

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. O porażeniach arsenowych. Podał dr. Wł. BIEGAŃSKI.—Streszczenia i wyciągi. 183. *Neurasthenia dyspeptica* Ewalda. 184. Nowsze badania nad kąpielami mullowemi. 185. Pizelanie do otrzewny i wsiąkanie przez otrzewną. 186. O przenośności gruźlicy za pośrednictwem pokarmów, oraz o osłabieniu chorobotwórczego działania laseczników gruźliczych wskutek gnicia. 187. Przyczynę do leczenia niezżytu pęcherza moczowego u kobiet.—Konferencye dla wyjaśnienia istoty cholery odbyte w Berlinie.—Odcinek. Kassa wsparć rzemieślników i robotników pracujących w Warsztatach Drogi Żel. WW.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

O PORAŻENIACH ARSENOWYCH

Podał dr. Władysław Biegański

LEKARZ SZPITALA N. P. M. W CZĘSTOCHOWIE.

W ostatnim czasie badano dokładnie niektóre formy porażeń z zatrucia. Z pomiędzy tych najlepiej obecnie znane, najdokładniej opracowane zostały porażenia ołowiu. Liczne prace REMAKA, WESTFALA, BERNHARDTA, GOMBAULT'A i innych przyczyniły się bardzo do ustalenia w nauce pojęcia o porażeniu ołowianem, jako oddzielnej choroby na zasadzie pewnych charakterystycznych cech im tylko właściwych. Inne formy porażeń z zatrucia, jako rzadziej się zdarzające, mniej dokładnie zostały opracowane, o niektórych zaś z nich zaledwie pojedyncze opisane przypadki są znane w literaturze lekarskiej. Mało naprzykład wiemy o porażeniach, wynikających z zatrucia rtęcią, miedzią, fosforem a nawet arsenem. Te ostatnie, częściej spostrzegane, dawały nierzadko powód do klinicznych obserwacji porażeń, z opisami których spotykamy się w literaturze toksykologicznej arsenu (CHRISTISON, NAUNYN). Są to jednak po większej części spostrzeżenia luźne, badane właściwie, jako dodatek do ogólnego obrazu zatrucia, nie zaś jako osobna forma nozologiczna. Dopiero w ostatnich latach zwrócono uwagę na porażenia arsenowe, jako na osobną kliniczną formę porażeń, zaczęto opracowywać dokładniej symptomatologią, próbowano nawet objaśnić sobie ich patogenezę. Ilość jednak ścisłych obserwacji jest tak mała (nie przechodzi 20), że nie podobieństwem dotychczas było dojść do pewniejszych rezultatów w tej kwestyi. Wszelkie zatem nowe spostrzeżenie stanowi jeszcze ważny przyczynek do klinicznego i patologicznego obrazu tego rodzaju porażeń i w przyszłości zapewne drogą ścisłych spostrzeżeń dojdziemy do tego, że porażenie arsenowe będzie miało bogatą literaturę i dokładny opis na jakie ciekawa ta forma zasługuje i jakie obecnie ma porażenie ołowiane.

Spostrzeżenie, jakie podaję, tyczyło się sprawy kryminalnej, mianowicie zatrucia arsenikiem całej włościańskiej rodziny Miarów w gminie Panki,

Częstochowskiego powiatu. Syn tej rodziny, obrażony na ojca, że go skrzywdził przy podziale majątkowym, dostał z zagranicy arszeniku i podał go w wódce swej rodzinie, złożonej z ojca, matki, brata i siostry. Wkrótce po zażyciu tej trucizny wystąpiły ogólne objawy zatrucia: wymioty, biegunka, mocne poczerwienienie łącznicy oczów i t. p. Stan taki trwał dość długo, do czwartego dnia zmarli wszyscy, z wyjątkiem młodszego syna Mikołaja, liczącego 21 lat wieku, który pił mniej wódki i tym sposobem mniej zażył trucizny. Objawy u Mikołaja były te same, co i u innych i trwały przez ciąg czterech dni; później nastąpiło polepszenie, chodził już nawet trochę, wkrótce jednak zauważył osłabienie w nogach, wzmagające się coraz więcej, aż po upływie dwóch tygodni nastąpiło kompletne porażenie. Chory nie mógł już wcale chodzić i odesłany został do szpitala w 6 tygodni po zatruciu t. j. w dniu 26 Marca 1884 r.

Po przybyciu chorego do szpitala znalazłem co następuje: chory dość dobrze zbudowany, wysokiego wzrostu, jest przytomny, odpowiada na zadawane mu pytania zadawalająco, uskarża się tylko na to, że nie ma władzy ani w rękach, ani w nogach. W obu dolnych kończynach czynne ruchy w stawach biodrowym i kolanowym są wykonalne ze wszelką nawet swobodą. W stawie zaś stopowym i stawach palców nóg najmniejszego ruchu chory wykonać nie może. Przy biernych ruchach nie spotykamy żadnej trudności, żadnego przykurczenia mięśni, nogi dadzą się poruszać swobodnie we wszystkich stawach. Czucie dotyku na goleniach znacznie zmniejszone, na stopie nawet i na palcach prawie zupełnie zniesione. W tych ostatnich miejscach zwykłego dotykania palcem lub ołówkiem chory wcale nie czuje, tylko zaledwie mocne ukłócia igłą są odczuwane i to zresztą słabo. To samo mogłem zauważyć i dla czucia termicznego, chory nie odróżnia dokładnie różnicy w ciepłocie a na palcach tylko wielkie, krańcowe różnice temperatury bywają odczuwane. Czucie mięśniowe w mięśniach goleni i stopy zupełnie zniesione, chory przy zamkniętych oczach nie może określić położenia, nadawanego jego stopie i palcom u nóg. Stać o własnych siłach nie może, podtrzymywany jednak chodzi, chód jego niezręczny podobny, jaki spotykamy przy porażeniu w zakresie n. łydkowego. Posuwa się naprzód, zginając nogi mocno w stawach biodrowym i kolanowym, mocno uderza stopą o ziemię, której dotyka się brzegiem zewnętrznym i co chwila zawadza stopą o podłogę. Bólu w dolnych kończynach chory nie czuje, skurczu także zauważyć nie mogłem. Zanik mięśni goleni dość znaczny, mięśnie wiotkie, tłuszczowa tkanka podskórna w niewielkiej ilości. Odruch kolanowy na obu kończynach [zupełnie zniesiony. Zaburzeń w zakresie nerwów naczynioruchowych i odżywczych nie zauważyłem. Taki był mniej więcej stan co do kończyn dolnych.

Kończyny górne były porażone w mniejszym stopniu. Czynne ruchy zupełnie dobrze wykonalne w stawach barkowym, łokciowym i napięstkowym, w stawach palców znacznie ograniczone, chory może, choć niezupełnie, wyprostować i zginać palce, przeciwstawić wszystkie palce wielkiemu, największą trudność widzimy w zbliżeniu i oddalaniu od siebie. Ruchy

biernie we wszystkich stawach bez żadnej trudności wykonalne, nigdzie nie można zauważyć przykurczeń. Czucie dotyku na przedramieniu i ręce właściwej znacznie upośledzone, na palcach nawet zupełnie zniesione, powyżej zaś stawu łokciowego zachowane w zupełności. To samo powiedzieć można o czuciu termicznym. Czucie mięśniowe w mięśniach przedramienia osłabione. Siła mięśniowa znacznie zmniejszona, ucisk ręki chorego zaledwie wyczuwalny. Bólu w kończynach górnych wcale nie czuje. Zanik mięśni przedramienia znaczny, jeszcze znaczniejszy zanik mięśni międzykostnych, jakoteż kłębu wielkiego i małego palca. W mięśniach tułowia nie można zauważyć żadnych widocznych zmian, ani co do ich objętości, ani co do ich czynności. W zakresie nerwów czaszkowych zmian żadnych nie znajdujemy. Żrenice równe, reagują dobrze na światło, ruchy oka prawidłowe, siła wzroku dobra, słuchu także. Psychicznych zmian także nie spotykamy żadnych.

