

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O zwracaniu i przeżuwanu pokarmów (*Regurgitatio et Ruminatio seu Merycismus*). Podał D. Władysław Bruner.—Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. Podał J. Szwajcer.—**Kazuistyka.** Próby przepłukiwania przewodu pokarmowego w cholerze azjatyckiej sposobem prof. Genersich'a.—**Odcinek.** Wyciąg z wykazu statystyczno-lekarskiego, dotyczącego chorych, leczonych w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie w ciągu lat 1891 i 1892. Podał Dr. med. Adolf Kozerski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 6. O obfitych przepłukiwaniach kiszek cienkich. 7. O rozwoju łaseczników cholery w wodzie pod wpływem wysuszenia i wilgoci. 8. Chloroform Anschütz'a. 9. Przyczynę do kwestyi stosunku pomiędzy chorobami trzustki i jej naczyń a moczówką cukrową. 10. Dwujodek rtęci jako antyseptyk w niektórych chorobach oczu.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Zmarli.**—**Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) W. Bruner. Sur régurgitation et merycisme. 2) J. Szwajcer. Sur la fièvre à rechutes observée à Varsovie en 1892. 3) A. Wojnicz. Essais sur l'application de la diaklysmos de Genersich dans le cholera asiatique. 4) D-r Adolf Kozerski — Aperçu statistique des malades traités à l'hôpital syphilitique St. Lazare à Varsovie en 1891 et en 1892.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) W. Bruner Ueber Regurgitation und Ruminatio. 2) J. Szwajcer. Ueber Febris recurrens in Warschau im Jahr 1892. 3) A. Wojnicz. Versuche über die Genersich'schen Ausspülungen des Darmcanals (Diaklysmos bei Cholera asiatica. 4) D-r Kozerski. Bericht über die im S. Lazarus-Spital für Syphilitische zu Warschau in den Jahren 1891 und 1892 behandelten Kranken.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obożna str., 5.

O zwracaniu i przeżuwanu pokarmów

(*Regurgitatio et Ruminatio seu Merycismus*).

Podał Dr. Władysław Bruner.

Zwracanie i przeżuwanie pokarmów u człowieka są to pokrewne, lecz różne sprawy patologiczne. Pod nazwą pierwszego pojmujemy wracanie się z żołądka do jamy ustnej płynnej lub miękkiej miazgi pokarmowej w różnych odstępach czasu po jedzeniu, o złym, najczęściej kwaśnym smaku, z nudnościami lub bez nich, przyczem powracająca miazga zazwyczaj zostaje wyplutą. Nazwą zaś drugiego oznaczamy zwracanie się pokarmów bez nudności i bez uczucia wstrętu, niekiedy nawet z pewnem zadowoleniem, przyczem zostają one raz jeszcze przeżute i napowrót połknięte, rzadko tylko wyplute. Sprawa ta jest zupełnie analogiczna z przeżuwaniem u zwierząt i nie powinna być uważana za jedno ze zwracaniem się pokarmów, jak to uczynił w najnowszej pracy o tem cierpieniu SINGER; nie mogę też przeżuwania uważać za wyższy stopień zwracania, jak to czynią niektórzy, na przykład STILLER, gdyż wówczas należałoby przeprowadzić całą skalę od odbijań (*ructus*) aż do wymiotów (*vomitus nervosus*), które przecież ani klinicznie, ani fizjologicznie nic wspólnego z temi sprawami nie mają, a przyjąwszy to nawet, nie pomieścimy w tych ramach momentu przeżuwania. Wspólnem dla obu omawianych cierpień byłoby chyba tło nerwowe, na którym się cierpienia te rozwijają; jednakże i tę wspólność ograniczyłbym do niektórych tylko przypadków, gdyż udawało mi się spostrzegać, że zwracania były dość często zwiastunami cięższych zaburzeń na tle anatomicznem (nieżytów, raka).

Czy te zwracania zwiastunne były już objawem istniejącej sprawy chorobowej, czy też pojawiły się zupełnie od niej niezależnie, trudno wprawdzie orzec, sądzę jednak, że mamy pewne prawo przypuszczać, że stały w ścisłym, przyczynowym z nią związku, jeżeli bezpośrednio po nich lub jednocześnie występowały inne objawy chorobowe, zależne od cierpienia organicznego. O takim znaczeniu zwracania pokarmów, wcale lub niedostatecznie uwzględnianem, przekonałem się w dość znacznej liczbie przypadków, w których stawiano rokowanie dobre, gdy tymczasem rozwijała się sprawa bardzo poważna. Przypadek taki bardzo charakterystyczny spostrzegłem niedawno.

Chory, wieśniak 38-letni z Podlasia, przybył do mnie na poradę, skarżąc się na częste odbijania i zwracania pokarmów w półgodzinnym lub dłuższym odstępie czasu po jedzeniu. Pokarmy zwracane najczęściej połykał, rzadziej wypłukał. Pocho- dzi z rodziny zdrowej, żadnym nadużyciom się nie oddawał, chorób, prócz jakichś wysypek w dzieciństwie, nie przechodził żadnych, żonaty, dietny. Wobec prawidłowej budowy, dobrego odżywiania i braku zmian w jakimkolwiek narządzie, wobec prawidłowego zachowania się soku żołądkowego, jego siły trawienia- stopnia kwasności i składników, przyjmowałem cierpienie za nerwowe. Po zasto- sowaniu przyżęgań Paquelinem i bromu w dużych dawkach, zwracania znacznie się zmniejszyły i chory z dużą poprawą wyjechał. Wkrótce jednak powrócił (po 4 miesiącach) dość znacznie wyniszczony, skarżąc się na bóle w dołku, brak łaknie- nia, uporczywe zwracania i wymioty. Przy badaniu wyczuwałem guz twardy, bole- sny, zawartość żołądka po próbnym śniadaniu oddziaływała kwaśno, kwas solny wykryć się dawał. Chory wkrótce przy objawach wyniszczenia i upadku sił ży- cie zakończył.

Takich przypadków, gdzie zwracania były pierwszym objawem choroby na tle anatomicznem, mógłbym przytoczyć dość dużo, nie chcę jednakże roz- wlekać zbytnio przedmiotu.

Zaznaczywszy zapatrywania moje na znaczenie zwracania, nie mogę za- przeczyć, ażeby nie występowało ono i jako objaw czysto nerwowy, zależny bądź to od miejscowej nerwicy, lub też, co prawdopodobnie znacznie częściej się zdarza, będący jednym z przejawów nerwicy ogólnej: histeryi i neurastenii.

Jednym z charakterystycznych rysów zwracania na tle czysto nerwowem, jest możność przewycięzania go siłą woli. Uda je to się najłatwiej wtedy, je- żeli chory może skierować myśl swoją w innym kierunku, a częste przewycię- żanie się uwalnia niekiedy chorego zupełnie od tego, tak przykrego i uporczy- wego cierpienia, które, jeżeli trwa długo i jeżeli pokarmy nie są napowrót połknięte, prowadzić może do poważnych zaburzeń w odżywianiu. Podstawą cierpienia jest osłabienie lub porażenie wpustu żołądka, który, według doświad- czeń SCHIFF'a i innych, prawidłowo jest od strony przełyku zamknięty. Pra- wdopodobnie tam, gdzie zwracania pokarmów są wyrazem sprawy organi- cznej, porażenie wpustu zależy od działania miejscowej sprawy chorobowej na woje nerwowe żołądka, tam zaś, gdzie są one objawem nerwowym, od bliżej nam nieznanych zmian w ośrodkach, zarządzających zamykaniem i otwie- raniem wpustu, znajdujących się w tylnych wzgórkach czworaczych dla skur- czu wpustu i w górnych częściach rdzenia i w przedniej dolnej części jądra ogoniastego (*nuclei caudati*) dla jego rozkurczu.

Cierpienie to, jak już wspominałem, jest bardzo uporczywe. Leczenie po- legać winno na zwalczaniu wywołujących je przyczyn.

Nie należy mieszać tej sprawy ze zwracaniem pokarmów przy uchyłkach (*diverticulum*) przełyku. Prócz innych objawów, rozpoznaniu dopomaga alka- liczność odczynu, brak kwasu solnego w masach pochodzących z uchyłków,

Co się tyczy przeżuwania, to wręcz przeciwnie niż zwracanie, jest to sprawa bardzo rzadka. Spostrzegałem jeden taki przypadek, którego historia choroby jest następująca:

Chory, student uniwersytetu, lat 23, prawidłowo zbudowany, dość dobrze odżywiany. Skarży się, że po każdym jedzeniu, z wyjątkiem herbaty czystej, w krótszym lub dłuższym odstępie czasu po jedzeniu, pokarmy powracają bez nudności w mniejszej lub większej ilości, zostają na nowo przeżute i połknięte. Stan taki trwa od 3 tygodni. Innych chorób nie przechodził. Trunków nie nadużywał. Żył się przeważnie w restauracjach tańszych. Pochodzi z rodziny zdrowej. Sam jest bardzo nerwowy. W płucach i sercu żadnych zmian nie znalazłem. Wątroba i śledziona nie powiększone. W żołądku pluskanie. Język czysty. Wypróżnienia prawidłowe. Odruchy kolanowe i skórne wzmożone. Wykonane następnego dnia badanie żołądka wykazało: czczy żołądek jest pusty; po próbnym śniadaniu EWALD'a w godzinę wydoylem 40 cc. zawartości, oddziaływającej kwaśno, zawierającej kwas solny, stopnia kwasności 0,18%. Siła trawienia dobra. Czynność mechaniczna, badana za pomocą obiadu LEUBE-RIEGL'a, była nieznacznie upośledzona.

