili. ALPH. GUÉRIN uważa zapalenie płucnej, a raczej wysięk w płucnej za następstwo zapalenia naczyń limfatycznych na powierzchni płuc i skutkiem tego, zdaniem jego, należy zwalczać zapalenie za pomocą ogólnych lub miejscowych upustów krwi i środków odciągających. PETER jest też za leczeniem przeciwpalnym. W okresie ostrym choroby energiczne leczenie przeciwpalne za pomocą upustu krwi, środków odciągających, może wstrzymać lub przynajmniej zmniejszyć natężenie sprawy zapalnej.

PETER przytacza 3 przypadki ANDRAL'a, w których chorzy z objawami ostrego zapalenia płucnej bez wysięku po kilku dniach opuścili szpital po obfitych upustach krwi, przyczem do wysięku nie doszło. Inni chorzy wyzdrowieli po wielkich przyszczydłach. Wogóle zapalenie płucnej w naszych czasach jest cięższem, aniżeli dawniej, a przyczyną tego jest, że się nie leczy zapalenia płucnej przeciwpalnie. Do 20 dnia choroby należy działać przeciwpalnie: robić upusty krwi, stawiać przyszczydła, zwiększać ilość moczu za pomocą leków moczopędnych. I. HARDY jest za leczeniem przeciwpalnym, za upustem miejscowym krwi, przyszczydłami, po których widział zmniejszenie wysięku. POTAIN jest przeciwny przyszczydłom.

4) Odnosnie do gruźliczego zapalenia płucnej, SÉE, jak dawniej, tak i dziś twierdzi, że większa część tak zwanych pierwotnych zapaleń płucnej jest pochodzenia gruźliczego. Opiera on pogląd swój na tem, że NETTER, wstrzykując świnkom morskim płyn surowiczy płucnej, na 20 razy 6 razy otrzymał gruźlicę. DIEULAFOY sądzi, że jakkolwiek znaczna część pierwotnych zapaleń płucnej jest pochodzenia gruźliczego, wszelako pozostaje jeszcze niemało przypadków, w których po przekłuciu klatki piersiowej następuje radykalne wyleczenie. DUJARDIN BEAUMETZ podaje ilość zapaleń pochodzenia gruźliczego 80 na 100.

HARDY zaznacza, że w rzeczy samej często po zapaleniu pierwotnem płucnej rozwija się gruźlica płuc, lecz sądzi, że pozostające po zapaleniu płucnej błony fałszywe upośledzają czynność płuc, spłaszczają je, utrudniają oddechanie i w ten sposób stwarzają *locus minoris resistentiae* i sprzyjają w następstwie rozwojowi gruźlicy płuc.

(*Médecine moderne*, Nr. 13—20. 1892).

F. Arnstein [Kutno].

58. J. Audry. Atetozą podwójną i chorea przewlekła u dzieci.

Pracę swą autor opiera na 93 spostrzeżeniach, a między niemi na kilku własnych, dotychczas drukiem nieogłoszonych. Pierwszy HAMMOND w 1872 pod nazwą *athetosis* opisał cierpienie, cechujące się ruchami mimowolnemi, jakie w spokoju chory wykonywa bezustannie palcami rąk i nóg. Atetozą podwójną zwy-

kle atakuje powoli różne mięśnie twarzy, kończyn i tułowia, rozpoczynając się to w jednych, to w drugich. Nadzwyczaj rzadko [MASSALONGO] atetozą od razu jest ogólną. Najczęściej dotknięte są kończyny górne i to palce, przyczem zwykle jedna strona cierpi silniej. Szybkość ruchów jest zmienną i zależną od wielu różnych wpływów; KURELLA podaje następujące cyfry: palce średnie 18, 37, 43 na minutę; wskaziciel: 27, 30, 50, napięstek 14. W górnych kończynach chorey wykonywa mimowolne ruchy ksobne, odsiebne, zginania, prostowania i obrotowe, przyczem ruchy te nie są symetryczne z obu stron. Wola w nader rzadkich przypadkach zmniejsza siłę atetotycznych ruchów, zazwyczaj przeciwnie przy ruchach dowolnych ruchy zwiększają się i stają się podobne do płasawicowych. Wzruszenia powiększają siłę atetozy. Sen zazwyczaj działa uspokajająco, lecz są spostrzeżenia, że chorey wskutek silnych ruchów podczas snu bywał wyrzucany z łóżka. Zimno zwykle działa hamująco na ruchy. Ruchy niezawsze odbywają się według jednego typu. Prócz tych ruchów, bardzo charakterystyczne, niemal nieodzowne dla atetozy podwójnej są przykurczenia. Nie zależą one od bezwładu antagonistów. Podobnie jak i ruchy atetotyczne, zwiększają się one pod wpływem pobudzeń moralnych [wzruszenia i t. d.] i woli. Czasem są tak silne, iż mniej lub więcej zupełnie unieruchamiają kończyny. Ułożenie kończyn w atetozie bywa bardzo różnorodne; chorezy zazwyczaj starają się tak je ułożyć, aby przeszkozić ruchom mimowolnym, a przy przykurczeniach najczęściej kończyny są w zgięciu.

Chorzy, dotknięci atetozą podwójną, często nie są w stanie wypełniać najprostszych ruchów: nie mogą sami jadać, ubierać się, rzadziej spełniają nawet dość subtelne roboty, jak: szycie, robienie na drutach. Pisać zaledwie nie wielu może i to, gdy nie są obserwowani, przyczem pismo jest mało czytelne. Ruchy mimowolne i skurcze powodują rozluźnienie ścięgien, co prowadzi niejednokrotnie do prawdziwych nadwicznień. Zniepodobnienia stałe rąk symulują zmiany, obserwowane przy reumatyzmie zniepodobniającym. Kończyny dolne w $\frac{1}{10}$ przypadków atetozy są również dotknięte, lecz zwykle słabiej, niż górne. Chorey wykonywa palcami również ciągłe i mimowolne ruchy, zgięcia, prostowania, ksobne i odsiebne, a w pewnej tylko liczbie przypadków i w stawie golenio-stopowym, kolanowym i biodrowym. I w kończynach dolnych bywają także czasowe lub stałe przykurczenia. Chód w większości przypadków przypomina chód przy władzie rdzenia, a w pewnej liczbie jest zupełnie niemożliwym z powodu stałych przykurczeń. Czasem podczas chodzenia do zwykłych ruchów atetotycznych dołączają się ruchy płasawicowe, czyniące chód niemożliwym.

W połowie przypadków notowano ruchy mimowolne głowy [zginanie, prostowanie i ruchy boczne]: ruchy te odbywają się powolnie, co jest właściwym dla atetozy podwójnej: 15—20 na minutę. Spostrzegano także ruchy unoszenia ramion. Mięśnie tułowia ulegają niejednokrotnie ruchom atetotycznym, czasami nawet bardzo gwałtownym, w przypadku KURELLI chorey w nocy zrzucany był z łóżka.

Ruchy mięśni twarzy spostrzegano mniej więcej w $\frac{3}{4}$ przypadków; na twarzy chorych malują się: śmiech, płacz, zdziwienie, zmartwienie i t. d.. Twarz często przypomina maskę z komedii starożytnej. Najczęściej przyjmują udział następujące mięśnie: *risorius*, *zygomaticus*, *orbicularis oris*. Dodać możemy, że ruchy mimiczne są niebolesne i często uchodzą uwagi samego chorego. Język w $\frac{1}{4}$ przypadków ulega ruchom mimowolnym, polegającym na wysuwaniu go i chowaniu; niejednokrotnie obserwowano znaczny przerost języka, podobnie jak i innych mięśni.