Elektryczna pobudliwość mięśni i nerwów znakomicie zmieniona. Mianowicie mięśnie goleni i stopy nie reagują wcale, nawet na bardzo silne prądy indukcyjne, co się tyczy odczynu na prąd stały, to zachowanie się było nieco różne od poprzedniego i tu zresztą zauważyć mogliśmy osłabiony odczyn, chociaż w mniejszej mierze. Właściwego jednak odczynu zwyrodnienia nie zauważyliśmy. W mięśniach biodrowych elektryczna pobudzalność prawidłowa. W górnych kończynach mięśnie przedramienia i ręki reagują tylko na silne prądy indukcyjne. Odczyn zaś na prąd stały prawidłowy. Mięśnie ramienia i tułowia mają pobudliwość elektryczną prawidłową. Ogólny stan chorego był względnie dobry, nieżyty żołądek i kiśzek nie było, wysypek skórnych także.

Taki był stan chorego przy przyjęciu go do szpitala. Od tego czasu stale co drugi dzień, później co trzeci elektryzowano prądem przerywanym mięśnie górnych i dolnych kończyn i obok tego gimnastykowano porażone mięśnie. Już po czwartej elektryzacji stan chorego poprawił się chory mógł poruszać trochę stopą i palcami u nóg, po siódmej zaś elektryzacji chory mógł chodzić bez podtrzymywania, stać jednak o własnych siłach nie był w stanie i chód jego miał wszystkie powyżej opisane cechy. Od tego czasu stan chorego był jednakowy, nie poprawiał się wcale, pomimo ciągle stosowanych gimnastyki i elektryzacji. Mięśnie goleni po dawnemu nie reagowały nawet na bardzo silne prądy indukcyjne. Przeciwnie zauważyć było można postęp ku gorszemu w chorobie. Zanik mięśni goleni i przedramienia postąpił znakomicie, najwięcej podpadły zanikowi mięśnie międzykostne i kłebowe rąk. Oprócz tego już w dniu 25 Kwietnia chory począł się skarżyć na mocny ból w mięśniach łydkowych; ból szczególnie wzmagał się przy nacisku i nie ustępował prawie do dnia wypisania się chorego ze szpitala. W mięśniach przedramienia ból także występował, lecz tylko czasowo i nie w takim stopniu. Ostatecznie chorego na własne żądanie wypisałem po 70-ciodniowym pobycie w szpitalu, w dniu 6 Czerwca b. r. z nieznaczną bardzo poprawą.

Oto w krótkich słowach obraz i przebieg porażenia arsenowego

w przypadku przezemnie obserwowanym. Liczba przypadków tego rodzaju, opisanych w literaturze lekarskiej, jakieśmy to wyżej nadmienili, nie jest wcale wielką. RUBINOWICZ w swej dyssertacji, wydanej w roku 1879, podaje liczbę przypadków porażenia arsenowego dokładnie opisanych na 10, przypadek, przez niego spostrzegany, był jedenasty. W roku 1881 SEELIGMÜLLER opisał 4 tego rodzaju przypadki, DA COSTA jeden, a w 1882 GERHARDT dwa. A zatem do dnia dzisiejszego liczba ta z pewnością nie przechodzi 20. Taka mała liczba opisanych przypadków w literaturze tłumaczy się nie rzadkością tego rodzaju porażeń, gdyż w kazuistyce toksykologicznej często spotykamy wzmiankę o zupełnych lub niezupełnych porażeniach po zatruciu arszenikiem, ile raczej tem, że dotychczas mało zwracano uwagi na to cierpienie, chociaż ono z powodu swojego odrębnego i ze wszech miar ciekawego klinicznego obrazu wymaga lepszego i dokładniejszego opracowania. Tak klinicyści (JACCOUD, ERB), jako też toksykologowie (NAUNYN) zbywają zaledwie kilkonastoma słowami porażenia arsenowe, nadmienając tylko, że takowe się przytrafiają. Niektórzy nawet autorowie mają błędne mniemanie o nich sądząc, że one nie przedstawiają nic stałego i że prawie u każdego chorego w innej formie występują. Tymczasem porażenie arsenowe, podobnie jak porażenie ołowiane ma swój typowy obraz i przebieg, jak to z dotychczas opisanych przypadków wnioskować można, należy mu się więc dokładne kliniczne i patologiczne opracowanie. Dlatego sędzę, że nie bez wartości będzie skreślenie tutaj, choć w krótkich słowach, obrazu klinicznego tej choroby na zasadzie przezemnie spostrzeganego przypadku, oraz tego, co w literaturze w tym przedmiocie znajdujemy.

Najprzód wiemy, że porażenie arsenowe występuje najczęściej, jeżeli nie wyłącznie, po ostrem zatruciu arszenikiem. Przewlekłe zatrucie wywołuje szereg innych objawów, jak charłactwo, wysypki skórne, przewlekły nieżyt żołądka i kiszek, rzadko jednak bywa przyczyną właściwych porażeń arsenowych. Jeżeli zaś zdarzają się niekiedy porażenia po przewlekłym zatruciu, to bywają zwykle słabo wyrażone, niezupełne. SEELIGMÜLLER wspomina o dwóch takich przypadkach. W jednym nastąpiło zatrucie wskutek przemieszkowania w pokoju, oklejonym tapetami, zawierającymi arszenik, w drugim wskutek znajdowania się w mieszkaniu wypchanych ptaków, do których preparowania użyty był arszenik w proszku. W obu przypadkach zatrucie wystąpiło w parę miesięcy, a w końcu dopiero niezupełne porażenie. Zachowanie się tych porażeń prędzej przypominało bezład, chorzy poruszali kończynami, tylko bezładnie, nie było to więc właściwe porażenie. Odruchy kolanowe były przytem zupełnie zachowane. DA COSTA jeszcze opisuje przypadek zatrucia kwasem arsenowym, zadawanym jako lekarstwo w coraz powiększanych dawkach. W przypadku tym po 3-ch miesiącach wystąpiły bóle w mięśniach, biegunka i wymioty i dopiero w dni 14 po ustaniu tych objawów, wystąpiło porażenie niezupełne dolnych kończyn. Chory naprzekład, leżąc mógł swobodnie poruszać nogami, czuł tylko osłabienie i nie

mógł chodzić. W tym ostatnim przypadku nie mamy właściwego przewlekłego zatrucia, prędzej to należy uważać, jako zatrucie ostre, które wystąpiło po ostatnich większych dawkach kwasu arsenowego. Zresztą w literaturze nie jest mi znany żaden inny przypadek porażenia po przewlekłym zatruciu.

Dalej wiadomo nam, że porażenie arsenowe występuje niezależnie od zażytego preparatu arsenu, jako też niezależnie od drogi dostania się trucizny do organizmu. Najczęściej jednak występuje po zatruciu kwasem arsenowym *in substantia*, gdyż zresztą tego rodzaju zatrucia stanowią olbrzymią większość wszystkich ostrych zatruc. Nie było jeszcze przypadku, żeby zatrucie arsenkiem wodu wywołało porażenie, lecz to się tłumaczy tem, że 1) otrucie arsenkiem wodu jest bardzo rzadkiem i że 2) otrucie to zwykle sprowadza śmierć prędzej, niż zdołają się rozwinąć drugorzędne objawy. Co się zaś tyczy drogi dostania się trucizny do organizmu, to tak przez drogę oddechową i skórę, jako też przez kanał pokarmowy jednakowo arsen jest w stanie wywołać porażenie. LORDEREAU opisuje przypadek zatrucia u robotnika, który w fabryce zajmował się opakowaniem i suszeniem szweinfurckiej farby. Po 7-miu tygodniach zajęcia nastąpiło niezupełne porażenie górnych i dolnych kończyn.