Chory bardzo inteligentny, ściśle się obserwował i przychodził do mnie przez czas dłuższy codziennie. W ciągu tego czasu dowiedziałem się, że pokarmy powracają niekiedy już po upływie 20 minut lub jeszcze prędzej, niekiedy zaś po 2 godzinach i więcej. Nudności nigdy nie doznaje. Siłą woli udaje mu się czasem zwracanie wstrzymać, poczem niekiedy dość silnych bólów doznaje w okolicy żołądka. Zwracanie i przeżuwanie trwa raz krócej, raz dłużej.

Bardzo często wykonywane badanie zawartości wykazywało znaczne różnice. Przeważnie otrzymywałem wyniki prawidłowe, dwa razy jednak kwasu solnego nie znalazłem. Zaczynu sernikowego nie było nigdy, dwa czy trzy razy znajdował się *Labzymogen*. Siła trawienia też była różna.

Chory, którego cierpienie to krępowało i przeszkadzało mu w zajęciach, po miesiącu zmizerniał bardzo, na wadze stracił 15 funt. Leczenie ogólne (kąpiele coraz zimniejsze) i elektryzowanie żołądka prądem przerywanym, wraz z usilnem zalecaniem choremu, ażeby się starał zwracanie siłą woli przezwyciężyć, przyniosło dużą ulgę: chory mniej i znacznie rzadziej pokarmy zwraca i przeżuwa. Od kilku miesięcy straciłem go z oczu.

Opisany przypadek przedstawia typowy obraz cierpienia zwanego przeżuwanem. Przy cierpieniu tem pokarmy powracają to prędzej, to później po ich spożyciu, niekiedy, jak o tem wspominają autorzy, w tym porządku, w jakim były przyjęte. Powracanie pokarmów nie jest wcale dla chorego wstrętne. Okres czasu od spożycia pokarmów aż do powrotu ich do jamy ustnej, nie jest zbyt długi. Zazwyczaj już po kilkunastu minutach pokarmy powracają, niekiedy, co zresztą zdarza się znacznie rzadziej, dopiero po upływie kilku godzin. Względnie do tego, smak pokarmu powracającego jest różny. Jeżeli to następuje prędko, smak jest niezmieniony, a nawet, według niektórych spostrzeżeń, dopiero przy przeżuwanu choroby właściwego smaku doznają; przy późnem zwracaniu smak pokarmów jest kwaśny, co zależne jest od przesiąkania miazgi pokarmowej kwasem solnym. W tych przypadkach, gdzie nawet przy prędkim zwróceniu pokarmów smak ich jest kwaśny i dla chorego niemiły, mamy do czynienia, jak o tem sądzić można z opisów historii chorób, z powikłaniem cierpienia przez sprawę nieżytową lub nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego. W takich razach chorzy cały pokarm lub część jego wypłuć mogą, co doprowadza do poważnych następstw, wychudnienia, utraty sił, zależnych właściwie nie od przeżuwania, lecz od wikłającego je cierpienia.

Zmiany w chemizmie trawienia przy przeżuwanu różni autorowie podają bardzo różnie. ALT widział nadmierną kwasność, JÜRGENSEN – brak kwasu solnego, a BOAS – *subaciditas*. Ta różnorodność wyników wraz z niezaprzeczonym faktem, że nawet u jednego i tego samego osobnika, zwłaszcza zaś u osób

nerwowych, możemy otrzymywać bardzo sprzeczne i wręcz przeciwne sobie dane (jak to było i w moim przypadku), dowodzi, że zachowanie się kwasu solnego przy przeżuwanu jest rzeczą przypadkową, a nie podstawową, warunkującą cierpienie, jak tego chce ALT, który w wnioskach swych dochodzi do tego, że przeżuwanie uważa niejako za czynność regulacyjną, dzięki której pokarmy mączne, nie mogące uleść strawieniu przy nadmiernej kwaśności soku żołądkowego, powracają do jamy ustnej i tu, powtórnie przeżute i ze śliną zmieszane będąc, łatwiej już później w żołądku strawieniu ulegają. Nie ulega kwestyi, że nieprawidłowe zachowanie się chemizmu trawienia sprawę pogorszyć może i istniejącą podtrzymywać, liczne jednak spostrzeżenia dowodzą, że niema ono zasadniczego znaczenia.

Stojąc na gruncie dotychczasowych naszych wiadomości, musimy uważać przeżuwanie za sprawę czysto nerwową — za nerwicę. Przemawia za tem i spostrzegana przez niektórych autorów dziedziczność i działanie psychicznych wpływów na wywołanie lub powstrzymanie przeżuwania, zarówno jak i wystąpienie cierpienia u ludzi nerwowych lub dziedzicznie obciążonych, u idiotów i epileptyków. Istotnej przyczyny cierpienia nie znamy. Spostrzegane i tu porażenie wpustu tłumaczyć jeszcze może wracanie pokarmów, a nie dziwną sprawę przeżuwania. Niektórzy autorowie czynili to cierpienie zależnem od poważnych zmian anatomicznych. Były to jednak tylko przypadkowe zmiany; istota sprawy pozostaje zagadką.

Zdaniem większości, zbyt szybkie jedzenie bez należytego przeżuwania dużych kęsów pokarmów usposabiać ma do tego cierpienia. Dawniejsze zapatrywania „o naturze zwierzęcej“, o „zapatrzaniu się“ pomijam, jako nie licujące z obecnymi naukowymi pojęciami.

Cierpienie to jest bardzo uporczywe. Poprawa bardzo często bywa tylko przemijająca. Leczenie ogólne, przy istniejącej histeryi lub neurastenii, najbardziej jest wskazane. Leczenie miejscowe w tych tylko razach pomyślnym skutkiem może być uwieńczone, jeżeli istnieją powikłania, podtrzymujące sprawę chorobową.

L I T E R A T U R A.

STILLER. Die nervösen Magenkrankheiten, 1884. OSER. Die Neurosen des Magens 1885. M. ROSENTHAL. Magen-neurosen und Magencatarrh, 1886. EWALD. Krankheiten des Magens 1893. E. POENSGEN. Die motorischen Verrichtungen des menschlichen Magens, 1882. BOURNEVILLE et SÉGLAS. Du Méricisme. Archiv. de Neurologie 1883. JOHANESSEN. Ueber das Wiederkäuen beim Menschen. Zeit. für Kl. Med. Tom X. JOHANESSEN. Zwei neue Fälle von Wiederkäuen beim Menschen. Zeit. f. Kl. Med. T. XII. ALT. Beitrag zur Lehre vom Merycismus. Berl. Klin. Woch. 1888. N. 26 i 27. BOAS. Ein Fall von Rumination beim Menschen. Berl. Klin. Woch. 1888. N. 31. JUERGENSEN. Ueber Fälle von Rumination. Berl. Kl. Woch. 1888. N. 46. DEHIO. St.-Peterb. Woch. 1888. N. 1. OPENCHOWSKI. Innervation des Magens. Deut. Med. Woch. 1889. FREYHAN. Ein Fall von Rumination. Deut. Med. Woch. 1891. N. 41. LEVA. Ueber Rumination humana. Münch. Med. Woch. 1890. N. 20 i 21. LOEVE. Ueber Rumination. Münch. Med. Woch. 1892. N. 27. SINGER. Die Rumination beim Menschen und ihre Beziehung zum Brechakt. Deut. Arch. für Klin. Med. 1890. Tom 51. str. 472.

Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892.

Podał

J. Sz waj cer.

W numerze 20 „Medycyny“ i „Gazety Lekarskiej“ z roku 1892-ego podałem następującą notatkę: „Dnia 9 maja udało mi się stwierdzić w Szpitalu Zapasowym pojawienie się w mieście naszym gorączki powrotnej (*typhus recurrens*), od czasu ostatniej epidemii w r. 1879 — 1880 (wojna Turecka, głód na Szlążku) u nas wcale nie notowanej. U chorego z aresztu policyjnego, mieszkającego się obecnie przy cyrkule Wolskim (Chłodna Nr. 11), znalazłem we krwi bardzo liczne spirochety OBERMAYER'a. Panująca obecnie epidemia tyfusu wysypkowego, który prawie zawsze towarzyszy gorączce powrotnej, epidemiczny zawsze charakter tej ostatniej, która nigdy nie wybucha sporadycznie, jak również wybitna jej zaraźliwość, każą się spodziewać niezawodnego prawie rozszerzenia się epidemii po mieście, która, aczkolwiek nie bywa groźną, jednak na uwagę lekarzy zasługuje“.

Do zaznaczenia tego faktu skłoniło mnie, jak rzekłem, niezmiernie rzadkie wystąpienie u nas tej choroby, a przede wszystkim zwykłe przeoczenie wskutek tego pierwszych jej przypadków, które pozwalają jej tymczasem przybierać rozmiary szerokiej epidemii, jak to właśnie miało miejsce w r. 1880. Mnóstwo bowiem wówczas przypadków z początku figurowało na kartach szpitalnych jako *febris intermittens*, *gastrica*, *typhus abortivus* i t. p.

Przewidywania moje, jak wiemy, na szczęście, nie ziściły się, i słusznie mogły budzić pewne wątpliwości co do istoty samego faktu. Obawa ta właśnie, oraz wyżej wymienione względy skłaniają mnie do podania szczegółowszych danych o niedoszłej tej epidemii, które, sądzę, powinny usprawiedliwić nieziszczone moje przypuszczenie, zupełnie zresztą uzasadnione. Zrozumieją to wszyscy, którzy uprzytomnią sobie ostatnią epidemię z roku 1880 i rozmiary, jakie przybrała w całym kraju, wskutek niezaradności i przeoczenia pierwszych jej etapów.