W $\frac{1}{6}$ przypadków istniało skrzywienie kręgosłupa (*kyfosis*, *scoliosis*, *lordosis*). Autor objaśnia to w większości przypadków spazmem mięśni. Wielu badaczy jest zdania, że atetozę podwójną spotyka się tylko u słabo rozwiniętych

umysłowo i idyotów; autor nie zgadza się z tem, przytaczając 30 przypadków, w których inteligencja była w zupełności zachowana lub względnie bardzo mało osłabiona, przy czem robi uwagę, że przy powierzchownem badaniu nawet inteligentni chorzy mogą uchodzić za idyotów lub słabych umysłowo, gdyż temu sprzyja ciągle wykrzywanie się ich twarzy, dziwaczna postawa z powodu mimowolnych ruchów, zupełna niemożność lub też wielka trudność mówienia, z drugiej zaś strony ponieważ atetozą podwójną dotyka chorych zazwyczaj w bardzo wczesnym wieku, w skutek czego wychowanie ich umysłowe, rozwój inteligencji jest utrudniony.

W $\frac{2}{3}$ przypadków atetozy istnieją zaburzenia mowy: jedni chorzy nie mówią zupełnie, gdyż nie są w stanie myśleć (*logopathie de KUSSMAUL*), inni pojmują dobrze pytanie skierowane do nich i odpowiadają znakami, lecz przeszkodę do mówienia stanowią ruchy i spazmy mięśni, twarzy i języka, czasem przerost języka. Mowa zazwyczaj bywa, według SEELIGMUELLER'a, „wie aus dem Munde ausgezogen“, skandowana, przerywana, nierówna.

Zmian w czuciu ogólnem i specyjalnem zazwyczaj nie bywa. Odruchy skórne i ścięgniste nie przedstawiają nic charakterystycznego. Zaburzenia troficzne i naczynio-ruchowe należą do wyjątkowych; najczęściej spostrzegano silne poty. W kilkunastu przypadkach notowano zniekształnienia czaszki. Atetozą może być wywołaną różnemi cierpieniami układu nerwowego. Atetozą podwójną, pochodzenia mózgowego, zazwyczaj rozwija się w bardzo wczesnym dzieciństwie, u dorosłych zaś tylko w 14%; przeciwnie atetozę przy chorobach rdzenia, nerwów obwodowych i nerwicach częściej spotyka się u dorosłych. Dziedziczność bezpośrednią i pośrednią (*similaire et de transformation*) obserwowano przy atetozie. Prócz ujemnych wpływów na matkę podczas ciąży, które, jak i na inne choroby nerwowe, mają mieć znaczenie i na pojawienie się atetozy podwójnej; szczególnie często w wywiadach znajdujemy: 1) poród przedwczesny, 2) poród na czasie, lecz urodzenie się dziecka w stanie asfiksji i 3) poród zakończony kleszczami. W etyologii atetozy podwójnej znajdujemy także choroby infekcyjne, urazy, przebiegienia. Na sekcjach pośmiertnych, których liczba dotychczas jest nieznaczną, znajdowano bardzo rozmaite zmiany: *pachymeningitis hypertrophica*; *atrophia cerebri, cerebelli, bulbi, sclerosis disseminata*, asymetryję półkul mózgowych, zwyrodnienie wtórne pęczków piramidalnych i inne.

Co do rokowania, to w większości przypadków atetozą podwójną, pochodzenia mózgowego, jest nieuleczalną. Natężenie tylko niektórych objawów może się zmieniać: zwiększają się one lub zmniejszają, rzadko giną zupełnie. Wyzdrowienia dotychczas nie notowano. Z cierpieniem żyć można bardzo długo. Co do leczenia, to środki wewnętrzne są bezskuteczne, przy kontrakturach ulgę przynosi przecinanie ścięgien; największą nadzieję pokładają niektórzy klinicyści w kraniektomii i trepanacji. MAC NUTT radzi w razie porodu ciężkiego, gdy drgawki trwają całe dnie, otworzyć czaszkę dziecka i usunąć ogniska wylewu krwi w oponach mózgowych. Tym sposobem ma się zapobiedz rozwinięciu się *hemiplegiae spasticae infantilis*, z którą często jednocześnie pojawia się atetozą podwójną. HORSLEY, LANNELONGUE i inni robili trepanację z różnym skutkiem, bywały i przypadki śmierci.

Jako wskazanie do kraniektomii późnej mogą służyć: skostnienie przedwczesne szwów, *hyperostosis* czaszki, ogniska *pachymeningitidis*, torbiel skórzaśta; sprawy zaś rozlane, jak: zanik mózgu, *porencephalia*, są przeciwwskazaniem do operacji. Zdaniem AUDRY'ego, od chirurgii w atetozie podwójnej niewiele spodziewać się można, gdyż najczęstszą przyczyną choroby są sprawy rozlane, a z drugiej strony rozpoznanie miejscowe jest bardzo trudne.

Różniczkowe rozpoznanie częstokroć jest bardzo trudne, gdyż są przypadki niezupełnie typowe, stanowiące niejako formy przejściowe między atetozą

podwójną a choreą. Płasawica różni się od atetozy podwójnej ruchami gwałtowniejszemi, szybszemi i nieprzewidzianemi, zjawia się po 4 roku życia i przy niej albo nie ma zupełnie zaburzeń mózgowych, albo są w formie ostrej; wyleczalność z płasawicy jest zupełna. Trudnijszem jest odróżnienie od płasawicy przewlekłej u dzieci, zwłaszcza że i moment etjologiczny zwykle jest ten sam [ciężki poród, przestрах podczas ciąży]. Płasawica brzemiennych odróżnia się z łatwością dzięki powstawaniu podczas ciąży i ruchom właściwym płasawicy. Płasawica historyczna odznacza się, prócz stygmatów historycznych, monotonością ruchów mimowolnych. W „*maladie des tics*“ stale powtarza się jeden giest, częste wykrzykiwania mimowolne, specyjalne zaburzenia umysłowe (*idées fixes*). *Chorea hereditaria* HUNTINGTON'a przedstawia wielkie podobieństwo z atetozą podwójną; dla odróżnienia służy dziedziczność, która gra pierwszorzędną rolę przy płasawicy HUNTINGTON'a, dalej deformacje stawowe, przerosty mięśniowe, zaburzenia mowy, które są właściwe atetozie podwójnej. *Paralysis agitans* i *sclerosis multiplex* odróżnić łatwo, gdy zwracamy uwagę na całość obrazu chorobowego. *Ataxia hereditaria* FRIEDREICH'a różni się dziedzicznością, istnieniem objawów WESTPHAL'a i ROMBERG'a, chodem ataktycznym, brakiem drgawek w mięśniach twarzy, a nadto iż przy zaburzenia mowy występują w późniejszym przebiegu choroby. *Paranyoclonus multiplex* odznacza się niestalością i gwałtownością ruchów mimowolnych. *Spasme saltatoire* zajmuje tylko dolne kończyny, nie dając żadnych mózgowych i innych objawów, właściwych atetozie podwójnej.

Atetozą podwójną, jakśmy wyżej wspomnieli, niezawsze jest pochodzenia mózgowego. Pierwszy CRUVEILHIER podał spostrzeżenie ruchów atetotycznych w przebiegu ataksji ruchowej. Autor przytacza 5 przypadków [2 własne] wiażdżenia, w przebiegu którego obserwowano atetozę podwójną. Atetozą podwójną pochodzenia rdzeniowego różni się od takiej pochodzenia mózgowego następującymi właściwościami: trwa tygodnie, miesiące, czasem nawet lata, a potem zupełnie znika, ruchy wyrażone są słabiej i ograniczają się najczęściej tylko do kończyn, objawów mózgowych nie ma. Istnieją dwie teoryje, starające się objaśnić przyczynę atetozy podwójnej przy wiażdżeniu rdzenia. Jedną z nich [ROSENBACH, BERGER, STRUEMPFELL], opierając się na częstej obecności objawów czuciowych, uważa ruchy mimowolne za zjawiska odruchowe, według drugiej [MASSALONGO], chorzy tacy przedstawiają obraz wiażdżenia skomplikowanego—*tabes ataxo-spasmodique*—opisywanego w ostatnich czasach. MASSALONGO opisał jeden przypadek atetozy podwójnej w przebiegu *paralysis infantilis*, gdzie nie było żadnych objawów mózgowych i pochodzenie rdzeniowe atetozy podwójnej nie ulegało żadnej wątpliwości.