(d. c. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

183. *Neurasthenia dyspeptica* Ewalda. Wyraz *neurasthenia* wprowadzony do nauki przez BROWNA i BROUSSAIS oznacza stan osłabienia organu *resp.* układu nerwowego, wyrażający się z początku wzmocnieniem chorobliwym pobudzalności, a potem upadkiem tejże. Zaburzenia nerwowe trawienia raz dotyczą więcej żołądka, innym razem kiszek. Zwykle przed zaburzeniami żołądka bywają według LEUBEGO objawy ogólnej neurastenii. Najczęściej dadzą się wykazać albo w rodzinie chorego nerwowe choroby, lub też u danej osoby poprzednie wysiłki lub wstrząśnienia umysłowe i nerwowe. Wyraz *dyspeptica* można zastąpić *vago-sympatica*, gdyż ten układ nerwów jest dotknięty. U chorych tych zwykle obok objawów niestrawności żołądkowej, występują na jaw i zjawiska nieprawidłowego trawienia kiszki, czy to w formie zaparcia, czy biegunki, czy utrudnionego wchłaniania, tak że chorzy chudną, mimo dobrego łaknienia. W innych razach na pierwszy plan występują objawy ze strony kiszek, tak że CHERCHEWSKY tworzy z tych chorych oddzielną klasę. U nich przy lekkich objawach niestrawności, braku łaknienia, języku obłożonym, nudnościach, głównie uderzają nas niewłaściwie nazwane neuralgie trzewiów, zdradzające się bólem albo całego brzucha, lub pewnych punktów, wzdęciem brzucha, odchodzeniem znacznej ilości gazów i objawami nerwowymi ogólnymi. Bóle brzucha występują zwykle przy ucisku pewnych punktów w okolicy zwojów kiszki, *plexus hypogastricus*, *aorticus*, *coeliacus*. Z ogólnych objawów występuje przy *neurasthenia dyspeptica* osłabienie pamięci, trudność treściwego koncentrowania myśli, zawrót głowy, puls mały i częsty, nogi i ręce chłodne, krótkość oddechu, obawa śmierci. Wiele z tych objawów polepsza się po odejściu gazów. LEUBE uważa to cierpienie za nieprawidłową reakcję nerwów żołądka i całego układu nerwowego podczas trawienia. Lecz BEARD, GLAX, RICHTER, BURKART, HOLST widzą w tej nie-

strawności tylko objaw neurastenii, choćby on był tylko sam jeden. EWALD przypuszcza, że może być nieznaczna zmiana w wydzielniczej lub mechanicznej czynności trawienia bez ujawnienia się cierpienia w zmianie błony śluzowej lub mięsnej żołądka. W wielu razach potrzeba małej niestrawności, nieżytu lekkiego lub przekrwienia powtarzającego się, by nerwowe objawy organów trawienia pokazały się, zatem według E. są to objawy ogólnego stanu. Te zaburzenia nerwów żołądko-kiszkowych, wyrażające się nadczułością lub znieczuleniem, niedostateczną czynnością mięśni, naczynio-ruchowymi i wydzielniczymi zmianami, pierwotną przyczynę mają w ośrodkach nerwowych, chociaż wzajemnie potem same oddziałują na też ośrodki. Niestrawność zatem, zawsze jest skutkiem a nie przyczyną cierpienia. Rozpoznanie neurastenii dyspeptycznej jest dosyć trudnem, gdyż rzeczywista choroba organu niekoniecznie idzie w parze ze stanem neurastenicznym. Rzut oka na przebieg dłuższy choroby, ocenienie momentów przyczynowych i nieskuteczność stosowanych środków tylko przeciw niestrawności, również ocena innych objawów neurastenii w summie mogą pomódz do ścisłego rozpoznania. Należy jednak zwrócić uwagę na następujące objawy: 1) Bóle żołądkowe są więcej rozlane, nie mają ściśle określonego umiejscowienia, jak to bywa przy wrzodzie lub raku żołądka i niezależne są od przyjmowania pokarmów. 2) Rzadko przy *neurast. dysp.* bywają wymioty. Jeżeli są, to wymiociny składają się ze śluzu, żółci, resztek pokarmów, a nigdy ze krwi lub rozpadłych mass, smaku gorzkiego, zależnego według LIEBREICHA od peptonów. W stolcu nie ma ani nieprzetrawionych resztek pokarmów, ani nadmiernej ilości śluzu lub krwi. Dla różniczkowego rozpoznania LEUBE polecił tak zwaną próbę trawienia, według której u człowieka zdrowego w 7 godzin po przyjęciu pokarmu po przepłókanu żołądka, takowy nie powinien zawierać już śladu pokarmów. EWALD jednak i po 7 godzinach u zdrowych kobiet znalazł jeszcze znaczne ilości papki pokarmowej w żołądku. Tymczasem przy nieżytach żołądka, w 2 przypadkach wrzodu żołądka i w 1 raku żołądka po tym czasie znalazł żołądek zupełnie próżnym. Również i chemiczne badanie soku żołądkowego jeszcze nie rozstrzyga rozpoznania. EWALD bowiem znalazł siłę trawienną soku żołądkowego, i ilość kwasów zupełnie prawidłową u chorych na przewlekły nieżyt żołądka wcale nie na nerwowej podstawie oparty, jak również przy wrzodzie i raku żołądka. Co się tyczy rokowania, to jak przy wszystkich dolegliwościach neurastenicznych tak i przy takiejże niestrawności jest ono bardzo niepewnem. Jest pewna ilość przypadków, które przy odpowiedniem leczeniu stale lub czasowo poprawiają się, są jednak i takie, które lata całe urągają naszym usiłowaniom, w każdym razie leczenie ich bywa długotrwałe i nieraz cięższe przypadki prędzej się leczą niż łagodniejsze. Ogólny stan raz nie zdradza cierpienia, innym razem chorzy chudną, słabną, a według autorów angielskich kończą przy objawach obrzęku i gorączki. W leczeniu tylko ta metoda ma znaczenie, która ma na celu wzmocnienie i uspokojenie układu nerwowego. Zatem tu odnosi się: odpoczynek cielesny i duchowy, dyeta odpowiednia niedrażniąca, usunięcie się od wielkomięjskich przyjemności, ćwiczenia gimnastyczne i hydriatyczne manipulacje, czyste świeże powietrze, w końcu sedatiwa, szczególnie *kali bromatum*. Elektryzacja żołądka i kiszek może tylko czasową przynieść ulgę. Co się tyczy diety, to według TROUSSEAU najlepsza będzie ta, którą chory według własnego doświadczenia najlepiej znosi. Przekonać chorych, że nie sprawia im dolegliwości każde przyjęcie pokarmu. Ze środków lekarskich mamy tylko skutki przemijające. Stosują się chinina i arsen, belladonna w dużych dawkach 0,05—0,1 aż do 0,5 dziennie według angielskich autorów szczególnie przy upartem

zaparciu, które zależą od kurczu mięśni kiszkowych; *extr. calabaricum* przeciw biegunkom i zaparciom. Angielscy i amerykańscy lekarze chwalą fosfor, jako środek nerwowy. Jeżeli jest nadczułość żołądka to dajemy chloral, a przy podrażnieniu kiszek makowiec. Wzdęcie usuwa się podaniem makowiec a gdy jest zaparcie, to potem *ol. ricini, rheum*, a nie gorzkie sole, które drażnią kiszki i często niewłaściwie tacy chory jeżdżą do Karlsbadu, Marienbadu, gdzie stan ich jeszcze się pogarsza. Opium w tym razie usuwa kurcz niektórych pętli kiszkowych, które zatrzymują kałowe masy.

(B. kl. W. 21—22—84). J. R-i.