Tym razem dzięki rozumnym środkom ochronnym, przedsięwziętym we właściwym czasie, wskutek podobno mojego doniesienia, przez areszt policyjny, w którym właśnie pierwszych kilka przypadków zarażenia się gorączką powrotną się zdarzyło, udało się przerwać dalsze rozszerzenie się zarazy na miejscu i po za obrębem tegoż. Najdzielniejszym ku temu środkiem było natychmiastowe odosobnienie chorych przez odesłanie ich do szpitala Zapasowego, gdzie również przez cały czas choroby odosobnieni byli.

Szczęśliwym trafem i pierwszy w szpitalu, a prawdopodobnie w Warszawie, chory na gorączkę powrotną, który, jak to zobaczymy zaraz, był właśnie rozsądnikiem zarazy w areszcie, również dostał się do szpitala Zapasowego niebawem po zaślubnięciu.

Wszystkich przypadków gorączki powrotnej mieliśmy tylko 4. Pochodziły one z 2 ognisk, będących z sobą w ścisłym przyczynowym związku. Trzy z nich przybyły z aresztu policyjnego, jeden zaś ze wsi Koło, gminy Czyście, który był właśnie przyczyną trzech pierwszych. Dotyczy on chorego Bieleckiego, który, odsiadując z kilku innymi towarzyszami areszt gminny, z powodu gorączki odesłany został do szpitala Wolskiego, skąd, jako tyfuso-

wy, następnego dnia, 2 lutego, przysłany został do szpitala Zapasowego. Tu po przebyciu kilku napadów gorączki powrotnej, dnia 4. III na usilne żądanie, w stanie poprawy wypisany został. Nie długo jednak cieszył się on wolnością, gdyż po 2 już dniach, za dawniejszą jeszcze kradzież, osadzony został w areszcie policyjnym, przeniesionym wówczas z powodu grasowania w ratuszu tyfusu wysypkowego, na ulicę Chłodną N. 11, gdzie, jak się okazuje, stał się przenośnikiem gorączki powrotnej, którą zaraził dwu swoich towarzyszy: Balcerzaka i Nowackiego, sam zaś, podczas 4 tygodniowego pobytu w areszcie, zaraził się znów tyfusem wysypkowym, z powodu którego powtórnie do szpitala Zapasowego odesłany został.

Jak więc widzimy, pochodzenie ogniska gorączki powrotnej w areszcie jest zupełnie jasne i dowiedzione. Jaką zaś drogą powstało pierwsze, skąd się wziął zarazek do pierwszego naszego chorego, Bieleckiego, dotychczas, pomimo starannych poszukiwań na miejscu, dokładnie powiedzieć nie mogę. Wiadomo tylko, że kilku współników kradzieży, którzy razem z B. w areszcie gminnym się znajdowali i z których jeden był również chory, zdołali uciec i na ślad ich nie natrafiono. Czy wśród nich nie znajdował się przypadkiem aresztant przybyły z okolic Rosyi, dotkniętych gorączką powrotną, nie jest nieprawdopodobnem wobec tego, że wszyscy powracający z wojska: urlopnicy i wysłużeni, muszą przechodzić przez urząd gminny. Jeśli fakt taki istotnie miał miejsce, to warunki miejscowe i osobnicze dla przyjęcia się zarazka były tu aż nadto sprzyjające i tylko wczesnemu odosobnieniu chorego, jak również ucieczce innych aresztantów z ogniska zarazy zawdzięczyć należy, iż szerszych rozmiarów nie przybrała.

Te i wyżej już przytoczone okoliczności wpłynęły na to, iż cała epidemia przybrała bardzo miniaturowe kształty i ograniczyła się prawdopodobnie ¹⁾ tylko do niżej opisanych 4 przypadków, których przebieg choroby w krótkości był następujący:

I. Bielecki Jan, lat 24, włóczęga, dnia 2. II. przybył ze szpitala Wolskiego, gdzie przebył jedną noc i dokąd przysłany był z aresztu gminy Czyste. Chory opowiada, że choroba zaczęła się przed 3 dniami jednokrotnym dreszczem, bólem głowy oraz ogólnem niedomaganiem i osłabieniem. Przedtem był zupełnie zdrow. Chory gorączkuje, ciepota ciała 38,5°, tętno 80, skarży się na silny ból głowy i kończyn dolnych oraz na ogólne osłabienie. Skóra blada, z lekkim odcieniem żółtaczkowym, sucha, bez wysypki. Śledziona bardzo wyraźnie się wyczuwa, twardawa i przy ucisku bolesna. Brzuch nieco wzdęty. Stolec leniwy. Język podsycha. Mięśnie łydkowe bolesne przy dotknięciu. Wieczorem ciepota 39,8°. Wymioty i jedno wypróżnienie po kalomelu.

Dnia 3. II. C. 39,5°, tętno 104. Ból głowy większy. Śledziona wystaje na kilka palców pod łukiem żebrowym. Ból w podżebrzu prawem. Wyczuwa się wyraźnie dolny brzeg wątroby. Wieczorem C. 39,6°.

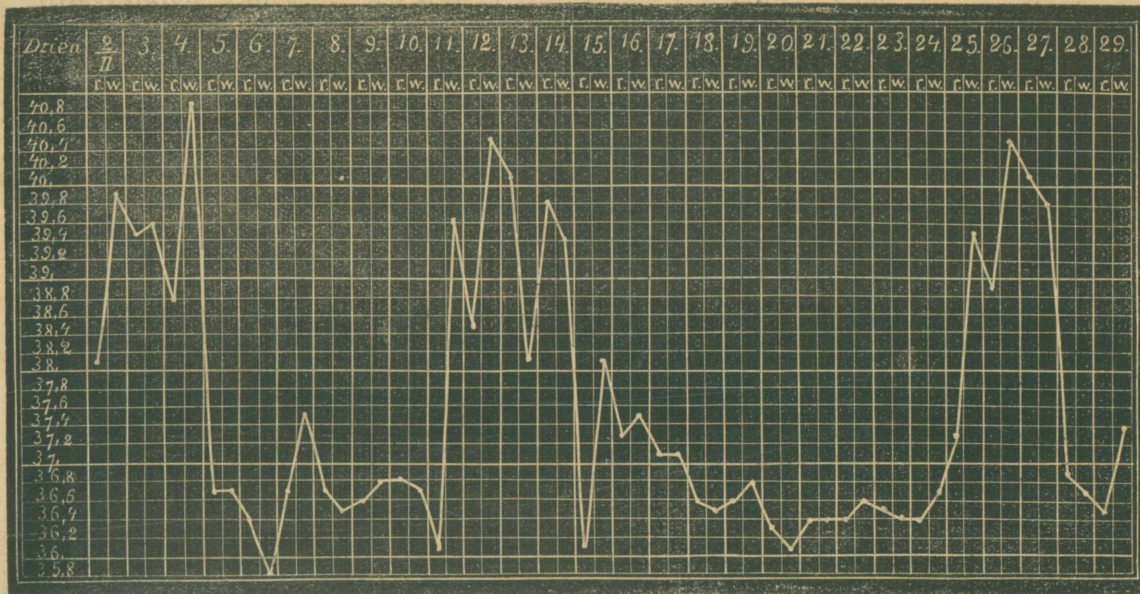
Dnia 4. II. C. 38,8°, tętno 100. Wysypki niema. Wymioty, zabarwione żółcią, powtarzające się po każdym napoju. Kilka rzadkich wypróżnień. Mocz ciężaru gatunkowego 1022, mocno nasycony, zawiera dość znaczną ilość białka. Wieczorem C. 40,8°, tętno 112, miękkie. Przytomność niepełna. W nocy niespokojny, rzuca się, krzyczy i bredzi. Wkrótce jednak po północy zaczął się pocić, uspokoił się i spał smacznie.

Dnia 5. II. C. 36,6°, tętno 80. Przesilenie. Pocił się dosyć obficie. Czuje się bardzo dobrze. Śledziona mniejsza. Mocz nasycony, ciężaru gatunkowego 1022, białka zawiera znacznie mniej.

¹⁾ Mówię prawdopodobnie, gdyż od pobytu ostatniego naszego chorego na gorączkę powrotną, szpital Zapasowy przestał zupełnie przyjmować aresztantów, których od tego czasu odsyłano tylko do szpitala Dz. Jezus.

Dnia 6. II. C. 36,3°, tętno 72; wieczorem C. 35,7°, tętno słabe i miękkie, upadek sił, sinica na kończynach. Objawy te po zastrzyknięciu eteru z kamforą szybko ustąpiły. W ciągu kilku dni następnych chory szybko wraca do zdrowia, tętno waha się między 48—72, białko w moczu znika; łaknienie silne. Wahania ciepłoty wskazuje tablica I.

TABLICA I.



Dnia 11. II., a więc w 7 dni po spadku ciepłoty, chory wieczorem odrazu dostał dreszczów, bólu głowy, ciepłota ciała podniosła się do 39,5°. Śledziona znów bardzo powiększona, brzuch wzdęty. W innych narządach nic szczególnego.

Dnia 13. II. C. 40,0°, tętno 104. Silny ból głowy. Chory niespokojny. Wybitne bóle w mięśniach, szczególnie w łydkach. Dwa wypróżnienia po kalomelu.

Dnia 14. II. C. 39,8°, tętno 112. Ból głowy i mięśni większy. Chory sam na nie narzeka. O 4 w nocy C. 40,6°. Występuje pot bardzo obfity.

Dnia 15. II. C. 36,0°, tętno 60. Skóra po silnych potach nocnych wilgotna; chory czuje się znacznie lepiej. Bóle mniejsze. Śledziona *in statu quo*. Krwawienie z nosa bardzo obfite.

Dnia 16. II. C. 37,5°, tętno 56. Śledziona znacznie mniejsza, skóra wilgotna.

W ciągu 10 następnych dni chory czuje się dobrze, ciepłota waha się od 36,0—37,4°, tętno od 44—60. Bóle w kończynach co raz mniejsze, łaknienie co raz większe.