Pierwszy LOEWENFELD, a za nim REMAK i KRAFT-EBING ogłosili po jednym przypadku *neuritidis multiplicis* z atetozą podwójną. WISZWIANSKI ogłosił przypadek atetozy podwójnej pochodzenia historycznego, co potwierdza zdanie autora, że atetozą podwójną, podobnie jak *hemithetosis*, *chorea*, *hemichorea* mogą być wyrażeniem najróżnorodniejszych zaburzeń anatomicznych lub czynnościowych, chociaż w ogromnej większości przypadków spostrzega się je przy zaburzeniach mózgowych. Autor, zgodnie z większością uczonych, jest zdania, że atetozą podwójną nie jest oddzielną chorobą, lecz zbiorem zjawisk (*syndrome*), przyczem stanowi część składową wielkiej grupy zaburzeń ruchowych, symptomatycznych, których granice niejasno są określone.

(*L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance*. Paris 1892. str. 411).

K. Stróżeński.

59. C. Klemperer. Poszukiwania nad szczepieniem ochronnem cholery azylatyckiej u człowieka.

Z doświadczeń BEHRING'a i KITASATO wiadomo, że surowica krwi zwierząt immunizowanych posiada tę własność, iż może przenieść immunizację na inne

zwierzęta. Im większy stopień immunizacji ma dane zwierzę względem jakiejś choroby zakaźnej, tem mniejsza ilość jego surowicy krwi wystarcza do wywołania immunizacji u innego zwierzęcia.

Z drugiej strony można zupełnie logicznie wyprowadzić następujące wnioski: 1) jeżeli surowica krwi z jakiegoś organizmu—ludzkiego lub zwierzęcego—może immunizować inny organizm, to fakt ten dowodzi, że organizm, od którego pochodzi owa surowica krwi, posiada immunizację względem danej choroby; 2) im mniej surowicy krwi potrzeba w takim razie do wywołania immunizacji w drugim organizmie, tem wyższy stopień immunizacji posiada organizm pierwszy, to jest ten, którego surowicą krwi immunizujemy organizm jakiś drugi.

Od dawna wiadomo, że pewna część ludzi jest odporną względem cholery, a Koch utrzymuje nawet, że aż połowa ludzi posiada w tym względzie naturalną immunizację. Otóż, KLEMPERER postarał się przedewszystkiem o doświadczalne stwierdzenie tego faktu i o określenie wysokości owej immunizacji naturalnej u człowieka. W tym celu użył krwi [wenesekcja] pięciu ludzi do doświadczeń, które przeprowadził w sposób następujący: wieczorem wstrzyknęto śwince morskiej 2—5 ctm. sześć. surowicy krwi ludzkiej, a następnego dnia zrana wstrzyknęto temuż zwierzęciu do jamy otrzewnej zabójczą dawkę laseczników cholerycznych. Rozumie się, że obok tego zawsze były i zwierzęta służące do kontroli, t. j. z wstrzykniętą hodowlą laseczników cholerycznych bez poprzedniego wstrzyknięcia surowicy krwi. W trzech przypadkach zwierzęta, którym wstrzyknęto surowicę krwi ludzkiej, zdechły albo jednocześnie ze zwierzętami służącymi do kontroli, albo niedługo po nich; w dwóch zaś przypadkach można było się przekonać, że surowica krwi ludzkiej [dwóch osób] istotnie posiada wyraźne własności immunizacyjne, a antytoksyczne względem jadu cholerycznego. I tak: dwa ctm. sześciennne surowicy krwi apoplektyka wystarczały do uchronienia świnki morskiej od intoksykacji cholerycznej; ze krwi drugiego chorego dość było użyć jednego ctm. sześciennego surowicy, aby u zwierzęcia wywołać zupełną immunizację na jad choleryczny, jednakże ilość mniejsza tejże surowicy, t. j. 0,75 ctm. sześć. już dała wynik ujemny. Z tych doświadczeń widać: że z owych pięciu osób dwie posiadały immunizację naturalną względem jadu cholerycznego, immunizację, którą za pomocą ich surowicy krwi dało się przenieść na świnki morskie; oraz że wysokość owej naturalnej odporności można do pewnego stopnia ilościowo określić, np. w danym przypadku potrzeba, co najmniej, jednego ctm. sześć. surowicy krwi ludzkiej do wywołania odporności u zwierząt.

W dalszym ciągu szło KLEMPERER-owi o to, aby się przekonać: czy za pomocą szczepienia odpowiednio przygotowanych hodowli laseczników cholerycznych nie uda się u człowieka wywołać immunizacji względem tej choroby, a raczej — co zresztą łatwiej i bezpieczniej daje się przeprowadzić — czy przez zaszczerpienie człowiekowi hodowli cholerycznej jego surowica krwi nie nabierze własności antytoksycznych względem jadu cholerycznego.

Takie szczepienie hodowli cholerycznych KLEMPERER rozpoczął na własnej osobie, a następnie dopiero, przekonawszy się o bezpieczeństwie wzmiankowanego doświadczenia, skorzystał z gotowości kilku lekarzy i kandydatów medycyny. Trzydniowe hodowle laseczników cholerycznych ogrzewał najprzód przez dwie godziny do 70° C.. Następnie wstrzykiwał sobie przez kilka dni część tak przygotowanej hodowli, i tak: 1-szego dnia dziesiątą część centymetra sześciennego, 2-go i 3-go dnia po jednej czwartej części ctm. sześciennego, 4-go, 5-go, 6-go i 7-go dnia po ¼ ctm. sześć., wreszcie 8-go dnia 1 ctm. sześcienny, a więc razem w ciągu 8 dni wstrzyknął sobie w przedramiona, w ramiona i w grzbiet 3,6 ctm. sześciennych hodowli cholerycznej. Miejscowo pojawiało się obrzmienie ograniczone, zaczerwienienie i bolesność, a raz zwiększenie gruczołu pachowego, z ogólnych objawów: ogólne niedomaganie, ból głowy, nudności, ciepłota ciała nieco podwyższona 37,8°, 37,9, 38,0° C.. Dnia 9-go prof. RENVERS zrobił

mu weneseckę. Surowicę owej krwi wyjałowiono, a na drugi dzień użyto jej do wstrzyknięcia do jamy otrzewnej u 6-ciu świnek morskich, a mianowicie w ilości 2, 1½, 1, ½, ¼ i ⅓, części centymetra sześciennego. Nazajutrz tymże samym zwierzętom wstrzyknięto do jamy otrzewnej hodowlę choleryczną w ilości 1 ctm. sześciennego.

Otóż, przekonano się, że już ¼ centymetra sześciennego takiej surowicy krwi chroni świnki morskie od zabójczego zatrucia hodowlą choleryczną.

Na dwóch innych osobach przekonał się KLEMPERER, że wstrzyknięcie tylko ½—¾ ctm. sześciennego hodowli cholerycznej może wywołać efekt ochronny, ale że ten ostatni jest o wiele słabszy od efektu, otrzymanego w tem doświadczeniu, w którem użyto większej ilości hodowli cholerycznej do wstrzyknięcia człowiekowi.

Z dawniejszych doświadczeń na zwierzętach wiadomo, że wprowadzenie do ustroju zwierzęcego umiarkowanych ilości żywych drobnoustrojów trujących stanowi dla danego zwierzęcia najlepszą metodę immunizacji. Z drugiej strony doświadczenia F. KLEMPERER'a dowiodły, że pneumokoki, które w płucach powodują tak burzliwe objawy, wprowadzone pod skórę są czynnikami zapalnymi, pozbawionymi wszelkiego niebezpieczeństwa i wkrótce tam zupełnie giną.

Otóż, szło w dalszym ciągu doświadczeń o to, aby się przekonać: popierwsze, czy i laseczники hodowli cholerycznej można bezpiecznie podskórnie wstrzyknąć człowiekowi; i powtórę, czy takie zaszczepienie żywej hodowli cholerycznej nie da lepszych wyników immunizacji.