184. Nowsze badania nad kąpielami mułowemi. 1) FELLNER: *Neuere Unters. üb. d. Wirkung d. Moorbäder. — Corresp. Bl. d. balneol. Sec. d. Gesell. für Illkude in Berlin 1883.* 2) PETERS: *Die Wirkung d. Moorbäder. Berl. kl. W. 1881. Nr. 34.* 3) WORONIN: Niektóre dane co do kwestyi wpływu kąpeli mułowych na wymianę materji. Sprawozdanie z prac Tow. balneolog. w Odessie za 1881—1883. 1) F. wykazuje, że kąpiele mułowe płynne, aż do 150 kgm. zawartości, oraz niezbyt ciepłe (25—28° R.), obniżają nieco ciepłotę w jamie ustnej, gęste zaś wyżej 165 kgm. zawartości, oraz cieplejsze, 30—32° R. powodują nieznaczne podwyższenie ciepłoty w jamie ustnej, pochwie, odbytnicy. Dawne badania autora co do działania kąpeli od 70—160 kgm. zawartości ciepłoty, 26—29° R. na tętno i oddychanie, wykazały: 1) liczba oddechów w czasie kąpeli zmniejsza się o 1—3 na minutę, lub nieulega zmianie nigdy zaś nie powiększa się częstość tętna zmniejsza się o 4—12 uderzeń na minutę, i trwa to jeszcze przez jakiś czas po kąpeli, przymtem tętno staje się twardszem, a prócz tego pełniejszym, co również trwa jeszcze po kąpeli przez 15—35 minut. F. wyprowadza wniosek, iż we wszystkich cierpieniach gdzie kąpiele mułowe są wskazane, za wyjątkiem gośćca, wysięków, oraz nerwobólów (jeżeli powstały wskutek zaziębienia), należy stosować kąpiele mułowe płynne i chłodne, do części ciała dla kąpeli przystępnych, przeciwnie w chorobach wymienionych skutkuje lepiej wyższa ciepłota oraz znaczna gęstość kąpeli, działając bardziej drażniaco. 2) PETERS zwraca głównie uwagę na wpływ ciśnienia mułowych kąpeli, które oblicza na 690—768 funtów, co w stosunku 15,000 kgm. ciśnienia atmosfery, nie stanowi znacznej przewyżki. Wszelako przewyżka ta nie jest tak małego znaczenia szczególnie przy ustroju osłabionym i objaśnia dostatecznie uczucie z mę c z e n i a po kąpeli mułowej. Z drugiej wszakże strony ciśnienie to tłómaczy nam spotęgowanie sprawy wessania i wzmocnienia strumienia limfy, tak iż możemy działanie takie porównać z działaniem masażu, z tą tylko różnicą, iż podwyższone ciśnienie kąpeli mułowej rozdziela się na całą powierzchnią. Ztąd wyprowadzają się też pewne wskazania i przeciwwskazania. Stosujemy kąpiele mułowe tam, gdzie chodzi o silne pobudzenie sprawy wessania, unikamy ich zaś tam gdzie możemy się obawiać złych następstw podwyższonego ciśnienia na ciało, np. przy osłabieniu ogólnem, w czasie ciąży, przy bezwładach połowicznych, przy ciałoskładzie apoplektycznym i t. p. 3) WORONIN zajmował się głównie wpływem kąpeli mułowych na wymianę materji i dochodzi do następujących wyników: Po kąpeli 32° R. 1) Ilość azotu spadała pierwszego dnia kąpeli poniżej liczby średniej, zaś następnego dnia powiększyła się. 2) Ilość kwasu siarczanego w dniu kąpielowym spadała, następnego dnia doszła do normy. 3) Ilość kwasu fosforowego spadała w dniu kąpielowym. 4) Ilość moczu spadała znacznie. 5) Kąpiel wieczorna powodowała podniecenie i sen niespokojny. Po kąpeli mułowej na 29° R. 1) Ilość azotu zwiększyła się pierwszego dnia, a nazajutrz trzymała się najwyższej granicy normalnej. 2) Ilość moczu zmniejszała się. 3) Ilość kwasu fosforowego, zmniejszała się cokolwiek w dniu kąpielowym.

(Prag, medic. Wochschr. 1884—11).

185. **Przelanie (*transfusio*) do otrzewny** MARCUS'A. *Wien. Med. Presse* 16—84, i **wsiąkanie przez otrzewną**. *Schmidts Jahrb.* 1883—12. *Medie. Neuigk.* 13—84. Dr. L. DUBAR i Ch REMY. Wiadomo, że po wstrzyknięciu krwi do jam wielkich surowicznych, takowa prędko i łatwo wsiąka, wskutek czego PONFLICK proponował zastąpić przelewaniem krwi do żył wstrzykiwaniem jej do jamy brzusznej. Odtąd już w 30 przypadkach dokonano podobnych wstrzykiwań. Prof. HEYM zbadał doświadczalnie, jakiemu losowi podlega wstrzyknięta krew do jamy otrzewny i wyprowadza stąd wskazania i przeciwwskazania tej operacji. Najprzód H. stanowczo twierdzi, że wsiąkanie przez otrzewną ma miejsce, zależy tylko od ilości wstrzykniętej krwi i wogóle ilość krwi, która nie przechodzi $\frac{1}{30}$ wagi ciała wsiąka dosyć szybko. U psa po 24 godzinach już połowa wstrzykniętej krwi wsiąka, a po 2—5 dniach zupełnie się rezorbuje. U psa wstrzyknięta krew psa nigdy nie wywołuje zapalenia otrzewny, ale krew każdego innego gatunku zwierzęcia wywołuje toż zapalenie chociaż nigdy nie jest ono śmiertelnem. W pierwszym przypadku jest 24 godzinna gorączka ze śladami białka w moczu. W końcu H. przychodzi do następujących wyników: 1) Jeżeli wstrzykujemy krew w jamę otrzewny tego samego zwierzęcia, to występuje tylko chwilowa bezkrwistość. 2) Jeżeli wstrzykujemy krew z innego zwierzęcia tego samego gatunku i równocześnie puszcimy krew, to występuje również prędko przemijająca bezkrwistość. 3) Jeżeli wstrzykniemy krew innego zwierzęcia bez równoczesnego puszczenia krwi, to występuje większa lub mniejsza plethora. Czy krew jako taka wprost wsiąka w naczynia H. rozstrzygał to takiem doświadczeniem. Wstrzykiwał w jamę otrzewny psa świeżą krew kozy, której ciała mają około 3—5 μ . Ponieważ zaś ciała krwi psa mają 7 μ , to należałoby ich łatwo odróżnić od pierwszych. H. otrzymał jednak wynik ujemny, co przypisuje temu, że ciała krwi wymagają pewnego gruntu, na innym przestają istnieć, rozpadają się i wydalają. W szklance można się o tem także przekonać, że nie można przechować ciałek krwi kozy w osoczu krwi psa. Odwrotne zaś doświadczenie dało dodatni wynik, t. j. że ciała krwi psa w obiegu krwi kozy nie znikają. Jaką drogą wsiąkają ciała krwi z jamy otrzewny. Otóż zdaje się podwójną drogą, jedna jest droga naczyń chłonnych, druga jest naczyń krwionośnych. Wiadomo, że niewielka puchlina brzuszna może istnieć dosyć długo, nie wywołując żadnych znaczniejszych zmian w otrzewny. W chorobliwych stanach puchlina wzrasta powoli. Jak zaś oddziaływa cały organizm na nagłe wprowadzenie znacznej ilości białkowego płynu w zupełnie normalną jamę otrzewny i jaką drogą płyn ten wsiąka, te kwestye DUBAR i REMY chcą rozstrzygnąć na drodze doświadczalnej. Do doświadczeń używali nietylko białkowatych płynów, ale i rozpuszczonych barwników, przeważnie robiono doświadczenia na królikach, którym wstrzykiwano 30—100 grm. płynu ogrzanego do 40°. Białkowaty płyn składał się z 60 cz. białka jaja, 1000 wody, 8 soli i 2 sody. Przyszli ci uczeni do następujących wyników. 1) Białko wsiąka przez otrzewną i cały płyn znika po 24—36 godzinach, białko to można wykazać w naczyniach chłonnych przepony i w przewodzie mlecznym, także prędko pojawia się ono w moczu. Można go wykazać za pomocą gotowania płynu z alkoholem i siarczanem miedzi. 2) Wsiąknięte białko nie nagromadza się w surowicy krwi. 3) Świeże roztwory białka znoszą się dobrze i są nieszkodliwe. 4) Wstrzykiwania roztworów białka nie wywołują żadnych zaburzeń ze strony otrzewny. Są dwie drogi do wsiąkania płynu: 1) droga naczyń chłonnych w krezce i sieciach w środku przepony, 2) droga naczyń krwionośnych t. j. gałęzie żyły wrotnej. Za pomocą wstrzykiwania barwnikowych płynów wykazali ci badacze w środku przepony dwie sieć powier-

chowne naczyń chłonnych (*ventrales i pleurales*) a jedną głęboką (*intermediāres*). Powierzchnowe naczynia w niektórych miejscach oddzielone są od jamy brzusznej komórkami endothelium. Przewód piersiowy zawiera taką ilość zabarwionego płynu białkowego, jak i aorta. Wątroba zawiera wiele zatorów, powstałych wskutek bezpośredniego dopływu zabarwionego płynu i cząsteczki barwnika, wnikające do gałązek żyły wrotnej. Te zatory zawierają liczne zabarwione leukocyty. W mózgu, płucach i śledzionie znajdują się tylko ograniczone zatory. W nerkach w piramidach i kłębkach HENLEGO odbywa się przesiąkanie tłuszczu i karminu. Leukocyty grają b. ważną rolę przy przenoszeniu cząstek barwnika, komórek ropnych i bakterii i mają znaczny udział w powstawaniu zatorów.