Dnia 25. II., a więc 11 dni po drugim spadku, wieczorem znowu dreszcz, ciepłota 39,4°; tętno 96. Ból głowy, śledziona znacznie powiększona. Stan podobny do wyżej opisanego, trwa znowu przez 2 dni i kończy się 27. II. dreszczem, a następnie obfitym potem.

Chory po 4 dniach, przy postępującej poprawie, choć z powiększoną śledzioną, na natarczywe żądanie wypisany został. Jak już wiemy, po miesięcznym pobycie w areszcie, zarażony znów tyfusem wysypkowym, chory ten powtórnie do szpitala Zapasowego odesłany został.

W przypadku tym pierwsze 2 napady były dla nas niejasne a nie przypuszczając na razie gorączki powrotnej, pierwszy okres gorączkowy uważaliśmy za poronną postać tyfusu brzuszego, drugi zaś kładliśmy na karb recydywy albo też jakiegoś wtórnego zakażenia, choć przebieg i przełomowe zakończenie (*crisis*) jego niekoniecznie za tem przemawiały. Na wątpliwości te zwróciłem też w swoim czasie uwagę kol. REMBIELIŃSKIEGO, żalując, iż nie uda-

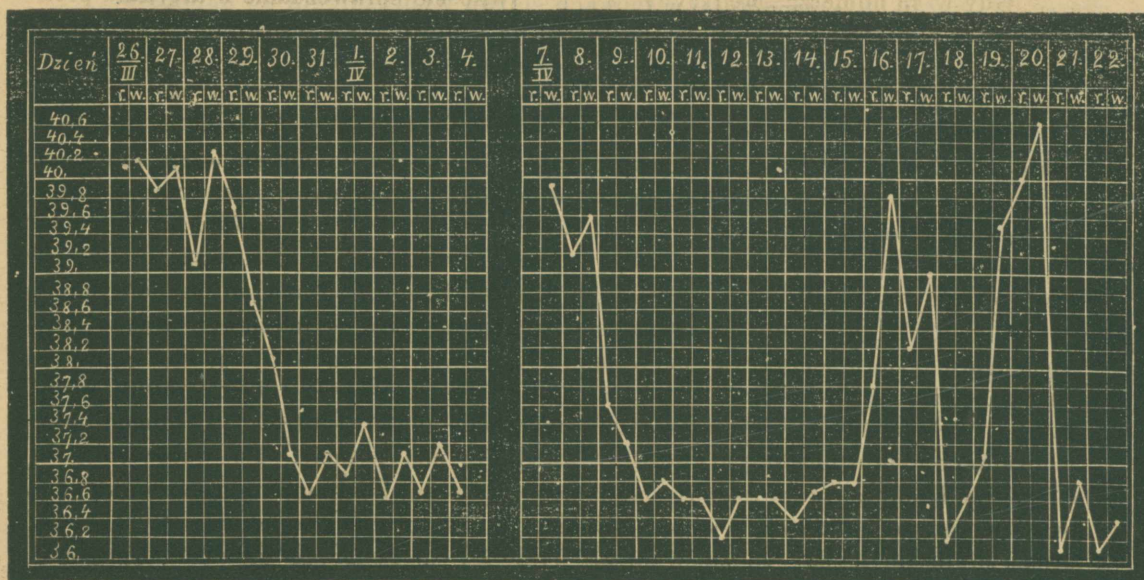
ło mi się krwi zbadać. Uskutecznić to dopiero mogłem w 3 napadzie, podczas przełomu, kiedy, jak wiadomo, spirochety bardzo rzadko widzieć można, a z powodu bardzo słabego lub zupełnego braku ruchów ich, jeszcze trudniej demonstrować. Jakkolwiek całkowitych i poruszających się pasorzytów nie znalazłem, inne wszakże zmiany we krwi chorego, jak znaczne powiększenie bezbarwnych ciałek, układ i niejednakowy kształt ich, obecność ziaren (zarodników) i ciałek plasmatycznych OBERMEYER'a, wraz z przebiegiem klinicznym, dla mającego choć jakie takie doświadczenie, nie pozostawiły żadnej prawie wątpliwości, że się miało do czynienia z gorączką powrotną. Nie mając jednak bezwzględnej pewności i wobec pojedynczego tylko faktu, o przypadku tym gorączki powrotnej donosić jeszcze nie uważałem za stosowne. Wiedząc przy tem, że chory nasz mieszkał w obrębie Warszawy i zaraził się tu na miejscu, z dużem prawdopodobieństwem oczekiwać mogłem dalszych przypadków, któreby przypuszczenie moje potwierdziły. I w samej rzeczy:

II. Dnia 26. III., a więc po 3 przeszło tygodniach, z aresztu policyjnego przybył chory Nowacki, lat 18, który opowiada, że dnia poprzedniego opanowały go nagle dreszcze, ból głowy i ogólne osłabienie, które zmusiły go do położenia się do łóżka. Dotychczas był zupełnie zdrow, a siedział pod tymże samym numerem w areszcie, co poprzedni chory.

Nowy nasz pacjent, blady, mocno gorączkuje: ciepłota ciała wieczorem dochodzi do $40,2^{\circ}\text{C}$, tętno 120, skarży się na ból głowy, ściskanie w dołku, zaparcie stolca. Skóra blada, wilgotnawa, bez wysypki. Śledziona znajduje się nad 8 żebrzem, wyczuwa się dobrze. Brzuch wzdęty. Stolec od kilku dni zaparty. Język wilgotny, biały z czerwonymi punkcikami. Serce nieco odsunięte na prawo i do góry, tony czyste. Mocz ciężaru gatunkowego 1018, z nieznaczną ilością białka.

Po 3 dniach, t. j. 29. III. przy tychże objawach, bólach mięśniowych, zatrzymaniu moczu i wahanjach ciepłoty, jak widać na tabl. II, wystąpiły obfite bardzo poty.

TABLICA II.



Dnia 30. III. C. $38,0^{\circ}$. Chory od wczorajszej nocy do południa wciąż się poci. Czuje się lepiej. Śledziona wyczuwalna, mniejsza. Wieczorem C. $37,0^{\circ}$.

W ciągu następnych 4 dni, przy ciągłych potach, stan chorego wciąż się poprawiał. Wystąpiły tylko bóle mięśniowe w okolicy prawej łopatki i pośladkowej prawej.

Dnia 4. IV. Chory na usilne żądanie wypisany został.

Już jednak na drugi dzień na nowo wystąpiły dreszcze, ból głowy i bolesność członków i z tego powodu dnia 7. IV. powtórnie do szpitala Zapasowego odesłany został, gdzie przy takich samych, jak w pierwszym napadzie gorączkowym, objawach, następnego dnia wieczorem, po poprzedzającym ziębieniu, zaczął się mocno pocić.

Dnia 9. IV. C. 37,6°. Obfite poty przez całą noc. Czuje się lepiej. Zawroty głowy i silne bóle w stawie biodrowym i łokciowym lewym.

Po 6 dniach, w ciągu których ciepłota wahała się około 37,0°, a bóle mięśniowe i poty prawie nie opuszczały chorego, ciepłota znów podskoczyła do 39,6° i przy wahanach nieprawidłowych (*pseudocrisis*), po 6 dniach, po dreszczach, ostatecznie opadła. Napadowi temu także same towarzyszyły objawy, jak poprzednim. Chory powoli wracał do zdrowia i dopiero po 16 dniach szpital opuścił.

Rozpoznanie gorączki powrotnej i w tym przypadku również nie było tak łatwe. Chory bowiem, po pierwszym napadzie zaraz szpital opuścił, a o styczności jego z pierwszym naszym chorym nic jeszcze nie wiedzieliśmy. Dopiero po powtórnie przybyciu chorego pod koniec drugiego napadu, myśl o gorączce powrotnej się nasunęła, a badanie krwi w 3 napadzie przypuszczenie nasze w zupełności potwierdziło. Przybycie znowu w owym właśnie czasie do szpitala, po raz drugi, pierwszego naszego chorego Bieleckiego (z powodu tyfusu wysypkowego), pochodzenie tego nowego ogniska gorączki powrotnej wyjaśniło. (D. n.).

KAZUISTYKA.

Próby przepłukiwania przewodu pokarmowego w choleryze azjatyckiej sposobem prof. Genersich'a.

Podał A. Wojnicz z Łucka.

Gdy w 43 numerze „Medycyny“ z r. z. zjawilo się sprawozdanie z artykułu prof. GENERSICH'a „o przepłukiwaniu przewodu pokarmowego w choleryze azjatyckiej“, chętnie przystąpiłem do powtórzenia podobnego sposobu leczenia: 1) aby się przekonać, czy przepłukiwanie całego przewodu pokarmowego, zaczynając od prostnicy, jest możebne, i 2) jak w danym razie woda ogrzana do T. 38—40° C. będzie działała na przebieg choroby. Zgodnie z uwagami GENERSICH'a, wybrałem do doświadczeń materiał odpowiedni, bo ludzi młodych i wogóle zdrowych — żołnierzy. Rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało przez badanie bakteriologiczne. Za łaskawem zezwoleniem starszego lekarza tutejszego wojskowego lazaretu D-ra Med. PULIKOWSKIEGO, 22. X starożytnego przystąpiłem do pierwszego przepłukiwania. Pomagali mi: ordynator baraku lekarz wojskowy GULEWICZ, siostra miłosierdzia, 2 felerzerów wojskowych i posługacz. Do przepłukiwań używałem: czystej wody przegotowanej, fizyologicznego roztworu soli kuchennej i 1‰ taniny (kwas garbnikowy). Temperatura wody była od 38 do 40° C. Irygator mieliśmy o pojemności 4 litrów. Ciśnienia przy wlewaniach w prostnicę nie używaliśmy większego nad 1 metr. Po wstawieniu do odbytnicy kanki, a często i sondy żołądkowej, utrzymywałem odbytnicę w zamknięciu przez ściskanie pośladków rękoma i robiłem to jak można najdokładniej, żeby ani kropla płynu nie wylała się nazewnątrz. Przy irygacji chorych układałem przeważnie na prawym boku, ponieważ się przekonałem, że w takim położeniu więcej płynu chory mógł w sobie zatrzymać.