Doświadczenia KLEMPERER przeprowadził na 11 osobach [lekarzach]. Doświadczenia te — co do szczegółów i ostrożności, odsyłam do oryginału — wykazały: popierwsze, że żywe laseczники choleryczne, które w kiszkach u ludzi tak straszne i zgubne następstwa dla organizmu wywołują, wprowadzone pod skórę powodują tylko nieznaczne zapalenia przy umiarkowanych objawach ogólnych; powtórę, że surowica krwi, pochodząca od osób, którym wstrzyknięto żywe laseczники choleryczne, posiada własności immunizacyjne w daleko wyższym stopniu [pięć razy], aniżeli surowica krwi osób, którym wstrzyknięto hodowlę osłabioną przez ogrzewanie,

(Berlin, klin. Woch. 1892, 39).

Wiktor Grostern.

60. Alt K. Toksalbuminy w wymiocinach chorych cholerycznych.

Autor szeregiem doświadczeń na zwierzętach wykazał, że jad jadowitych wężów (*pelias berus*, *echidna arietans*), wstrzyknięty pod skórę, jak również zaszczepiony przez ukąszenie, w znacznej części wydziela się przez żołądek, a to w takim stopniu, że przez systematyczne przepłukiwanie żołądka udało się autorowi ocalić życie kilku psom, którym dla doświadczeń jad ten został wstrzyknięty. Tym sposobem jad wężowy zachowuje się podobnie jak morfina, która wstrzyknięta pod skórę również się w znacznej części przez żołądek wydziela. Badania ERDMANN'a wykazały, że jad wężowy należy do rzędu trujących ciał białkowych, czyli t. zw. toksalbumin. Toksalbuminy zwierzęce i roślinne tyle mają chemicznego i fizyologicznego pokrewieństwa, że mimowoli nasuwa się myśl, iż trujące ciała białkowe, wytwarzające się w wielu chorobach zakaźnych, muszą na podobieństwo jadu wężowego również wydzielać się przez żołądek. Obecnie panująca choroba pozwoliła autorowi sprawdzić to przypuszczenie. Prof. RUMPF z Hamburga dostarczył autorowi dostateczną ilość wymiocin chorych cholerycznych. Z wymiocin tych autor otrzymywał substancję trującą w sposób następujący. Wymiociny, pochodzące od niewatpliwych chorych cholerycznych i nie zawierające cząstek pokarmowych, autor filtrował dwa razy. Otrzymany filtrat zupełnie przezroczysty [około 1½ litra] mieszał starannie z trzy razy tak wielką

ilością 96% alkoholu. Powstawało lekkie znieprzytomienie, a następnie zaczął opadać na dno biały kłaczkowaty osad. Płyn przefiltrowano i dodano alkoholu do osadu, przefiltrowano jeszcze raz i rozpuszczono osad w wodzie destylowanej. Po osadzeniu płynu potrzebną ilością alkoholu i przefiltrowaniu, zawieszono osad w 30 ctm. sześć. wody destylowanej. Tej zawiesiny używano do doświadczeń na zwierzętach. Jeden ctm. sześcienny zawiesiny, wstrzykniętej pod skórę szczurowi, wywoływał po kilku godzinach [około 5 godz.] śmierć przy objawach porażenia mięśni serca i oddechania. U jednego szczura wywołał kurcze w mięśniach kończyn tylnych. Podobne działanie otrzymano u świnek morskich i psów. Na sekcjach znajdowano nastrzyknięcie ścian kiszki, w nerkach nabrzmienie i znieprzytomienie nabłonka, znieprzytomienie w komórkach wątrobowych. Tym sposobem znaleziono, że w wymiocinach cholerycznych znajduje się jakaś wysoce trująca substancja, dająca się osadzić alkoholem i wywołująca u zwierząt objawy podobne do cholery u ludzi, a w każdym razie takie same, jakie otrzymujemy przez wstrzyknięcie toksalbumin, otrzymanych z hodowli lasecznika cholerycznego.

Wymiociny innych chorych takich skutków nie wywierały. W masie wstrzykiwanej nie mogło być żyjących przecinkowców [które giną w alkoholu], ani też nie mogły to być przecinkowce zabite przez alkohol gdyż w wymiocinach ich się nie spotyka wcale, a przynajmniej rzadko i w nieznacznej ilości. Dla ustalenia kompletnej analogii między jadem węzowym a wymiocinami cholerycznych należałoby zrobić doświadczenie, polegające na wstrzyknięciu pod skórę czystej hodowli i badaniu następującym wymiocin.

Doświadczenia powyższe doprowadzają do pewnych praktycznych wniosków, a mianowicie: 1^o w ustroju chorych cholerycznych wytwarza się pewien jad, działający zabójczo na układ nerwowy — tym sposobem najcięższe objawy dają się objaśnić nie utratą płynu, lecz zatruciem organizmu. 2^o badanie wymiocin może nam dać cenne wskazówki rozpoznawcze. 3^o Być może, systematyczne płukanie żołądka w połączeniu z podskórnymi wstrzykiwaniami roztworu soli przyniesie pewną korzyść przez usuwanie i rozcieńczenie krążących toksalbumin. W każdym razie należy przepłukiwanie powtarzać często, gdyż wydzielanie jadu przez żołądek odbywa się wolno.

(Deut. med. Woch. Nr. 41).

A. Puławski.

61. C. v. Noorden. O azotowej przemianie materji u chorych nerkowych.

W zwięzłym artykule autor streszcza wyniki ostatnich badań nad azotową przemianą materji w ostrym i przewlekłym zapaleniu nerek, badań swoich własnych i RITTER'a, MANN'a, KORNBLUM'a i innych, które się ukazały prawie jednocześnie i doprowadziły do jednakowych wyników. Dotychczasowe dane co do wydzielania azotu w chorobach nerkowych nie pozwalały wyprowadzić wniosków pewnych odnośnie do przemiany materji u takich chorych, bo dane te ograniczały się prawie wyłącznie do określania pewnych składowych części moczu. Dopiero prace wspomnianych autorów odpowiadają wymaganiom doświadczeń nad przemianą materji, ponieważ w nich określano ściśle ilość wprowadzanego azotu w pokarmach i ilość wydzielanego w kale i moczu. Takiego rodzaju postępowanie szczególnie nieodzownem było u chorych nerkowych, gdzie wahania w wydzielaniu azotu drogą przewodu pokarmowego i moczowego zależnymi być mogą nie tylko od różnego natężenia przemiany materji w tkankach ustroju, ale wprost od stanu jelit i większej lub mniejszej sprzeczności chorych nerek. Co się tyczy stanu trawienia kiszki u chorych nerkowych, *resp.* wydzielania azotu w kale, to badania autora, a także poprzednie FLEISCHER'a, PRIOR'a i innych wykazały, że w większości przypadków zapalenia nerek zawartość azotu w kale wcale nie jest większa, niż prawidłowa, ale nigdy nie wynosi więcej nad 1 gram. Zwiększenie wydzielania azotu z kałem wcale zresztą nie

jest właściwe dla pewnych form zapalenia nerek, tak, że z ogólnego okresu chorobowego nie można wnioskować, czy w danym przypadku zawartość N w kale jest prawidłowa, czy też zwiększona, przytem w jednym i tym samym przypadku zawartość ta może podlegać znacznym wahaniom. Wyniki te mają moc tylko względem przypadków zapalenia nerek wolnych od mocznicy; wykazują one, jednym słowem, że stosunki rezorbcyi białka w przewodzie pokarmowym u chorych na zapalenie nerek nie różnią się zasadzie i znaczeniu od takich stosunków u zdrowych ludzi.