J. R-i.

186. O przenośności gruźlicy za pośrednictwem pokarmów, oraz o osłabieniu chorobotwórczego działania laseczników gruźliczych wskutek gnicia. Celem rozjaśnienia tych pytań, prof. BAUMGARTEN (w Królewcu), przedsięwziął wspólnie z d-rem FISCHEREM szereg doświadczalnych badań. Ważniejsze badania ORTHA nad skutkami żywienia massami perliczemi, nie są wolne od zarzutów, albowiem wynik badań tych nie zawsze był dodatni, a przytem rodziło się pytanie czy ostre, zwapniałe masy perlicze nie ranią błony śluzowej przewodu pokarmowego i nie otwierają przez to wstępu lasecznikom gruźliczym do wnętrza tkanek. Aby więc doświadczenie wykonać w warunkach zbliżonych do tych, w jakich przypuszczalne zarażenie przez pokarmy naturalnie się odbywa, B. i F. karmili króliki mlekiem, sztucznie zaprawionem lasecznikami, przez 2—3 dni przed doświadczeniem i 1 dzień po jego wykonaniu zwierzęta albo nie dostawały wcale pożywienia, albo tylko płynny. Otóż po jednorazowym tylko spożyciu niewielkiej ilości umiarkowanie zakażonego mleka, występowały stale i bezwyjątkowo w ciągu 10—12 tygodni zakażenia gruźlicze w kiszkach cienkich, grubych i wyrostku robaczkowym, zajmując gruczoły skupione Peyera oraz gruczoły samotne. Były to twory gruźlicze i serowate wrzody, zawierające obficie laseczniki. Dalej zajętemi były gruczoły krezkowe, wątroba, a w wielu razach także gruczoły chłonne podszczękowe i szyi, co dowodzi iż wnikanie drobnoustrojów odbywa się już w jamie ustnej i gardzieli, zapewne przez migdały. Z odleglejszych organów, znajdowano tylko w przypadkach dalej posuniętych, w płucach nieliczne guziczki okazujące wszystkie cechy histologiczne gruźlicy. Na zasadzie wyników tych, autor zdanie GERLACHA, CHAUCHEAU, KLEBSA, BOLLINGERA, ORTHA i innych, że gruźlica może się przenosić za pośrednictwem pokarmów, uznaje za bezwzględnie dowiedzione. Gdy więc nawet jednorazowe spożycie świeżego pokarmu, zakażonego lasecznikami gruźliczymi, prowadzi bezwyjątkowo do ogólnego zakażenia, badania autora wykazały, że przeciwnie nawet wielokrotne i obfite karmienie takim samym pokarmem nie świeżym, lecz pozostawionym na dni kilka w ciepocie pokojowej i przedstawiającym oznaki zgnilizny, po upływie tak samo 10—12 tygodni, nie powodowało żadnych objawów chorobowych, lub bardzo nieznaczne zmiany gruźlicze w wyrostku robaczkowym, w których laseczników było niewiele, lecz dużo komórek olbrzymich. Gruźelki te zajmowały wyłącznie wyrostek robaczkowy i gruczoły krezkowe. Ponieważ w zakażającej substancji, laseczники, co do liczby, postaci i zachowania się względem barwników nie przedstawiały żadnej różnicy, należy zatem przyjąć iż sprawa gnicia wpływa jedynie na osłabienie ich chorobotwórczego działania.

(Centralbl. f. kl. Med. Nr. 2—1884). J. P-i.

187. Przyczynę do leczenia niezłyty pęcherza moczowego u kobiet dr. ULZMANA w Wiedniu, Niezłyty pęcherza pierwotny tak u mężczyzn jak

i u kobiet bywa rzadkością. Należy zawsze zbadać tak cewkę, jak i pęcherz narzędziami, również zbadać organa płciowe, gdyż nieżyt często bywa następstwem cierpienia tych organów. Należy odróżnić nieżyt szyjki pęcherza i ciała pęcherza. Najczęstszą przyczyną upartego nieżytu szyjki pęcherza bywa tryper pochwy, jeżeli takowy na cewkę i pęcherz się rozszerza. Wskutek częstych napierań na moczkę rozwija się nieraz u kobiet histerya. Rzadszą przyczyną bywa gruźlica i przymiot, pierwsza bywa połączona z silnymi krwotokami z szyi pęcherza. Zresztą papillomy w otworze zewnętrznym cewki mogą również dać powód do nieżytu całej cewki, a więc i szyi pęcherza. Nieżyty pęcherza najczęściej bywają wskutek zmian w macicy i pochwie, szczególnie zmian w położeniu macicy; powiększenia macicy, wpływające na niezupełne opróżnianie się pęcherza, *prolapsus uteri*, *cystocoele vaginae*, *parametritis*, *paresis pęcherza* wskutek nerwowych chorób, w końcu kamienie i nowotwory pęcherza mogą powodować nieżyty pęcherzowe. W leczeniu starać się trzeba najprzód przyczynę usunąć. Zwężenia cewki, rzadko trafiające się, należy rozszerzać stopniowo; wypadnięcia błony śluzowej cewki należy usunąć; ziarninowate wybijalności przypalać lapisem i ugnieść grubą sondą. Leczenie nieżytu szyi pęcherza polega na rozszerzeniu cewki metaliczną sondą i stosowaniu miejscowym środków ściągających i przypalających. Do rozszerzenia służą sondy metalowe Charriera od Nr. 25 do 40. Należy je wkładać codziennie lub co drugi dzień na 5 minut. Ściągające środki stosują się w formie przestrzykiwań szyi pęcherza $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{2}\%$ roztworami cynku, alunu, kwasu karbolowego, $\frac{1}{15}\%$ — $\frac{1}{10}\%$ roztworem *kali hypermanganicum*; $\frac{1}{10}$ — $\frac{3}{10}\%$ roztworem lapisu. Przypalanie szyi pęcherza robi się po rozszerzeniu takowej 5—10 $^{\circ}$ roztworem lapisu pędzelkiem lub wstrzyknięciem 3—6 kropli. Również można stosować suppositoria z tanniną, jodoformem, lapisem. W końcu można szyję pęcherza przy pomocy endoskopu wylapisować czystym lapisem. W upartych wypadkach można po zachloroformowaniu rozszerzyć odrazu cewkę, poczem przez pewien czas może być *incontinentia urinae*. Co się tyczy leczenia nieżytu samego pęcherza, to należy zwrócić uwagę, czy nie ma paretycznego stanu pęcherza, czy nie ma jakich zawartości jak kamienie, nowotwory i t. d. w pęcherzu. Mocz przy przewlekłym nieżycie należy 2—3 razy dziennie doszczętnie wypuszczać i pęcherz przeplókiwać środkami ściągającymi.

(Zeitschr. f. Therap. 1—84). J. R-i.

Konferencye dla wyjaśnienia istoty cholery

ODBYTE W BERLINIE.

W Berlinie, w państwowem biurze zdrowotnem (*Reichsgesundheitsamt*) odbyły się d. 26 Lipca r. b. konferencye dla wyjaśnienia istoty cholery w bardzo ciansem kółku, gdyż obecnych było tylko piętnastu lekarzy, po większej części najwybitniejszych zajmujących stanowiska w świecie lekarskim Berlińskim. Prezydował posiedzeniu VIRCHOW, a z obecnych wymienimy następujące osobistości: EULENBURG, FRAENKEL, GAFFKY, HIRSCH, KOCH, LEYDEN, SKRZECZKA etc.

Przedewszystkiem KOCH okazał niektóre preparaty i opisał sposób preparowania i hodowania laseczników cholery. Dla otrzymania tych ostatnich postępuje się w zwyczajny i następujący sposób: Bierze się kroplę z zawartości kiszki, nalewa się ją na szkiełko i suszy; następnie przesuwają się szkiełko to nad lampką spirytusową lub gazową, oblewa się preparat wodnym roztworem fuksyny lub błękitu metylenowego oplókuje się go po pa-

ru sekundach i natychmiast kładzie pod mikroskop, z użyciem układu olejnego $\frac{1}{12}$ " i oświecenia Abbe'go. Skrawki kiszek, które powinny w spirytusie stwardnieć, należy przez 24 godzin w silnym roztworze błękitu metylenowego zabarwić.