I. Żołnierz nazwiskiem Telepesz, lat 22, bez pulsu, nieprzytomny, T. 34,5° C., nie wymiotuje, moczu i stolców nie oddaje, skóra ciastowata, cały siny, przeszedł wszystkie stadya cholery azjatyckiej, obecnie znajduje się *in extremis*, brzuch zapadnię-

ty. Przepłukiwanie fizyologicznym roztworem soli kuchennej odbyło się o 12-ej w południe. Po 3 litrach wlanego płynu brzuch zaczyna się wzdymać, przy dalszem wlewaniu najbardziej się uwydatniają doły biodrowe i *epigastrium*. Zaciskając otwór odbytnicy, wprowadziliśmy 7 litrów. Brzuch silnie wzdęty i twardy na dotyk, przy opukiwaniu obwód i dół brzucha daje odgłos tępy, okolica zaś naokoło pępka bębenkowy. Chory niespokojny, chce się przewracać z boku na bok, kopie nogą i bełkocze coś niezrozumiałego. Do przemywania użyliśmy 12 litrów płynu, który, zaczynając od 8 litra, ciągle tryskał z odbytnicy strumieniem pomimo najsilniejszego zaciskania. Na tem zakończyliśmy wlewanie. Nie tylko wymiotów, ale ani krztuszeń, ani żadnej chęci do wymiotów nie zauważyliśmy. Zaraz po manipulacji zauważyłem u chorego zimny pot tylko na czole; tętno w przeziągu 5 minut było wy czuwalne, tak że zliczyć je można było. Chory nie oddawał moczu do śmierci, która nastąpiła o 9 godzinie wieczorem. Sekcyi nie było.

II. 23. X. Żołnierz Chasnatin lat 22. T. 36,7°, Puls 66 dość dobry; moczu na dobę 600 ctm. kub. Cholera była silna i przeszła w tyfoid. Obecnie apatyczny skarży się na bezsenność, ból głowy, brak apetytu. Język obłożony. Wymiotuj, nie codziennie — wczoraj wymiotował — stolce wolne, lecz zabarwione, po kilka dziennie brzuch zapadnięty. Przepłukiwanie z 1 ‰ taniny. Po 6 litrach wlanego płynu chory krzyczy, brzuch wzdyma się najwięcej w tych samych miejscach, co i u pierwszego, wypukowe dane, jak u pierwszego. 7 litrów mogliśmy wlać, reszta zaś płynu, którego użyliśmy 12 litrów, strumieniami wracała nazewnątrz. Wymiotów, ani potrzeby wymiotowania nie było. Na czole wystąpił zimny pot, chory czuje się słabym. Usiadł przy pomocy posługacza na kubek i wraz ze stołcem oddał mocz; przed przepłukiwaniem nie czuł potrzeby urynowania. Następnie położył się do łóżka. T. 36,3°, Puls 66 słaby. W godzinę po operacji chce spać, nie poci się.

24. X. rano T. 36,9°, P. 72 dobry. Wymiotów nie było, stolca w nocy nie miał. Skarży się na ból w prawem podżebrzu i w dołku. Moczu na dobę 1500 ctm. sz. Brak łaknienia, język nieco mniej obłożony. W nocy trochę spał. 2-gie przepłukiwanie fizyologicznym roztworem soli kuchennej w ilości 12 litrów. Przy uciskaniu odbytnicy zatrzymał 7 litrów płynu, po czem brzuch wzdęło i chory żąda wyprowadzenia go na kubek. Przy dalszem wlewaniu krzyczy i nie utrzymuje płynu pomimo wysiłków z mojej strony, by stolec jak najdokładniej zacisnąć. Chory nie wymiotował i nie miał żadnych nudności, tylko osłabł i, jak mówi, temu nie mógł złapać. Po brzuchu kłuło go jakby szpilkami. Pot na czole wystąpił. Więcej się nie pocił. Wieczorem T. 36,3°.

25. X. rano T. 36,6°. Moczu 2 litry. W nocy spał dobrze, potów nie było. Język się oczyścił, chory chce jeść. Wygląd wesoly. Wlewań więcej nie robiono.

III i IV. Żeby nie powtarzać tego samego przy opisywaniu każdego chorego z osobna, zauważę, że następne próby wypadły na żołnierzach w okresie tyfoidu cholerycznego z przewagą objawów uremicznych. Byli to: Zanczenko i Astion po 23 lata mający. Zebrana przez dobę ilość moczu Zanczenki (było to 23 X.) wynosiła 600 ctm. sz., Astiona około 800 ctm. sz. Próba przepłukania i u tych dwóch kompletnie się nie udała. Ani wymiotów, ani nudności nie było. Zanczenko był najcierpliwszy i najwięcej mu płynu można było wprowadzić do kiszki, bo około 8 litrów, a Astion zatrzymywał około 7½ litrów. Pierwszy raz wlewałem im fizyologiczny roztwór soli kuchennej, następnie czystą przegotowaną wodę. Zanczenko w ciągu 3-ch dni (23, 24 i 25 Października starego stylu) trzy razy robiłem irygacje, używając za każdym razem około 15 litrów płynu. Po każdej irygacji na czole pot zimny występował; ogólnych potów ani razu nie było. Stan ogólny, apetyt i sen poprawiały się stopniowo ze zwiększeniem ilości moczu: 23 X moczu było 600 ctm. k., 24 X około 3 lit-

rów, 25 X 5 litrów. Astionowi 2 razy w ciągu 2 dni robiono irygację; 23 Października moczu było 800 ctm. sz., a 24 X $3\frac{1}{4}$ litra.

V. Żołnierz Olifrenko 23 lata, przybył do baraku 23 X z objawami biegunki cholerycznej. Dobrze zbudowany mężczyzna, 170 ctm. wzrostu. Wymiotował 2 razy, stolce ryżowe, częste. T. 36,6°. Puls 76 słaby. Zalecono salol w dużych dawkach.

24 Października. Wymiotów nie było. Noc bezsenność, 2 razy ryżowy stolec, kurcze w łydkach nie częste. Mocz oddawał razem ze stolcami, więc nie można było go zebrać. Przystąpiono do przemywania wodą słoną w ilości 12 litrów; 7 litrów wytrzymał z krzykiem, przy dalszym wlewaniu woda wytryskuje z odbytnicy. Tętno słabe, na czole pot zimny obfity, na twarzy zmienił się mocno; przy 9 litrze przerywałem wlewanie. Wymiotów, ani chęci do nich nie było. Po irygacji więcej się nie pocił. Wieczorem T. 37,0°.

25 X rano T. 36,7°, Puls 76 dobry. Chory przyjmuje salol. Wymiotów nie miał, stolca nie było. W nocy spał. Szumi w uszach. Oddawał mocz. Powtórzono wlewanie z 12 litrów czystej wody. Objawy te same, co i wczoraj. Chory prosi na wszystko, by mu więcej nie robić przepłukiwań.

Następnego dnia 26 X zebrano moczu 3 litry. Język czysty. Chory spał dobrze miał wypróżnienie zabarwione. Chory chce jeść.

VI. Daniłko, synek stróża lazaretu, lat 4, przybył 30 X do oddziału rekonwalescentów po cholery. Matka Daniłki umarła na cholery, on zaś przeżył cholery w domu, a obecnie jako zdrowiejący, żeby mieć lepszą opiekę, przeniesiony z domu do wymienionego oddziału. Korzystając z tego przypadku, zrobiłem mu irygację 3 litrów wody przegotowanej o 39° T. Daniłko wytrzymał, po czym brzuch ogromnie mu wzdęło, wyprężył się, zaczął się rzucać i płakać; jeszcze wpuszcilem mu jeden litr, ale przy tym 4 litrze woda ze stolca tryskała razem z żółtym rozbitym kałem. Dalszego wlewania zaniechałem. Daniłkę posadzono na kubel, gdzie zaczął wymiotować i oddawać stolec. Wymiotował 3 razy zielonym płynem. Na drugi dzień Daniłko był rzeświejszy i miał lepszy apetyt. Więcej doświadczeń z nim nie pozwolono mi robić.