Natomiast badanie moczu na zawartość w nim azotu, przyczem uwzględniono naturalnie azot w postaci białka i azot w postaci produktów utleniania tegoż, t. j. kwasu moczowego, mocznika i t. d., dowiodło, że w ostrem zapaleniu nerek azot prawie stale zatrzymywanym zostaje w ustroju, tak, że w moczu i w kale odnajduje go się mniej, niż zostało wprowadzone z pokarmem. W przewlekłym zapaleniu nerek zachodzą różne stosunki: w wielu przypadkach marskości nerek, ale także w zapaleniu mięszowem wydzielanie azotu z moczem jest zupełnie prawidłowe, a nie, jak niektórzy utrzymują, stale zmniejszone; w innych natomiast znajduje się w moczu i w kale znacznie mniej N, niż było wprowadzone z pokarmem. Innemi drogami, oprócz jelit i narządu moczowego, znaczniejsze ilości azotu wcale się nie wydzielają, jak to np. przez badanie znaczniejszych ilości potu chorych nerkowych autor stwierdził. Niewątpliwie więc niewydzielony azot nagromadza się w sokach i tkankach chorych nerkowych, prawdopodobnie pod postacią mocznika. Ale z drugiej strony trudno przypuścić, by takie nagromadzenie trwało stale; wtedy bowiem ilość produktów przemiany materyi w ustroju chorych na nerki należałoby mierzyć nie gramami, ale całemi funtami. Rzeczywiście określając powtórnie po pewnym przeciągu czasu wydzielanie azotu w jednym przypadku mięszowego zapalenia nerek, v. NOORDEN znalazł więcej N, niż było wprowadzone z pokarmem; w poprzednim zaś badaniu osobnik ten wykazywał zrównoważenie przemiany materyi. Takie wahania stosunku pomiędzy przyjmowanym i wydzielanym azotem stanowią charakterystyczną cechę przemiany materyi w przewlekłym zapaleniu nerek, jak wypada z dotychczasowych badań, bez różnicy w mięszowem, czy w śródmięszowem.

Zatrzymywanie azotu w ustroju przy *nephritis* nie znajduje się zupełnie w żadnym stosunku z obecnością obrzęków; również dotychczasowe spostrzeżenia autora i innych nie wykazują wyraźnie, by zatrzymywanie to warunkowało powstawanie mocznicy, a obfite wydzielanie produktów przemiany materyi usuwało napady mocznicowe. Mimo to, powinno być naszym zadaniem zmniejszanie lub unikanie takiego nagromadzenia azotu w zapaleniu nerek. Przedewszystkiem zachodzi pod tym względem pytanie, o ile pokarm białkowy wpływa na przemianę materyi w tej chorobie. Jeszcze niedawno badano starannie i wielokrotnie wpływ takiego pokarmu na wydzielanie białka w zapaleniu nerek; badania te jednak nie doprowadziły do żadnego wniosku pozytywnego. Z drugiej strony poszukiwania autora i innych nad wpływem białka na wydzielanie N nie dowiodły wcale, by przy pokarmie ubogim w białkany zatrzymywanie azotu w organizmie nie miało zupełnie miejsca, lub było znacznie mniejsze, niż przy spożywaniu dużych ilości białka. W tym kierunku zachodzą nieraz najrozmaitsze wahania. Natomiast zauważono [KORNBLUM] ważny pod względem praktycznym fakt, że jeśli tylko dowóz białka pozostaje zawsze jednakowy, to chora nerka może się zastosować do dowolnych ilości albuminatów i wyprowadzać z organizmu azot zupełnie prawidłowo; przeciwnie—zna-

czne wahania w ilości przyjmowanego białka prowadzą do zatrzymywania azotu w organizmie.

W zakończeniu artykułu C. v. NOORDEN dotyka drugiego pytania, omawianego szeroko przez wielu klinicystów, o ile pokarm ubogi w białko pożyteczny jest dla chorych nerkowych. Spostrzeżenia nad chorymi, prowadzone przez ostatnich 7 lat, doprowadziły autora do wniosku, że w ostrej chorobie Bright'a, a także w nasileniach przypadków przewlekłych na początku mocznicy pokarm ubogi w białko, a obfitujący w wodany węgla, jest niewątpliwie bardzo pożyteczny, bo oszczędza nerki, a nie szkodzi stanowi ogólnemu. Przeciwnie w przewlekłym miąższowym, czy śródmiaższowym zapaleniu nerek zachodzić musi zawsze obawa, że stale ubogi w białko pokarm będzie bardzo szkodliwym dla całego organizmu, mimo to, że takiego rodzaju pokarm zapewne pożytecznym jest dla nerek. A dobre wyniki, otrzymywane z diety mleczną w wielu przypadkach, przemawiają nawet przeciw stosowaniu małych ilości białka. Mleko, rzeczywiście zawiera w sobie dużo białka: dwa litry dobrego mleka posiadają go 70 grm., a jeśli dodamy do tego nieodzowną ilość chleba lub bułki, to wprowadzimy 80 do 90 grm. białka, t. j. ilość, po nad którą nie daje się więcej w dietach dla chorych. Nawet w prowadzając większe ilości białka, autor nigdy nie miał wrażenia, by przez to szkodziło się choremu na zapalenie miąższowe, czy śródmiaższowe nerek; i jest natomiast zdania, że głównie chorzy na marskość nerek najlepiej się czują przy używaniu pokarmu, do jakiego się oddawna przyzwyczaili, naturalnie jeśli tylko dieta ta sama przez się nie jest szkodliwą, i że wielkie doświadczenia nad nimi z metodami dietyecznymi, opartymi więcej na teorii, niż na prawdziwym lekarskim doświadczeniu, wpływają ujemnie na stan zdrowia takich chorych.

(*Zeitschr. f. klin. Medizin.* 1891. Bd. XIX. Supplem. *Deutsche medicin. Wochenschrift.* 1892. Nr. 35).
E. Biernacki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie 20 Września 1892 roku.

CIĄGLIŃSKI przedstawia przypadek *myelitis transversae lumbalis* [autoreferat]. Dziewczynka Maryja P., z Kalisza, zgłosiła się po poradę z powodu wydatnego osłabienia kończyn dolnych, niedozwalającego jej ani stać, ani chodzić o własnej sile. Chora lat 10, pochodzi z rodziny nerwowo nieobciążonej; przed 1½ rokiem przechodziła ciężki tyfus, trwający 4 tygodnie. Bezpośrednio po tyfusie rozwinęło się porażenie kończyn dolnych, początkowo z pewnemi zaburzeniami uczucia w postaci mrowienia i drętwienia. Oddawanie stolca i moczu stało się utrudnione. Chora w ciągu kilku miesięcy nie opuszczała łóżka; obecnie stać i chodzić może, tylko będąc mocno podtrzymywaną przez osobę drugą. Badanie, dokonane dnia 10. VIII. r. b., wykazało, co następuje: Dziewczynka delikatnej budowy, średnio odżywiana. Wydatna bolesność 12-go kręgu grzbietowego i 1-go lędźwiowego, a także 2-gi i 8-my krąg grzbietowy nieco wrażliwsze na ucisk. Czuć zachowane; ruchy bierne wszystkie możliwe. Gruba siła mięśniowa kończyn dolnych wydatnie zmniejszona. Ani stać, ani chodzić chora nie może. W pozycji leżącej z trudnością unosi nogi, prawą nieco lepiej niż lewą. Nogę na nogę zakłada z wielką trudnością. Mięśnie kończyn dolnych wyraźnych cech zaniku nie przedstawiają. Odruchy kolanoowe zniesione. *Constipatio alvi*; oddawanie moczu utrudnione; sen dobry. Rozpoznanie moje było: *Myelitis transversa lumbalis infectione typhosa provocata*.

Za rozpoznaniem tem przemawiało porażenie kończyn dolnych, występujące w sposób ostry po przebytych tyfusie przy nieznacznych zaburzeniach uczucia; zniesienie odruchów kolanowych, niedowład pęcherza i кишки prostej. Stosownie do postawionego rozpoznania, rokowania nie robi-

łem zbyt świetnego; zaleciłem leczenie hydriatyczne, elektryzację i masaż. Leczenie hydriatyczne, w zakładzie hydropatycznym wykonywane, polegało na stosowaniu półkapieli wychłodzonych [ZIKMSEN'owskich], począwszy od 26° i skończywszy na półkapieli o 24° do 22° C. Po 4-ch tygodniach wzmiankowanego leczenia stan chorej poprawił się znacznie. Niedowład kończyn dolnych ustąpił; pacjentka chodzi i biega o własnej sile; kiszka i pęcherz funkcjonują prawidłowo. Jako jedyny ślad przebytego cierpienia pozostał brak odruchów kolanowych.