Dowód mikroskopowy starczy jednak tylko w rzadkich wypadkach dla dyagnozy, dla wykazania obecności przecinkowego lasecznika, potrzeba w następujący sposób hodowlę przeprowadzić: Bardzo małą kropelkę śluzu rozpuścić w 10 kub. centymetrów gelatyny odżywczej (*Fleischwasser-Pepton-Gelatine*) o słabym odczynie alkalicznym; następnie nalewa się ową gelatynę na szkło horyzontalne które się ostudza przez umieszczenie pod nią lodu i umieszcza w miejscu wilgotno utrzymywanym pod kloszem szklanym, dopóki nie wytworzą się kolonie laseczników.

Po zagajeniu posiedzenia przez VIRCHOW'A, który wyluszczył powód zebrania się na konferencyę w tak małym kółku i ubolewał nad tem iż nie wszyscy zaproszeni stawić się mogli, KOCH zabrał głos, który tu podajemy podług pisma *Berliner klinische Wochenschrift*.

Dla wskazania potrzebnych środków higienicznych, potrzebujemy koniecznie o ile można silnych podstaw naukowych. Nie idzie tu tylko o bardzo kosztowne urządzenia, ale o dobro bardzo wielkiej liczby ludzi. Przedewszystkiem odnosi się to do uchylenia zaraz, które wywołuje użycie najenergiczniejszych środków zaradczych. Dlatego też przedewszystkiem w walce przeciwko zarazom powinniśmy się uzbroić w bardzo silne podstawy naukowe; na nieszczęście podstaw takich w ogóle a w szczególności w walce z cholera nie mamy. Wprawdzie wypowiedziano mnóstwo poglądów na istotę, sposób przenoszenia i udzielania się cholery i wiele teorii w tym kierunku ułożono, ale wszystkie te poglądy tak są z sobą różne i poczęści sprzeczne, że niemogą być użyte jako punkt wyjścia do zwalczania cholery.

I tak utrzymują jedni iż cholera jest chorobą swoistą, mającą swoje źródła w Indyach, inni zaprzeczają temu i twierdzą, że cholera ta wszędzie powstać może i nie ma żadnej specyficznej przyczyny. Jedni sądzą iż cholera przeniesioną być może tylko przez chorych lub ich rzeczy inni przypuszczają że może ona być zawleczoną przez towary, przez ludzi zdrowych przez prądy powietrza. Również sprzeczne z sobą zdania dają się słyszeć o znaczeniu wody do picia, o wpływie stosunków gruntowych, o kwestyi czy w wypróżnieniach stołcowych znajduje się zarazek cholearyczny, o długości okresu wylęgania się etc. Wszystkie te punkta sporne są niesłyszanej wagi przy obmyślaniu środków odwracających cholere i nie natrafimy na właściwe środki dopóty, dopóki te zasadnicze kwestye etiologii cholery nie będą stanowczo rozstrzygnięte.

Etyologia cholery mało dotychczas skorzystała z postępów jakie uczyniliśmy w etiologii innych chorób zaraźliwych. Postępy te przyszedły do skutku w ostatnich latach dziesięciu, a właśnie w tym czasie nie zdarzyła się sposobność ani w Europie, ani w okolicznych krajach istotę cholery studyować, a w Indyach gdzie cholera stale obfity materiał do obserwacji przedstawia nikt dotąd obznajmiony z nowszymi metodami śledzenia, badaniem tej choroby się nie zajął.

Z tego powodu niebyło rzeczą niepożądaną iż cholera w roku zeszłym w Egipcie się zjawiała; nastroczyła się sposobność studyowania jej wprzódby nim zawitała do Europy. Ze sposobności tej skorzystały rozmaite Rządy i wysłały, jak wiadomo ekspedycye w celach naukowych do Egiptu.

Gdy zaszczyt mi przypadł w udziale być kierownikiem jednej z tych ekspedycji, pojąłem trudność zadania, jakie wziąłem na siebie. O istocie

zarazka cholerycznego właściwie nie przedtem nie wiadano; niewiedzano gdzie go szukać czy w jelitach, czy w krwi, czy też gdzie indziej. Nie wiadano nawet czy przyczyną cholery są bakterye, czy inne grzybki czy wreszcie jakieś zwierzęce pasożyty jak np. *Ameby*. Wprawdzie w tym kierunku nie nastroczały się trudności tak znaczne jak pod innym względem gdzie najmniej ich się spodziewałem. Przedstawiłem sobie mianowicie obraz cholery zupełnie podług naszych podręczników naukowych i wyobrażałem sobie że jelita w tej chorobie właściwie bardzo mało znacznym zmianom ulegają i że są tylko przepełnione płynem do wody ryżowej podobnym. Obraz sekcyi, które dawniej wykonywałem już mi wyszedł z pamięci i nie mało byłem zdziwiony, gdy w jelitach zupełnie co innego znalazł jak to czegom się spodziewałem. Już zaraz przy pierwszych sekcyach przekonałem się że jelita przedstawiały głębokie i bardzo ważne zmiany. Potrzeba było jednak sporo czasu na to, żeby sobie dokładnie zdać sprawę z tego, co w rzeczy samej w jelitach cholerycznych ma miejsce.

Zaraz tutaj rzucę uwagę iż pomimo starannych poszukiwań wszystkich innych organów i krwi, nic w nich nie znalazłem, coby mi obecność zarazka wskazało. Główną uwagę zwróciło zatem na siebie jelito, którego zmiany dają się w następujący sposób ugrupować. Zdarzyły się przypadki, w których niższa część kiszki próżnych była ciemno brunatno zabarwioną a błona śluzowa przejęta wybroczynami krwistymi i to najsilniej powyżej klapy Bauhina. W niektórych razach błona śluzowa była nawet powierzchownie znekrotyzowana i błonicowemi wytworami pokryta. Odpowiednio do tego zawartość kiszki nie była podobną do wody ryżowej lecz przedstawiała ciecz krwistą, posokowatą, cuchnącą. W innych przypadkach zmiany były pośrednie pomiędzy temi. Zaczzerwienienie w nich nie było tak silne, znajdowano tylko plamy czerwone, a nieraz zdarzało się też iż tylko brzegi pęcherzyków oraz blaszek Peyera były czerwone. Ostatnio wymieniona forma przedstawia się bardzo charakterystyczną i prawie nie zdarza się w innych postaciach chorób kiszki. W przypadkach względnie bardzo nielicznych błona śluzowa przedstawiała mało znaczne zmiany, a mianowicie była nieco obrzmiałą, wyglądała przezroczystą a tak pęcherzyki jak blaszki Peyera wystawały ponad jej powierzchnią. Cała błona śluzowa była z lekka zaczzerwienioną ale nigdy nie przyszło do kapilarnych wybroczyn. W tych to przypadkach zawartość kiszki była bezbarwną, chociaż nigdy nie była podobną do wody ryżowej, lecz raczej można ją porównać do zupy mącznej (*Mehlsuppe*). W niewielu przypadkach znalazłem zawartość kiszki wodnistą, śluzową i zawierającą niewiele strzępów.

Przy mikroskopowem poszukiwaniu kiszki i ich zawartości przekonano się iż w niektórych przypadkach a mianowicie wtedy, gdy brzegi blaszek Peyera były zaczzerwienione w miejscach odpowiadających temu zaczzerwienieniu nastąpiło wdrażenie bakteryi. Bakterye wdrażały po części do woreczkowatych gruczołów, poczęści znalazły się pod nabłonkiem który przez to został niejako podniesiony. W innych miejscach weszły one głębiej w tkankę. Były i takie przypadki, w których po za temi bakteryami posiadającymi pewien odrębny kształt i wielkość i dającymi się od innych takich tworów z łatwością odróżnić, wdrażały i inne bakterye do gruczołów woreczkowatych i do otaczających tkanek np. wielkie i grube łaseczniki oraz łaseczniki bardzo cienkie. Wytwarzają się przez to zupełnie takie obrazy jak w nekrotycznych, dyfterytycznych i durzycowych zmianach błony śluzowej kiszki, w których do tkanek obumarłych skutkiem wdrażenia do nich patogenetycznych bakteryi, wchodzi inne nie pa-

togenetyczne. Skutkiem tego pierwsze bakterye należało uważać jako będące w ścisłym z cholerą związku, kiedy te drugie sprawiały wrażenie procesów sekundarnych; gdyż pierwsze z nich wdrażały zawsze nasamprzód i zdawało się jak gdyby torowały tym drugim drogę.