VII. Ostatni chory był najciekawszy. Mikołaj Smol, nowozacieczny, przybył do baraku 31 X z objawami zapaści, tętno małe, częste, słabo, nie dające się prawie zliczyć, *vox cholericus*, *anuria completa*, wymioty po każdym przyjęciu płynu, kurcze w łydkach mocne i częste, sinica, kończyny zimne, skóra ciastowata. Stolec ryżowy, nie częste. Tegoż dnia o 11 rano przystąpiłem do przepłukiwania. Przed rozpoczęciem wlewania chory raz wymiotował zielono. Po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego do odbytnicy i po wypuszczeniu 3 litrów czystej przegotowanej wody, kiedy brzuch jeszcze nie był wzdęty, chory zaczął wymiotować zielonym płynem. Wymioty powtórzyły się 4 razy, po czym nastąpiło krztuszenie i ruchy wymiotne; tymczasem wlewaliśmy bez przestanku wodę do kiszki i kiedy doszliśmy do 6 litrów, brzuch wzdęło, wymioty i nudności ustały, chory zaczyna stękać, chce zejść na kubel. Zdolaliśmy wprowadzić jeszcze jeden litr wody, reszta z 12 użytych litrów tryskała nazewnątrz, a chory jęczał, nie mając najmniejszego zamiaru wymiotować. Czoło zimno, wilgotne, tętno bez zmiany. O 4 popołudniu powtórzyłem wlewanie zupełnie z tym samym skutkiem, co poprzednio. Po tych dwóch wlewaniach stan chorego do 2-oj godziny w nocy zupełnie był jednakowy t. j. wymioty trwały, kurcze, bezmocz kompletny. Dopiero o 2 w nocy kurcze ustały, chory zasnął i spocił się trochę, moczu nie oddawał. 1 XI rano T. 36,8°, tętno 120 na minutę. Przystąpiliśmy do wlewania tym razem 12 litrów 1‰ taniny. Pod koniec wlewania 3 litra chory zaczął wymiotować 4 razy bez przerwy, następnie ciągle się krztusi, ślina z ust ciecze, lecz kiedy wleliśmy mu 6 lit-

rów, objawy nudności ustały, brzuch się mocno wzdął, chory zaczął jęczeć, wymiotów więcej nie było. Po południu tegoż dnia stan chorego lepszy, tętno łatwo daje się liczyć, 108 na minutę, wymiotów nie miał. Zrobiliśmy znowu wlewanie z czystej wody. Tym razem wcale nie wymiotował. Na tem próby przepłukiwania przewodu pokarmowego zakończyłem.

Otóż na zasadzie tych 15 wlewań do kiszki grubej przyszedłem do następujących wniosków: ad I-um, że u siedmiu tych ludzi żadnemu nie udało się przepłukać całego kanału pokarmowego sposobem prof. GENERSICH'a. Jak zaś daleko płyn wlany do kiszki grubej dochodzi? Z moich przypadków przypuszczać można, że chyba tylko do zastawki BAUHIS'a. W takim razie trzebaby przyjąć za pewnik, że kiszka gruba u ludzi młodych i zdrowych, jak np. u żołnierzy, o wzroście 164—170 ctm., zawiera więcej niż 3 litry, mianowicie: od 7 do 8 litrów. Ad II-um t. j. w jaki sposób przepłukiwanie wlywa na chorobę (*resp.* cholere), nie stanowczego powiedzieć nie można, ponieważ robiliśmy tylko obfite klizmy, a nie przepłukiwania. Następnie starszy lekarz lazaretu, skoro się dowiedział, że przepłukiwania się nie udają, przepisywał chorym kalomel, salol, ogrzewania i rozcierania, o czem zapomniałem wspomnieć przy opisywaniu każdego chorego. Jedno chyba tylko można położyć na karb naszych lawatyw, to znaczne zwiększenie ilości moczu.

ODCINEK.

Wyciąg z wykazu statystyczno-lekarskiego, dotyczącego chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu lat 1891 i 1892.

Podał D-r med. Adolf Kozerski.

Asystent Naczelnego Lekarza tegoż szpitala.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 2).

AMBULATORIUM.

Jak bardzo odpowiadało potrzebom miejscowym zaprowadzenie bezpłatnych porad dla chorych przychodnich w szpitalu Ś-go Łazarza, niechaj świadczy o tem szybkie wzrastanie liczby chorych w ambulatoryum szpitalnem. Kiedy bowiem w roku poprzedzającym było udzielonych 4530 porad bezpłatnych, liczba ich wzrosła w roku 1891 do 6036, t. j. o 1506 więcej, aniżeli w roku 1890; w roku zaś 1892 doszła do 6193. Doniosłość tego faktu tem wyraźniej się wykaże, jeżeli dodamy, że chorzy ambulatoryjni rekrutują się w znacznej większości z klasy najuboższej — z rzemieślników i wyrobników, którzy nie są w stanie ani płacić za poradę lekarską, ani porzucić roboty na kilka tygodni podczas jedynych kilku miesięcy w roku, dających im korzystniejszy zarobek (np. mularze), ażeby udać się na leczenie do szpitala. Ludzie ci, w braku bezpłatnej porady lekarskiej, zaraziwszy się chorobą weneryczną, nie leczą się wcale, albo maltretują się nieraz najnieodpowiedniejszymi środkami aż do chwili, kiedy ból, niemożność pracy albo zatrważająco rozmiary choroby zmuszą ich do szukania pomocy w szpitalu. O wiele niebezpieczniejsze jest położenie chorych zarażonych przymiotem, tak łatwym do nabycia w tej klasie, w której najczęściej grasuje niekontrolowana prostytutuya. Jakaś mała „ranka“, kilkadziesiąt nieswędzących nawet plamek na ciele, a chociażby i lekki ból gardła nie niepokoją tak dalece młodych, lekkomyślnych i nieinteligentnych robotników, ażeby mieli aż płatnej szukać porady. Tymczasem choroba rozwija się, a jednocześnie niezagojony wrzód i lepieżo szczerdże szerzą zarazę między innych. Dopiero kiedy *gummata* grożą rozpadem i zeszpeceniem, chory szuka na gwałt ratunku. Dla tych ludzi

ambulatoryum szpitala jest nieocenione. Oprócz fatygi przyjsia do szpitala nie ponoszą żadnych kosztów, za darmo dostają opatrunek, poradę, a nawet, w razie zupełnej niemożności kupienia lekarstwa, dostają je darmo na miejscu. Wskutek tego chorzy odwykają od szukania porad u osób, do tego nie powołanych, i lecząc się prawidłowo, mniej szerzą zarazę.

Z liczby bezpłatnych porad, jakie były wydane w ambulatoryum szpitalnem w ciągu ostatnich 2 lat, udzielono

1891	1892		
866	740	Porad mężczyznom dotkniętym przymiotem.	
349	708	„	kobietom „
2602	2024	„	mężczyznom „
1364	1255	„	kobietom „
560	788	„	mężczyznom „
295	540	„	kobietom „
—	42	„	mężczyznom „
—	54	„	kobietom „
—	26	„	mężczyznom „
—	16	„	kobietom „
			„ „ „

Na zakończenie pozwolimy sobie poruszyć dwie kwestye ogólniejszej natury, jednak ściśle związane ze szpitalem Ś-go Łazarza.

Zapewne niewielu z lekarzów jest wiadomem, że na szpitalu Ś-go Łazarza ciąży obowiązek przyjmowania nieprzyjętych gdzieindziej kobiet ciężarnych dla odbycia porodu. Szpital nasz nie posiada ani urządzeń odpowiednich, ani wyspecjalizowanego w tym kierunku lekarza, ani nawet akuszerki miejscowej. Dla czego więc wobec tego jest obowiązany być czynnym w dziale medycyny, który najzupełniej doń nie należy? Dla czego położnice nie odbywają porodu w przeznaczonych na ten cel przytułkach, gdzie akuszerka jest zawsze na miejscu, gdzie czekają je odpowiednie urządzenia i wygody?

Odpowiada nam na powyższe pytania jeden z punktów regulaminu, obowiązującego przytułki dla położnic, który zabrania do nich przyjmować kobiety, dotknięte jakąkolwiek chorobą zaraźliwą.

Jak łatwo zrozumieć, paragraf ten ma na celu usunięcie niebezpieczeństwa, jakie by mogło powstać z zotknięcia się kobiet zarażonych ze zdrowymi. W tym celu woli raczej pozbawić pewną ilość kobiet dostępu do przytułków, aniżeli narażać tam będące zdrowe na niebezpieczeństwo nabycia jakiejkolwiek choroby zakaźnej. O ile tu chodzi o ospę, szkarlatynę, jednym słowem o choroby, mogące się szerzyć za pośrednictwem powietrza — nie mamy nic do zarzucenia. Gdy jednak paragraf ten obejmuje także i chore, dotknięte przymiotem, należałoby się zastanowić, czy środek ten przez swoją stanowczość nie jest za surowym i czy nie dało by się osiągnąć tych samych rezultatów, bez pozbawiania gościnności przytułków chorych wenerycznych.

Przypuśćmy, że paragraf ten nie istnieje. Obok zdrowej położnicy leży dotknięta przymiotem, boć o tę chorobę głównie chodzi. Jakim sposobem może przymiot przenieść się z jednej chorej na drugą?

W danym wypadku jad syfilityczny może wędrować głównie trzema drogami: 1. przez naczynia, używane do jedzenia, jak szklanki, łyżki etc; 2. przez instrumenty lekarskie i 3. mógł by być przeniesiony ręką samego lekarza lub akuszerki.

Zdaje nam się, iż mamy prawo przypuszczać, że dało by się z łatwością zatamować wędrowkę jadu na wszystkich trzech drogach.

Nie ma wątpliwości, że można zarazić się przymiotem, pijąc z szklanki, do której przywarła wydzielina płaskich łepięzy syfilityka. Jednakowoż również wątpliwości nie ulega, że, dla uniknięcia niebezpieczeństwa, wystarczy po każdym użyciu wymyć naczynie w gorącej wodzie i dopilnować, ażeby nigdy jeden chory po drugim tego samego naczynia nie używał, zanim ono nie zostało wymyte. W szpitalu Ś-go Łazarza obok chorego na reżączkę leżą dotknięci przymiotem, a tuż obok chorzy nie dotknięci żadną chorobą weneryczną. Zdawałoby się, że nie łatwiejszego, jak zarazić się przymiotem w tych warunkach. A jednak najdawniej będący w szpitalu koledzy nie przypominają sobie takiego przypadku, bo każdy chory, uprzedzony o niebezpieczeństwie, sam się pilnuje i cudzego kubka, czy cudzej łyżki strzedz się będzie, tem bardziej, że ma swoją. Po użyciu zaś wszystkie naczynia są staranno

myte w gorącej wodzie. I to wystarcza. Zaraza nie szerzy się. Czyżby miały inne okoliczności istnieć w przytułkach?