Kolega BORSUK przedstawił chorego, który jednocześnie miał skaleczone: odbytnicę, pęcherz i *s. Romanum* [autoreferat]. Stało się to w sposób następujący: chory w czasie układania stogu z sienną spadł z wysokości jednego piętra i usiadł na luszni, to jest na ostrej żerdzi, przymocowanej do wozu drabiniastego, przyczem przebił sobie lewy pośladek, w dwóch miejscach kioskę stołową, w tylnych miejscach pęcherz moczowy i *s. Romanum*. W trzydzieści godzin po wypadku choremu, przy wszystkich objawach zapalenia otrzewnej, BORSUK wykonał laparotomię, wyresekował skaleczoną część kieszki *s. Romani*, przyczem tam znalazł kawałek odłamanej żerdzi i zeszył oba odcinki szwem kieszkowym klasyceznym. Po okrwawieniu na całej przestrzeni brzegów rany zaszył pęcherz moczowy szwem dwupiętrowym. Po ożyszczeniu jamy otrzewnej [w dole DOUGLASS'a był kał] jamę otrzewną zaszyto, zakładając w dolną część rany worek MIKULICZA. Ranę u pośladka kolega BORSUK rozszerzył, przecinając wszystkie warstwy, a także i kioskę stołową, poczynając od rany tej ostatniej aż do *anus*, w sposób, w jaki są otwierane *fistulae ani*. Operacja była wykonana 14 Sierpnia, przebieg pooperacyjny idealny. Choremu pozostawiono w ciągu 10 dni kateter *à demeure*, szóstego dnia po operacji pierwsze stolce. *Incontinentia albi* z powodu przecięcia zwieracza odbytu trwało około 3 tygodni. W czwartym tygodniu po operacji chory już wstał. Obecnie kol. BORSUK przedstawił chorego zupełnie już wyleczonego.

PRZEWOSKI odczytał sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic, w celu rozpoznania natury panującej tam epidemii. Sprawozdanie to drukowane było w Gazecie Lekarskiej Nr. 40.

Posiedzenie dnia 27 Września 1892.

GABSZEWICZ przedstawia chorego z *pericarditis purulenta*, któremu otworzył osierdzie z pożytecznym wynikiem. Przypadek ten drukowany będzie w Gazecie Lekarskiej.

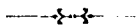
ŚWIĄTECKI mówi o pierwszym przypadku cholery azyjatyckiej w Warszawie, który zdarzył się 24 Września. W nocy z Piątku [23] na Sobotę [24] przywieziono do szpitala Dzieciątka Jezus chorego bez tętna, z głosem cichym, sinicą, żrenicami rozszerzonymi. Chorego umieszczono na osobnej sali, jako podejrzanego. Po kilku godzinach stan jego się poprawił, mówił znacznie głośniej, tętna jednak nie było, rozwołnienia i wymiotów w szpitalu również nie było *anuria completa*. W Sobotę 24 po południu, po zastosowaniu lawatywy z taniną, nastąpiły wypróżnienia ryżowate, kurecze w łydkach, niepokój. Kał zaraz zbadało drobnowidzowo i znaleziono w nim przecinkowce cholery azyjatyckiej, hodowle następnie potwierdziły to rozpoznanie. W Niedzielę 25 śpiączka, a o 2-giej po południu śmierć. Chory, 19-letni flisak, pochodzi z Woli Soleckiej gub. Radomskiej, od kilku tygodni był na Wiśle na krypie, jeżdżąc do Nowej Aleksandryi, zatrzymywał się podczas drogi; raz tylko wychodził do karczmy jeden z jego towarzyszy. Choroba zaczęła się w Piątek od rozwołnienia, a następnie przyłączyły się wymioty.

JANOWSKI podał rezultat badań bakteriologicznych, przedstawia hodowle i preparaty drobnowidzowe z przypadku kol. ŚWIĄTECKIEGO. Nadmieniam przytem, że 26 w Poniedziałek na Solcu zachorowała kobieta, którą zanieśli do szpitala zapasowego; w kale jej znalazł przecinkowce choleryczne.

Sprawozdanie obszerniejsze wydrukowano w N-rze 40 Gazety Lekarskiej.

[D. n.]

Wiadomości terapeutyczne.



30. *Tropacocainum* s. Benzoyl - pseudo - tropeinum. *Tropakokaina*. W roku zeszłym D-r GIESEL otrzymał z rośliny rosnącej na Jawie [gatunek wązkolistnej Coca] ów nowy alkaloid, a prof. LIEBERMANN tenże sam alkaloid otrzymał na drodze syntetycznej. W ten sposób mamy właściwie dwa gatunki tropakokainy: jedną naturalną, otrzymywaną z rośliny, a drugą otrzymywaną drogą syntetyczną; różnią się one od siebie tylko tem, że alkaloid naturalny zawiera nieznaczące zanieczyszczenia, od których zresztą i uwolnić go można.

Tropakokaina z kwasami tworzy sole krystaliczne, z których chlorek *tropakokainy* (*tropacocainum muriaticum*) bardzo łatwo w wodzie się rozpuszcza.

D-r CHADBOURNE w Instytucie farmakologicznym Berlińskim przeprowadził doświadczenia nad działaniem chlorku tropakokainy najprzód u zwierząt, następnie także i u ludzi. (*Therap. Monatsh.*, 1892. IX).

Działanie miejscowe. Wkroplenie jednoprocentowego wodnego roztworu tropakokainy do worka łącznicowego żaby i królika wywołuje w ciągu kilku sekund lub jednej minuty zupełną anestezję. Wogóle zauważyć było można, że do wywołania zupełnej anestezji wystarcza daleko słabszy roztwór tropakokainy, aniżeli kokainy, i że przy użyciu jednakowych roztworów anestezja od tropakokainy występuje wcześniej i dłużej się utrzymuje, aniżeli anestezja od kokainy.

Przy stosowaniu chemicznie czystego chlorku tropakokainy nie ma ani objawów podrażnienia miejscowego, ani bezkrwistości. Przez tę ostatnią własność działanie tropakokainy różni się od kokainy, która, jak wiadomo, zawsze wywołuje miejscową bezkrwistość.

W kilku przypadkach spostrzegano pod wpływem tropakokainy rozszerzenie źrenicy; wszelako objaw ten nie należy do stałych.

Działanie ogólne. Pod wpływem tropakokainy występuje najprzód pobudzenie układu nerwowego ośrodkowego [niepokój, drgawki kloniczne, toniczue, *opisthotonus*, zwiększenie pobudliwości odruchowej, przyspieszenie i nieregularność ruchów oddechowych i t. d.], a w końcu porażenie, kończące się śmiercią zwierzęcia. Śmierć następuje wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Ciepłota ciała po tropakokainie podnosi się o 2—3° C., co rozpoczyna się jeszcze przed wystąpieniem drgawek.

Wogóle z doświadczeń porównawczych powiedzieć należy, że w głównych punktach tropakokaina działa jak ościowo tak samo, jak kokaina. Ważna jednak różnica w działaniu obu substancyj polega na tem, że tropakokaina jest daleko mniej trującą, niż kokaina.

Mniejsza jadowitość, silniejsze i dłuższe działanie miejscowo-znieczulające tropakokainy zachęciły prof. SCHWEIGGER'a do stosowania tego środka przez kilka miesięcy na klinice oftalmicznej.

Ze spostrzeżeń klinicznych okazało się, co następuje. Trzyprocentowy roztwór chlorku tropakokainy wywołuje w oku zupełną anestezję daleko szybciej, aniżeli podobny roztwór kokainy. Anestezja taka u człowieka trwa krócej, aniżeli przy stosowaniu kokainy; można jednakże owo znieczulenie przedłużyć przez kilkakrotne wkraplanie. Czasami zauważyć się daje lekkie rozszerzenie źrenicy. Bezkrwistość nie występuje; przeciwnie w kilku przypadkach spostrzegano lekkie, kilka sekund trwające przekrwienie, a pacjenci niektórzy uczuwaliby nieznaczne, również kilka sekund trwające palenie. Oba te objawy bywały jeszcze mniejszego natężenia, jeśli zamiast wody zwyczajnej użyto roztworu fizjologicznego soli kuchennej do rozpuszczenia wzmiankowanego środka leczniczego.