Co się tycze zawartości kiszek, to ponieważ z początku znajdowano w nich same tylko ciecze krwisto gnilne, nie można było przedstawić sobie dokładnego pod tym względem obrazu. Znalazło się w nich mnóstwo najrozmaitszych laseczników, tak że właściwych laseczników cholerycznych nie można w nich było odszukać. Dopiero gdy na stół sekcyjny dostały się ciała osób szybko zmarłych i bez żadnych zawiślań, w których jeszcze nie przyszło do wybroczyn krwistych, przekonałem się iż w zawartości kiszek wiele jest laseczników i że są one zupełnie takie same jak te które poprzednio w błonie śluzowej znalazłem. Zwróciłem zatem przedewszystkiem uwagę na ten gatunek laseczników, badałem je we wszystkich kierunkach i oto co o nich powiedzieć mogę.

Bakterye te, które z powodu szczególnej ich formy nazwałem „przecinkowymi” są mniejsze od bakteryi gruźliczych. Przez podanie rozmiarów w liczbach niemożna przedstawić dokładnie ich wielkości, dlatego wolę porównać je z innemi znanymi już tworami. Otóż bakterye choleryczne mają połowę albo $\frac{2}{3}$ wielkości bakteryi gruźliczych, ale nie są tak wysmukłe, wiele grubsze i zagięte. Wygięcie to nie bywa większem niż wygięcie przecinka, w niektórych jednak razach może być znaczniejsze i bakterya przybiera wtedy kształt półkola. W innych razach wygięcie to jest podwójne, t. j. że do istniejącego wygięcia przyłącza się drugie w przeciwnym kierunku, tak że cały ten twór nabiera kształtu litery S. Przypuszczam że w tych dwóch wypadkach mamy do czynienia z dwiema bakteryami, które się od siebie jeszcze nie oddzieliły. Przy hodowaniu tych bakteryi spotykamy jeszcze bardzo ciekawą fazę rozwoju, będącą nader charakterystyczną.

Mianowicie bakterye przecinkowe rosną czasem wzdłuż, z czego powstają długie nitki, ale przybierają one wtedy kształt spiralny; stają się one wtedy podobnemi do nitkowca gorączki powrotnej (*Recurrens-Spirachäten*) tak dalece iż gdyby te dwa twory obok siebie umieszczono trudno by mi było je od siebie odróżnić. Z tego powodu skłonny jestem do przypuszczenia iż lasecznik przecinkowy nie jest właściwie lasecznikiem, lecz formą przejściową pomiędzy lasecznikiem a prątkiem (*spirillus*).

Laseczniki przecinkowe rozmnażają się nadzwyczaj szybko i obficie w rosole. W kropli takiego rosołu przekonać się można pod mikroskopem iż są one nadzwyczaj ruchliwe; gdy się zbiorą na brzegu takiej kropli poruszają się tak żwawo iż podobne są do roju latających komarów a pomiędzy nimi widzieć się dają owe długie spiralne twory, które również dosyć są ruchliwe. Całość przedstawia bardzo ciekawy i charakterystyczny obraz.

Laseczniki te przecinkowe dają się hodować i w innych płynach i tak przedewszystkiem w mleku. Nie sprowadzają one krzepnięcia mleka i osadzania się sernika jak to inne bakterye rozmnażające się w mleku czynią. Mnożą się one także w surowicy krwi bardzo szybko i obficie.

Kolonia młodych bakteryi wygląda jak mała, biała kropelka, niezupełnie okrągła, ale o konturach nierównych, czasem nawet zygzakowatych. Od samego początku przybiera ona ziarenkowaty wygląd i nie przedstawia on się takim jednostajnym jak inne kolonie bakteryi.

W miarę tego jak kolonia się powiększa, ziarenkowatość staje się wyraźniejszą; wreszcie wygląda ona jak kępka silnie światło załamujących jąder. Najstosowniej da się wygląd takiej kolonii do wyglądu grupy kawałeczków szkła porównać.

(d. c. n.)

ODCINEK.

Kassa wsparć rzemieślników i robotników pracujących w Warsztatach Drogi Żel. W.-W.

Z pierwszego sprawozdania kassy wsparć (kassy chorych) rzemieślników i robotników pracujących w Warsztatach Drogi żel. Warszawsko-Wiedeńskiej za czas od 1-go Stycznia do 31 Grudnia 1883 r. dowiadujemy się iż wydano na:

Płace dwóch lekarzy	Rs. 1700	
Pomoc obcych lekarzy	18	kop. 50
Płace dwóch felczerów etatowych	850	" —
Pomoc obcych felczerów.	—	" 90
Wsparcia za czas choroby	3596	" 67 ¹ / ₂
Lekarstwa z aptek kontraktowych	1351	" 86 ¹ / ₂
Lekarstwa z apteki podręcznej	536	" 59
Zapomogi na kosza pogrzebów	1080	" 40
Kuracje w różnych szpitalach	300	" —
Kąpiele i łaźnie	291	" 27
Przyrządy optyczne i desmurgiczne	280	" 77 ¹ / ₂
Zakup i reparacya przedmiotów inwentaryalnych.	19	" 43
Administracya (pensye służby, materyały piśmienne i druki).	3970	" 46
Drobne wydatki	4	" 35
razem		14,001 " 21 ¹ / ₂

Wydatek ten ponoszony jest przez Towarzystwo Drogi Żel. od rzemieślników i robotników na powyższe cele nie się z-ich płacy nie strąca. Kassa ta istnieje od 1-go Stycznia 1883 roku i powstała w miejscu dawniejszej t. z. kassy zabezpieczenia. Uczestników korzystających z tego dobrodziejstwa jest około 1,100, a prawie każdy z nich ma żonę i dzieci. Tak uczestnicy jak żony i dzieci ich aż do roku 16-go życia mają prawo do porady lekarskiej, felczerkiej, przyrządów desmurgicznych i optycznych oraz bezpłatnych lekarstw. Wyjątki stanowią wody mineralne naturalne, które tylko wyjątkowo się wydają. Również do kąpeli i łaźni, których blisko za 300 rubli rocznie się wydaje mają prawo tylko sami uczestnicy. Pozycya oznaczona w budżecie „pomoc obcych lekarzy” wymaga wyjaśnienia. Lekarzy ordynujących etatowych (nie licząc specjalistów płatnych przez Towarzystwo Drog żel.) jest dwóch. Mają oni obowiązek odwiedzać obłożnie chorych w ich własnych mieszkaniach, gdy za pośrednictwem ustanowionych na ten cel opiekunów wezwani zostaną. Wezwania takie winny być doręczone jednemu z wzmiankowanych lekarzy etatowych przed godziną 9-tą rano i w takim razie lekarz powinien tegoż samego dnia chorego, w jego własnem domu odwiedzić. W razie gwałtownego przypadku chorobnego, który po owej godzinie *resp.* w nocy zdarzyć się może uczestnik nie ma prawa żądać od lekarza odwiedzania go w mieszkaniu, ale ma prawo wezwać najbliższego mieszkającego lekarza, który od kassy wsparć otrzymuje honorarium. Istotną potrzebę takiego wezwania sprawdza na miejscu jeden z lekarzy etatowych i odpowiednią podpisuje likwidacyę. Pomimo tego ułatwienia, o którym wszyscy uczestnicy doskonale są poinformowani, wypadki tego rodzaju rzadkiemi być muszą, skoro na to w całym roku wydano tylko 18 rs. 50 kop., w jaką to kwotę już wlicza się i pomoc akuszeryjna. Specjalistów udzielających swą pomoc uczestnikom kassy jest czte-

rech: Chirurg (Wł. STANKIEWICZ), okulista (GEPNER), dentysta (CIUNKIEWICZ) i neuropatolog (BAUERERZ). Oprócz tego KRUSZEWSKI i WOLFRYNG są honorowymi zastępcami chirurga i okulisty. Za udzielaną pomoc akuszeryjną płaci się oddzielnie za każdy przypadek. Okazuje się brak specjalisty do chorób wenerycznych, który miałby tu sporo do czynienia. Przyczyną że go dotychczas nie ustanowiono jest ta okoliczność, iż chorych na przymiot wszystkie instytucje po macoszemu traktują. Ponieważ zachorował z własnej winy, niech więc sam w tym kłopotcie sobie radzi—tak rozumują ale nie słusznie, bo jestto przypadłość tak dobrze jak każda inna a tę ma nawet cechę odrębności, iż gruntowne jej wyleczenie daleko więcej zabiegów wymaga aniżeli wiele innych chorób. Mamy nadzieję iż ta potrzeba na przyszłość uwzględnioną będzie. Jesteśmy już na dobrej drodze pod tym względem, gdyż podług dawnych przepisów chorzy weneryczni dostawali za czas choroby tylko trzecią część zapłaty tytułem wsparcia za czas choroby, kiedy inni chorzy otrzymywali połowę. Obecnie wenerycznych zrównano ze wszystkimi innymi.