Jeszcze mniejsze, zdaniem naszym, grozi niebezpieczeństwo ze strony przyrządów lekarskich. Pedanterya, z jaką bywają one wyjąławiane przed każdym zabiegom, daje zupełną gwarancję, że i zarazki chorób wenerycznych zostają doszczętnie zniszczone. A cóż mówić o rękach lekarza? Wypadek zarażenia położnicy temi drogami może się zdarzyć jedynie, jeżeli lekarz zaniedba powszechnie znanych i używanych środków ostrożności. W takim razie rzeczywiście paragraf, o którym mowa, zabezpieczy chore od przeniesienia jadu syfilitycznego, lecz nie ustrzeże lekarza od przeniesienia choroby często niebezpieczniejszej, jaką jest gorączka płożowa, od zakażenia lub zanieczyszczenia rany. Nie zabezpieczy również od przeniesienia jadu syfilitycznego na chorą z przytułku z chorej, którą lekarz pielęgnuje na mieście. Zdaniem naszym było by prościej przyjmować wszystkie choro weneryczne, a lekarza zrobić odpowiedzialnym za podobno przypadki, tom bardziej, że obowiązek, jaki by brał na siebie, nie przechodził by jego sił i możliwości.

Tak też się dzieje w klinikach państw ościennych, i pomimo to nie płynie stąd żadna szkoda dla chorych. W wszystkie położnice znajdują opiekę specjalistów. Tymczasem przypatrzmy się, co się u nas dzieje.

Chorych, dotkniętych chorobami wenerycznymi, przyjmować do przytułku niewolno. A więc, zanim zgłaszająca się położnica zostanie doń przyjęta, trzeba skonstatować, że jest wolna od przymiotu. Jeżeli lekarz, prowadzący dany przytułek, jest w danej chwili na miejscu, sprawa będzie niezawodnie właściwie rozstrzygnięta. Co stanie się jednak, jeżeli lekarz jest nieobecny, boć nie może całą dobę spędzać w przytułku? Wtedy o losie położnicy rozstrzyga akuszerka. O! niej to założy orzec, czy są objawy *lues*, lub nie. Że to jest zadanie nad jej siły i kwalifikację, jest więcej niż pewnem. Chcąc jednak zastosować się do przepisu, woli nie przyjąć do przytułku nie tylko tych kobiet, które są dotknięte przymiotem, lecz i tych, których cierpienie wydaje się jej podejrzanem. Takim sposobem rośnie liczba odprawionych. Że twierdzenie powyższe opieramy na faktach, nich świadczą niżej przytoczone przykłady.

1. Agnieszka G., pierwiastka, będąca w IX miesiącu ciąży, uczuwa silne bóle w krzyżu. Spodziewając się rychłego porodu, udaje się wieczorem do przytułku położniczego, gdzie też pozostaje przez dwio godziny. Już po odejściu wód zostaje nagle z powodu lepieży płaskich (*condylomata plana*) wypisana i przeniesiona do szpitala Ś-go Łazarza, gdzie też tej samej nocy powiła zdrowe dziecko. Przy wizycie rannej oprócz kilku zwykłych brodawek (*verruca*) i nieznacznych erozyi na wargach większych, nie nie znaleźliśmy.

2. Jadwiga G. powiła w przytułku martwe dziecko w IX miesiącu ciąży. Ruchy dziecka czuła jeszcze na dwa tygodnie przed porodem. Tego samego dnia t.j. w kilka godzin po porodzie została wypisana wbrew jej woli i na piechotę przyszła do naszego szpitala. Powodem, dla którego została wypisana, było jakoby podejrzenie o *lues* z powodu urodzenia nieżywego dziecka. Jadwiga G. jest prostytutką a przeto była znana w szpitalu Ś-go Łazarza od roku. Objawów przymiotu nigdy u niej nie skonstatowano, ani przedtem, ani po przyjściu z przytułku położniczego.

3. Teofila L., objechawszy wszystkie znane jej przytułki, nigdzie nie przyjęta, znalazła dopiero schronienie w szpitalu Ś-go Łazarza, gdzie też tego samego dnia powiła zdrowe dziecko. Przy badaniu oprócz zwykłej zastarzałej *psoriasis* nie nie znaleźliśmy. Z obawy właśnie przed *psoriasis* nigdzie nie została przyjęta.

Nie chcemy wyczerpywać cierpliwości czytelnika zbyt wielką ilością przykładów. Ciężarne kobiety, nie tylko dotknięte chorobą weneryczną, lecz nawet i takie, których chorobę często nieistniejącą albo nieweneryczną, skórną akuszerka w przytułku uznaje za weneryczną, mogą częstokroć błąkać się po „przytułkach“ i przytułku nigdzie nie znaleźć, jeżeli nie widzą, że jedynie w szpitalu Ś-go Łazarza mogą być przyjęte. Dobrze, jeżeli zdążą na czas i jeżeli choć w sieni szpitalnej zaskoczy je poród, jak to podobno raz miało miejsce.

Zdaje nam się, że jedynie tylko pozwolenie przyjmowania do przytułków wszystkich położnic bez względu na choroby weneryczne, usunęło by wszelkie wyżej wspomniane niedogodności. Jeżeli by to jednak okazało się niemożliwem, czy by nie należało: albo jeden z przytułków przeznaczyć wyłącznie tylko dla kobiet ciężarnych, dotkniętych chorobami wenerycznymi; albo urządzić taki przytułek w szpitalu Ś-go Łazarza z akuszerką stałą, mieszkającą na miejscu i z zobowiązaniem do stawienia się w każdej potrzebie lekarzem — specjalistą?

(D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

6. **LESAGE i DAURIAC.** **O obfitych przepłukiwaniach kiszek cienkich.** Doświadczenia wykonywano na zwierzętach, trupach i chorych. Zgłębnik wprowadzano choremu, leżącemu poziomo z nieco wzniesionym lewym pośladkiem, aż do połowy poprzecznicy. Łączono go zapomocą rurki z naczyniem mieszczącym od 8 do 10 litrów płynu, ogrzanego do 40°C., a naczynie umieszczono 20 do 30 ct. nad poziomem chorego. Płyn powoli bez wielkiego ciśnienia napełnia poprzecznice i kışkę ślepą, a tampon z waty utrudnia wyjście płynu przez otwór stolcowy. Przy wlewaniu trzeciego litra chory zaczyna doznawać pewnego bólu, płyn wówczas przechodzi do kışki cienkiej. Należy nieco podnieść naczynie, wówczas płyn dalej swobodnie będzie wchodzić, a naokoło pępka tworzyć się będzie wzdęcie, powstałe z nagromadzenia gazów kışkowych. Przy wlewaniu 7-go litra płyn wchodzi do żołądka, chory uczuwa mdłości i wymiotuje płyn wprowadzony do kışek z domieszką kału. Wymioty są dowodem, że płyn przedostał się do żołądka.

Najwyżej umieszczano naczynie na 40, 50 ct. Płuca i serce podczas wlewania nie ulegają żadnemu uciskowi.

Po przedostaniu się płynu do żołądka (wymioty) wlewa się jeszcze 2, 3 litry, poczem wyciąga się zgłębnik lub pozostawia go się w kışce (usuając tampon z waty) do następnego przepłukania. W obydwu razach wylewa się obficie płyn przez otwór stolcowy, co trwa czas jakiś; można i do żołądka wprowadzić zgłębnik i tą drogą część płynu usunąć.

W ten sam sposób postępowano z trupami, dodając do płynu błękitu metylowego. W położeniu trupa leżącym siódmy litr dochodzi do żołądka; przez ten czas kışki cienkie i kışka ślepa pozostają miękkie. Płyn nie uciska innych narządów, nie wchodzi do dróg żółciowych, swobodnie z kışki cienkiej przechodzi do ślepej i naodwrot, jeżeli znajdują się one na jednym poziomie; słowem, zastawka BAUHIN'a w niczem tu nie stanowi przeszkody.

Wyniki doświadczeń na zwierzętach są te same. Metoda jest prosta i nie przedstawia niebezpieczeństwa. Oparta jest ona 1) na małym ciśnieniu, jakiego używać należy w celu możliwie swobodnego przedostawania się płynu coraz dalej na zasadzie prawa hydrostatyki kışkowej; 2) na powolnem wchodzeniu płynu do kışek, co usuwa wszelkie częściowe rozciąganie pojedynczych pętlic kışkowych; 3) na położeniu poziomem chorego umożliwiającem przedostawanie się płynu coraz dalej; 4) na pochyłym położeniu chorego (*resp.* kışki ślepej).

Do wody dodawać można kwasu mlecznego, garbnika, benzonaftolu i t. d. dla antyseptyki kışkowej.

Stosownie do wieku chorych, ilość wlewanego płynu waha się: dla noworodków—litr, nieco starszych—2 litry, dla dorosłych 8—10 litrów; należy się stosować do indywidualności chorego, a baczyć ciągle na wystąpienie wymiotów i poziom wlewanego płynu.