Szkodliwych następstw nigdy nie spostrzegano. Zdaje się zatem, że w większości przypadków tropakokaina działa tak dobrze, jak kokaina; w niektórych wszelako przypadkach działa lepiej od kokainy. Przy usuwaniu ciał obcych pierwszeństwo należy się tropakokainie z powodu jej szybszego działania. Irydektomiję można było wykonać przy zupełnem znieczuleniu oka w niespeł-

na dwie minuty po wkropleniu kilku kropel trzyprocentowego roztworu tropakokainy. Podobnież tenotomiję wykonano bez bólu już w pół minuty po wkropleniu trzyprocentowego roztworu.

Dodać tu należy, że tropakokaina odznacza się bardzo cenną własnością, że jej roztwory mogą stać przez cały miesiąc, nie ulegając mętnieniu i nie tracąc na sile działania. Baczycь wszelako trzeba, aby używać zawsze tropakokainy, otrzymanej na drodze syntetycznej.

Wiktor Grostern.

31 Kalium hypermanganicum jako antydot przeciwko otruciu cyjanem. Wiadomo, że większość związków cyjanu należy do najgwałtowniejszych trucizn dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego. Z powodu gwałtownie szybkiego działania wzmiankowanej trucizny w największej liczbie przypadków terapija okazuje się zupełnie bezskuteczna. Wprawdzie PREYER zalecał atropinę jako antydot przeciwko otruciu cyjanem, jednakże doświadczenie nie potwierdziło jego nadziei. A zatem przy leczeniu otrutych cyjanem [cyjanek potasu, woda lauro-wisniowa, migdały gorzkie i t. d.] w braku specyficznej odtrutki kierować się musimy dotąd wskazaniami objawowemi. Pierwsze miejsce zajmować tu powinna pompka żołądkowa, a obok tego środki pobudzające: alkohol, eter, zimne oblewanie głowy i karku w ciepłej kąpieli, dalej sztuczne oddechanie.

Niedawno temu D-r KOSSA (*Wien. med. Woch.* 1892. N. 36). w Towarzystwie Lekarskiem Peszteńskim przedstawił wyniki z doświadczeń, jakie wykonał na zwierzętach [króliki] umyślnie otrutych cyjanem.

Nadmanganianu potasu, jako antydotu, użył, wychodząc z tej zasady, że wobec tego ciała cyjanowodor i cyjanek potasu mogą przejść w cyjanian potasu, a wiadomo, że stałe związki kwasu cyjanowego są nieszkodliwe.

Otóż, według zapewnienia Kossy, króliki, otrute olejkim migdałów gorzkich [zawierającym cyjanowodor i cyjanek potasu] i to otrute dawką przewyższającą dziesięćkroć dawkę zabójczą, uratować zdołał zawsze od śmierci, jeśli dość wcześnie im podał roztwór nadmanganianu potasu.

Do doświadczeń klinicznych zalece Kossy pół litra $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}\%$ roztworu nadmanganianu potasu. W razie potrzeby można tę dawkę powtórzyć.

Wiktor Grostern.

32. Badania porównawcze nad własnościami leczniczymi tłuszczów. HAUSER, asystent kliniki HENOC'H'a w Berlinie, przeprowadził liczne obserwacje kliniczne i kliniczno-laboratoryjne nad wartością terapeutyczną różnych tłuszczów, stosowanych już dawniej, lub też świeżo zaleconych do użycia w praktyce dziecięcej. W pierwszej linii autor badał zwykły ciemny tran, tak zwany tran Bergeński, następnie tran jasny [tak zwany *Dampftran*], lipaninę, oliwę i wreszcie nowy preparat MERING'a, „czekoladę wzmacniającą“ (*Kraftchocolade*), która składa się z masła kakaowego i wolnego kwasu oleinowego. Spostrzeżenie HAUSER'a wykazały przedewszystkiem, że t r a n j a s n y bardzo często spowodował zaburzenie trawienia i wogóle bywa źle przyswajany, a z powodu złego smaku i zapachu dzieci bardzo niechętnie go przyjmują. Nie ma więc racji stosować tran jasny, rzekomo ulepszony tran zwykły, zamiast zwyczajnego tranu bergeńskiego, ciemnego, który jest znacznie tańszy, niż tran parowy. T r a n b e r g e ŋ s k i posiada także strony ujemne: nieprzyjemny smak i zapach, często wpływa szkodliwie na trawienie, ale kliniczne doświadczenia autora potwierdziły dawną dobrą opinię tego tłuszczu; bo mali pacjenci szybko się poprawiali przy używaniu tego środka, zyskiwali na wadze; objawy wyniszczenia, zaniku i t. d. szybko nieraz ustępowały. Według HAUSER'a, ujemny wpływ na trawienie warunkowany jest nie tylko przez zły smak i zapach tego preparatu, ile przez obecność w nim ptomain, powstających wskutek gnicia wątrób rybich. Obecności ptomain w tranie bergeńskim dowiedli GAUTIER i MOURGES; a autor wykazał, że jeśli wstrząsać tran ciemny z wodą zakwaszoną kwasem solnym, to kwas garbnikowy, fosforan-wolframowy i t. d. dają w niej osad zależny od ptomain. Podano mnóstwo sposobów pokrycia smaku i zapachu tranu bergeńskiego: tak LEFAKI zaleca mieszać go w równej części z wodą wapienną i do takiej emulsyi dodawać jeszcze syropu. DUPRÉ chwali następującą mieszaninę: *ol. jecoris aselli* 250,0, *saccharini* 20, *natr. chlorat.* 10, rumu 60; SEIG zaleca *ol. jecor. aselli* 2000; *saccharini* 0,16; *kreosot* — 2,5, ale HAUSER nie mógł się przekonać o prawdziwej skuteczności takich nlepszów.

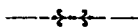
Bardzo dobre wyniki dały spostrzeżenia nad „czekoladą wzmacniającą“ (*Kraftchocolade*). Dzieci przyjmowały zawsze chętnie ten preparat w ilości 3 razy dziennie po 15—20

grm. dla wieku 1—6 lat. Tłuszcz ten przyswajany bywał bardzo dobrze, waga ciała zwiększała się nader znacznie i bardzo szybko; niezmiernie ważną zaletą tego preparatu było, że wstrzymywał rozwolnienie, które stanowi przeciwwskazanie do użycia tranu. Oliwa wogóle wywierała dobre działanie, ale w wielu przypadkach sprowadzała rozwolnienie tak samo, jak tran bergeński. Natomiast lipanina [Wiadomości terapeutyczne. Tłuszcze. Lipanina. Gazeta Lek. rok 1888. Str. 254 i następn.] po łyżeczce od kawy 2—3—4 razy dziennie, stosownie do wieku, okazała się doskonałym środkiem pod każdym względem: ani razu nie sprowadzała zaburzeń trawienia, przyswajana bywała najlepiej ze wszystkich tłuszczów, dodatni wpływ jej na stan ogólny i wagę ciała nie pozostawiał nic do życzenia. Godnym uwagi był fakt, że lipaninę dobrze znosili i tacy, u których oba gatunki tranu i oliwa sprowadzały nieżyty przewodu pokarmowego.