Ambulatoryum (bardzo tłumnie nawiedzane) odbywa się trzy razy tygodniowo w niedzielę i we wtorek o godzinie 10-ej rano a we czwartek o godzinie 6-tej wiecz.

Wsparcie za cały czas choroby udziela się uczestnikowi w wysokości połowy dziennego zarobku, nie dłużej jednak niż przez 4 miesiące. Za pierwsze trzy dni choroby wsparcie się nie udziela. To ostatnie urządzenie bardzo jest trafne, zdarzały się bowiem wypadki iż uczestnicy, zwłaszcza młodzi, nieżonaci wyłudzały od lekarza świadectwa choroby na kilka dni symulując jakies cierpienie i nie chodząc do roboty otrzymywali wsparcie niby za chorobę. Lekarzowi trudno było nieraz odkryć takiego symulanta. Obecnie nadużycie to w zupełności ustało.

Paski przepuklinowe, okulary, pończochy elastyczne wydają się z terminem dwuletniej ich używalności. W wyjątkowych razach, za specjalnem zaświadczeniem lekarza mogą być i częściej wymieniane, zdarzają się bowiem wypadki, w których u ludzi ciężko pracujących przrządy te pękają lub prędko się zdzierają.

W razie śmierci uczestnika, jego żony lub dziecka do 16-go roku życia kassa wypłaca na koszt pogrzebu: 1) samego uczestnika—w wysokości trzydziestodniowej, ostatniej płacy zmarłego, 2) żony jego—w wysokości dwudziestodniowej płacy przez męża pobieranej i 3) dziecka—w wysokości ośmiodniowej płacy ojca.

Wreszcie nie tylko uczestnicy mieszkający w obrębie miasta ale i ci, którzy zamieszkują za rogatkami Jerozolimskimi i Wolskimi w odległości trzech wiorst od rogatek, mają prawo wzywać do siebie lekarza w razie choroby obłożnej.

Takie są zasady kassy wsparcia, która już drugi rok funkcjonuje z pożytkiem dla uczestników i z ich zadowoleniem. W ustawie powyższej są pewne braki, które powoli się wyrównują, jednakże jak na nasze stosunki powyższy program okazał się w praktyce zupełnie wystarczającym. Cała trudność w takich urządzeniach polega na tem, iżby z jednej strony wszelkie potrzeby sanitarne uczestników były zaspokojone, a z drugiej strony iżby jak najmniejszym było pole do nadużyć, przeciwko którym zabezpieczenie jest w rzeczy samej trudne. Przyznać jednak należy że w tym razie nie tylko od ustawy, ale i od sposobu jej wykonania bardzo wiele zależy.

Po habitem doświadczeniu w razie zakładania podobnej instytucji przy fabrykach, drogach żelaznych etc. powyższą ustawę za wzór polecić możemy.

G. F.

Wiadomości bieżące zagraniczne.

— W Berlinie stał się fakt nieznanym dotąd w dziejach Uniwersyteckich. Dr. SCHWENNINGER lekarz domowy ks. Bismarcka, niegdyś lekarz praktykujący w Monachium został zamianowany professorem fakultetu lekarskiego Berlińskiego bez wiedzy i woli władzy Uniwersyteckiej. Taka samowola kanclerska oburzyła do tego stopnia profesorów iż gremialnie zaprotestowali przeciwko temu.

— Dr. Stanisław PAREŃSKI został zamianowany nadzwyczajnym professorem Wszechnicy Jagiellońskiej.

— W Październiku r. b. odbędzie się w Rzymie międzynarodowy kongres sanitarny, który przedstawia niezwykle interes z powodu srożącej się epidemii cholery w niektórych miejscowościach Europy. Spodziewać się należy iż kwestya powstrzymania postępu cholery do Europy stanie w porządku dziennym na pierwszym planie.

Zmarli. S. p. Juliusz COHNHEIM professor patologii ogólnej i anatomii patologicznej w Lipsku umarł d. 15 b. m. Urodzony w Demmin w Pomeranii w 1839 r. studiował nieboszczyk w Würzburgu a ostatecznie w Berlinie, gdzie już w r. 1864 został asystentem VIRCHOWA. Od r. 1867 do 1872 wykładał anatomią patologiczną w Kielu; w roku 1872 powołany został na taką posadę w Wrocławiu, a gdy skutkiem śmierci WUNDERLICHA i objęciu przez WAGNERA kliniki wewnętrznej w Lipsku katedra anatomii patologicznej opróżniona została, zajął to miejsce i pozostawał na niem aż do śmierci. COHNHEIM, był jednym z dzielniejszych pracowników, jakich Niemcy w ostatnich dziesiętnościach lat wydały. Działalność jego była wielostronną i gruntowną a w niektórych kwestiach jak np. w teorii zapalenia spowodował zwrot w opinii, który pod pewnym względem epokę stanowi. Po kilku mniejszych, niemniej jednak gruntownych pracach wystąpił COHNHEIM w r. 1867 ze swoją teorią zapalenia, która prawdziwy przewrót w patologii wywołała i w której wystąpił poniekąd przeciwko celularnej patologii VIRCHOWA. Z późniejszych większych prac jego zasługują na wzmiankę: *Ueber das Knochenmark in der prim. Anaemie* (1876), *Der embolische Process* (1869), *Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre* (1879 i 1881). Piękne i główne dzieło jego stanowi patologia ogólna (1878), która zasłużonego nabrała rozgłosu i wkrótce kilka wydań się doczekała. Zmarły od dawna cierpiał na chroniczne zapalenie nerek, które w ostatnich czasach bardzo groźnie się rozwinęło. Przy oględzinach pośmiertnych dokonanych przez d-ra HUBERA znaleziono zanik obydwoch nerek, z osadem, wysoko posunięty przerost obu komórek serca, hydrothorax po stronie lewej, zapalenie płucnej po prawej etc.

— SIR ERASMUS WILSON jeden ze znakomitych dermatologów umarł w Londynie d. 8 b. m. Zmarły był wziętym praktykiem, dzielnym obserwatorem, wielkim filantropem i obywatelem kraju. Prace jego naukowe, licząc w to znacznej objętości dzieła (jak np. *Anatomist's Vademecum, Diseases of the skin, On Syphilis, On Ringworm etc.*) są tak liczne iż pewnie do setki dosięgają. Był czas kiedy wszystkie pisma lekarskie obdziały swojemi gruntownemi obserwacyami. Ogromny majątek jaki zebrał z praktyki, hojną dłonią rozrzucił pomiędzy potrzebujących a jak głęboko i wszechstronnie pojmował obowiązki obywatela kraju, posłużył za dowód sprowadzony jego kosztem obelisk zwany *igłą Kleopatry* z Egiptu, na co wydał z własnej kieszeni 10,000 funt. st. (100,000 rubli). Obelisk ten nabyty jeszcze w 1801 przez Sir R. ABERCROMBY dla Anglii, tarzał się w piasku Alexandryjskim dopóki czcigodny zmarły nie oswobodził i nie wykupił go z tej prawdziwej niewoli Egipskiej. Nic dosyć na tem, ugruntował on z własnych funduszków katedrę chorób skórnych w Londynie, drugą patologii w Aberdeen, wybudował kościół w Swanscombe w Kent i zbudował całą oficynę przy szpitalu w Margate dla kąpiei morskich. Tyle zdziałał ten jeden człowiek! a wszystko pracą swoją, własną zabiegliwością, wielkiem sercem i nieskończoną miłością dla bliźnich swoich. Oby takich więcej było, oby takie potężne indywidua jak najwięcej ludzi do naśladowania ich zagrzali. Ten kraj może być wielkim, który ma takich wielkich patriotów!

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 16 Августа 1884. Друк М. Зiemkiewicza Krak.-Przedm. N. 15.