Wobec takich rezultatów, dalej wobec tego, że nie ma żadnych dowodów na to, by tran posiadał jakieś działanie specyficzne, jak to niektórzy przyjmowali z powodu obecności w nim minimalnych ilości jodu, cholestearyny, trójmetylaminy, HAUSER dochodzi do wniosku, że korzystniej daleko jest stosować czekoladę wzmacniającą, lub lipaninę, niż tran bergeński. Ostatni preparat jest znacznie tańszy niż dwa pierwsze, a ztąd u niezamożnych pacjentów trzeba nieraz zastąpić lipaninę lub czekoladę tranem, w każdym razie nie jasnym, parowym, ale ciemnym, bergeńskim. Co się tyczy formy użycia lipaniny, to można ją dawać po jedzeniu *per se*, w mleku w postaci zawiesiny, albo jako dodatek do sałaty, ryby, mięsa i t. d., czekoladę można także gotować w mleku lub dawać z chlebem po obiedzie i śniadaniu. Pożytecznym także jest preparat „Liparin-Malz-extract“ z fabryki LOEFLUND'a lub SCHERING'a. (*Zeisch. f. klin. med.* Bd. 20. H. 3).

E. Biernacki.

Wiadomości bieżące.



— Przebieg epidemii cholery był w ciągu tygodnia od Czwartku d. 20 Października do Środy d. 26 Października następujący.

We Czwartek zachorowały 3 osoby w Warszawie i 1 na Szmulowiznie, a mianowicie: 1 na Smoczej Nr. 37, 1 na Solcu Nr. 4 i 1 na Łomżyńskiej Nr. 2 oraz 1 flisak na Wiśle.

W Piątek zachorowała 1 osoba na Franciszkańskiej Nr. 29 (wątpliwa).

W Sobotę zachorowała 1 osoba na Szmulowiznie na ul. Folvarcznej Nr. 3, 1 na Powązkach, a nadto okazało się przy sekey i badaniu bakteryjologicznem, że niejaki Zmuda z Jerozolimskiej Nr. 12 zmarł również na cholere, chociaż za życia nie był o cholere podejrzany.

W Niedzielę był jeden przypadek na ul. Pawiej Nr. 84.

W Poniedziałek były 4 przypadki w Warszawie i 1 na Szmulowiznie. Mianowicie: zachorowały 2 osoby [matka i syn] na ulicy Zamkowej Nr. 99, służąca i pracznka w szpitalu Dzieciątka Jezus i 1 osoba na Białostockiej Nr. 45.

We Wtorek zachorowały 3 osoby w Warszawie na ul. Zakątnej Nr. 1.

We Środę, notowano przypadek pederzany na Nowiniarskiej Nr. 15.

Razem więc w ubiegłym tygodniu zachorowało na cholere osób 18. Z nich 15 w Warszawie i 3 na Szmulowiznie. Nadto zachorowały 2 osoby wojskowe w cytadeli. Wszystkich więc chorych było w Warszawie 20. Kilka przypadków notowano również po za terytoryjum miasta, jak na Czystem, w Mokotowie; tych tu jednak za miejscowe nie liczę.

Z pomiędzy wspomnianych 20 przypadków badałem bakteryjologicznie 12 i znalazłem w 2 przypadkach około 10%, w 2 około 60%, w 1 przynajmniej z 70%, a w 1 prawie czyste bardzo liczne ich hodowle. Badania pozostałych 3 przypadków jeszcze nie skończyłem.

Korzystając ze sposobności nadmieniam, że w pierwszym tygodniu epidemii zaszedł jeden przypadek cholery na ul. Podwale, który został swego czasu pominięty z powodu, iż był niezmiernie niejasny pod względem klinicznym, a badanie bakteryjologiczne nie zostało jeszcze do tego czasu skończone. Mianowicie, niejaka Olecka, ciężarna, zapadła nagle przy niewyraźnych, ale ciężkich objawach i w 3 dni potem umarła. Przy sekey znalazłem dość typowy obraz cholery [z lepkością szczególnie wydatną na opłucnej], a z kału wyhodowałem niezliczone mnóstwo przecinkowców KOCH'a.

Nadto w spisie zeszytygodniowym pominąłem przez nieuwagę trzecią chorą z Zajączkiej Nr. 13. Miejsmy więc dotąd w Warszawie przypadków cholery 111 + 20 = 131.

W. Janowski.

— D-r PONIKŁO wykrył w wodzie Wisły pod Krakowem obecność laseczników cholerycznych.

— W d. 13 b. m. obchodził jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego profesor anatomii w Berlinie WALDEYER.

— Grono byłych asystentów i uczniów prof. BILLROTH'a wydało dla uczczenia jego jubileuszu książkę pamiątkową, w której między innymi pomieścili swe prace: prof. MIKULICZ (*Ueber eine eigenartige symetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen*); prof. WINIWARTER z Liège (*Zur Chirurgie der Gallenwege*); prof. CZERNY z Heidelberga i D-r W. RINDFLEISCH (*Ueber die an der Heidelberger chirurgischen Klinik ausgeführten Operationen am Magen und Darm*); prof. SALZER z Utrechtu (*Ueber Darmausschaltung*); docent EISELSBERG (*Weitere Beiträge zur Lehre von den Folgezuständen der Kropfoperationen*); prof. SATTLER z Lipska (*Ueber die eigentlichen Sehnerventumoren und ihre chirurgische Behandlung*); prof. WYSS z Zurychu (*Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zu Hernia lumbalis*); docent LUMPE (*Ein Beitrag zur Uterus - Chirurgie*); FRISCH (*Ueber Erysipel der Harnblase*); GERSUNY (*Laryngotomia transversa*); HOCHSTETTER (*Colica processus vermiformis*); FRÄNKEL (*Zur Frage der Schädeloperationen bei Epilepsie*); KAPPELER (*Weitere Erfahrungen und neue Versuche über die Narcose mit messbaren Chloroformluftmischungen*); MÜLLER (*Ueber primäre Tuberculose der Thränendrüse*) i wiele innych.

— W pismach niemieckich znajdujemy wzmiankę, że w gubernii Czernihowskiej postanowiono wypłacać wynagrodzenie rodzinom po zmarłych na cholere lekarzach lub studentach medycyny, którzy niesli pomoc chorym w czasie epidemii. Rodzina lekarzy otrzymywać ma rs. 5000, studentów medycyny — 3000.

Wspomnienie pośmiertne.

Tomaszów Rawski, w Październiku, 1892.

Kronika żałobna przedwcześnie zmarłych lekarzy powiększyła się znowu o jedną kartę wskutek śmierci zacnego kolegi, jakim był ś. p. KSAWERY WITKOWSKI. Krótkie to wspomnienie w szpaltach pism lekarskich wiuniśmy ś. p. koledze KSAWEREMU poświęcić, gdyż cichą, ciężką a pożyteczną pracą zasłużył sobie na miłość i szacunek nie tylko tych, których cierpienia skutecznie kołł lecz i kolegów, z którymi miał ciągłe stosunki. Niosąc innym pomoc w czasie panującej obecnie w naszym mieście dysenterji, sam stał się jej ofiarą, i po czterotygodniowych cierpieniach umarł w dniu 14 b. m.. Pozostawił po sobie pamięć człowieka wysoko pojmującego swoje stanowisko społeczne; zawodowi swemu poświęcał się z zapalem, zawsze gotowy bezinteresownie niesć pomoc cierpiącym. Serdeczny też żal kolegów, miasta i okolicy towarzyszył Jego śmierci.

Umarłeś, zacny kolego z troską o byt rodziny, jaką pozostawiłeś; krótki szlak swego życia przebyłeś wśród ciężkich trudów i pracy: niech więc ta ziemia, która Twe zwłoki przykryła, będzie Ci lekka!

L. FLIEGEL, J. RODE, K. ROSENTHAL, S. RUDOLF, S. STERLING, L. SZCZENIOWSKI.

Ś. p. KSAWERY WITKOWSKI urodził się w r. 1855. Po ukończeniu Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1877 pracował jeszcze rok w klinikach uniwersyteckich w Warszawie, poczem osiedlił się w Tomaszowie, gdzie od chwili otwarcia kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej spehniał do końca życia swego obowiązki lekarza tejże kolei.

Do dzisiejszego N-ra Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“, księgarni E. WENDEGO i S-ki za miesiąc Wrzesień 1892 r.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою. Варшава. 16 Октября 1892 г.

Друк К. Ковалевського. Крѣowska 29.