Metodę tę stosowano w cholerze azjatyckiej, katarach kışkowych i żółtaczce. KRUHL, zalecając wlewanie dużych ilości zimnego płynu, bezwiednie stosował tę samą metodę. Stosowano ją i w tyfusie brzuszny, pamiętać jednak należy o wzdęciu kışek i mieć się na baczności. Właściwem wskazaniem do wlewań będą samozatrucia pochodzenia kışkowego, mocznica, zamknięcie światła kışek i t. d. Jeden z badaczy (DAURIAC—*Progrés Medical* 30 Sept. 1893) poprzednio już podał pewne szczegóły w tym kierunku. GENERSICH w tych czasach również opisuje tę metodę, podaje jednak ciśnienie 80 ct. do 1 metra (wysokość poziomu płynu), na co trudno się zgodzić. (*Gazette des Hopitaux* 1893 N. 119). *Grundz.*

7. **GAMALEIA.** **O rozwoju laseczników cholery w wodzie pod wpływem wysuszenia i wilgoci.** Im dokładniej poznane zostaną morfologiczne i biologiczne własności laseczніка cholery, tem pewniejszych możemy oczekiwać wyników przy stosowaniu zapobiegawczych środków na wypadek nowej epidemii. Już podczas dawniejszych epidemii, a bardziej jeszcze podczas ostatniej, przekonano się, jak ważną odgrywa rolę woda w szerzeniu się cholery. Wiadomem jest, że KOCH już w Indyach znalazł w wodzie laseczники cholery; po nim FRAENKEL, GUARCH, BERNACKI, UFFELMANN, NICATI i RIETSOH i cały szereg badaczy znaleźli je w innych wodach. Z drugiej strony mieszkańcy miejscowości zarażonych nie zapadają na

cholere, o ile używają wody niezarażonej. Nareszcie istnieje cały szereg prac o rozwoju cholery w wodzie zwyczajnej; rezultaty jednak tych badań przeczą sobie wzajemnie. Gdy UFFELMANN twierdzi, że laseczники cholery giną w wodzie z portu w Rostock'u już po 60 godzinach, WOLFHUEGEL i RIEDEL znajdowali w swych próbach żywe laseczniki po 9 miesiącach, a niekiedy nawet po roku. Wniosek stąd, że niewszystkie wody posiadają warunki jednakowo sprzyjające życiu laseczników cholery. W celu zbadania owych warunków hodował G. laseczники cholery w roztworach rozmaitych związków chemicznych. Roztwory te były 1% lub 0,2%; wyjaławiano je i zasiewano lasecznikami. Za miarę rozwoju służyło zmętnienie płynu, badanie kropli wiszącej i preparaty barwione, wreszcie rozwój na płytkach żelatynowych, przygotowanych z danego roztworu po kilku dniach. W tych wypadkach, gdzie rozwoju nie było, widziano, co prawda, niekiedy postaci uwstecznione (inwolucyjne), zupełnie podobne do opisanych przez BUCHSTAB'a, ale prawdziwych przecinkowców znaleźć nie zdołano. Z badań tych można wnosić, że w roztworach 1% salolu, naftaliny, salicylanu amonu, mentolu, tymolu, kwasu solnego, azotnego, fosforowego, fosforanu molibdenu, wody wapiennej, fosforanu, azotanu i azotanu sodu, cukru mączkowego (dekstrozy?), winianu amonu, 1‰ potasu gryzącego, dwóch kropel nalewki lakmusowej na 10 ctm. sz. wody bakterie nie rozwijają się wcale. Badano też wpływ produktów ustrojowych, głównie tych, które znajdujemy w przewodzie pokarmowym — jako składniki trawiących płynów, lub jako produkty trawienia. W roztworach 2‰ allantoiny, mocznika, kreatyny, glikokolu, tauryny, leucyny, asparaginy i kwasu taurocholowego — nie było rozwoju; w roztworze tyrozyny miał miejsce słaby rozwój; pankreatyna powodowała silny rozwój. Ta ostatnia okoliczność zgadza się ze spostrzeżeniem LEUBUSCHER'a, że sok trzustkowy jest dobrą pożywką dla przecinkowców, a zarazem naprowadza na myśl, że bakterie te wykazują wielkie zdolności przystosowawcze do warunków otoczenia w przewodzie pokarmowym i mogą się bardzo łatwo rozwijać w wodzie przy obecności soku trzustkowego (mas kałowych). Brak rozwoju w obecności innych ciał dowodzi, że laseczники cholery są bardzo wrażliwe nie tylko na czynniki szkodliwe, lecz nawet na względnie lub zupełnie obojętne.

Z badań nad wpływem toksyn i mikroprotein innych bakterii okazało się, że w obecności produktów *b. anthracis*, *capsularis*, *butyrici*, *prodigiosi* i *proteus vulgaris* laseczники cholery wcale nie rosną; wobec produktów *b. pyocyaneus*, *tussis convulsivae* i *dipl. Friedländeri* rosną bardzo słabo.

Przy badaniu wód naturalnego pochodzenia okazało się, że z wód dwóch stawów, dwóch źródeł, dwóch rzek i dwóch studzien tylko woda jednej studni była zdolna do rozwoju laseczników cholery, woda tej studni była zanieczyszczona przez odpadki zwierzęce. We wszystkich innych wodach nie było już w 5 dni po zaszczepieniu ani jednej żywej bakterii cholery i tylko w wodzie Dniepru znajdowano żywe laseczники jeszcze 7 dni.

Wpływ wysuszania na laseczники cholery badał LENIEWICZ. Okazało się, że hodowle cholery, rozrzucone na szkiełkach pokrywkowych, giną po 2—24 godzinach, na nitkach jedwabnych po 4—8 dniach. KITASATO otrzymywał z nitek jedwabnych hodowlę jeszcze 13-go dnia, co objaśnia, że powierzchnie warstwy chroniły od wysuszenia bardziej głębokie. UFFELMANN, badając wpływ wysuszania na rozmaitych przedmiotach, jak owocach, warzywach, chlebie, pieniądzech, skórce rąk i t. d., przekonał się, że przy zupełnym wysychaniu giną laseczники cholery przecięciowo po 16—24 godzinach. G. używał do badania kawałków płótna napojonych hodowlą. Umieszczał je pod zwyczajnym kloszem lub nad kwasem siarczanym. W pierwszym przypadku hodowla ginęła po 40 godzinach, w drugim — po 17, a już po 12 godzinach była ona tak osłabiona, że zasiana w bulionie wyrastała dopiero po 48 godzinach.

W celu zbadania wpływu wilgoci, używano również wyjałowionych i napojonych hodowlą cholery kawałków płótna. G. umieszczał je w tych samych naczyniach, co i przy poprzednim badaniu, tylko, że zamiast kwasu siarczanego była nalana na dno woda. Okazało się, że laseczники cholery, pozbawione wszelkiego pożywienia, zachowują swą żywotność przez pięć blisko tygodni, o ile nie są pozbawione dostatecznej ilości wilgoci. Podlegają one, co prawda, w olbrzymiej większości uwstecznieniu (inwolucji), ale kawałek płótna, zachowany przy powyższych warunkach przez 33 dni i umieszczony w bulionie, dawał hodowlę. Jest to najdłuż-

szy znany przeciąg czasu, w którym bakterye cholery, pozbawione pokarmu, zdolają utrzymać się przy życiu.

(*Deut. med. Woch. 1893. N 51*).

A. Ż.

8. **Chloroform Anschütz'a** zaleca do znieczulenia prof. WITZEL z Bonn. Jest to chloroform bezwzględnie czysty, otrzymywany przy ogrzewaniu krystalicznego ciała salicylid-chloroformu, w którym chloroform gra taką rolę, jak w wielu solach woda krystaliczna. Różnica w działaniu omawianego chloroformu, w porównaniu z dotąd używanymi preparatami, jest tak wielka, iż sądzić by można, że się ma do czynienia z innym środkiem. Zapach tego chemicznie czystego chloroformu jest słabo aromatyczny; przy znieczulaniu nie występują trudności oddechania, ani kaszel. Okresu pobudzenia zwykle niema wcale, tylko pijacy niekiedy głośno rozmawiają. Znieczulenie następuje wolniej, niż przy dawniej używanym chloroformie, dopiero po 10 a nawet 20 minutach. Z powodu braku zanieczyszczeń, chloroform ten nie wywiera złego wpływu na czynności serca. Wymioty i mdłości zdarzają się bardzo rzadko, niestrawności następcej nie bywa; niektórzy operowani zaraz po obudzeniu mogli jeść pokarmy z apetytem. Ilość potrzebowanego chloroformu wynosiła w przecięciu 1 ccm. na 2—3 minuty znieczulenia, przy usypianiu dłużej trwającym wystarczało później często 4—5 kropli na minutę. W ogólności stosowano wyłącznie metodę znieczulania kroplami (patrz RYDYGIER *Medycyna* r. z. str. 610), przy której niebezpieczeństwo usypiania, jako też uboczne jego następstwa są bezporównania mniejsze. (*Centr. f. Chirurgie 1893. N. 52*). W. S.

9. G. HOPPE-SEYLER. **Przyczynę do kwestyi stosunku pomiędzy chorobami trzustki i jej naczyń a moczówką cukrową.** Wobec zwrócenia ostatnimi czasy szczególnej uwagi na stosunek, zachodzący między trzustką a moczówką cukrową, pożądanę jest notowanie każdego przypadku, stwierdzającego słusność takiego poglądu. Autor przytacza spostrzeżenie z kliniki w Kiel, dotyczące kobiety 57-letniej, której mocz zawierał ogromną ilość cukru. Sekcja wykazała przeistoczenie tłuszczowe całej trzustki, z której mięszu nie pozostało prawie ani śladu; tętnice: trzewowa, żołądkowo-dwunastnicza i śledzionowa, jak również gałazki ostatniej, wnikaające do trzustki, były zwapniałe i zgrubiałe. Badanie drobnovidzowe trzustki wykryło ślady tkanki gruczołowej mocno zmienionej; nieliczne wyloty gruczołów otoczone były zgrubiałą tkanką łączną.

Autor w dalszym ciągu opisuje wynik badania dwóch preparatów trzustki. W jednym za życia była moczówka zwykła z przemijającą cukrową. Tkanka śródmiąższowa trzustki była znacznie rozrosła, tkanka tłuszczowa międzyzrazikowa mocniej rozwinięta, tętnice zgrubiałe, zwłaszcza ich błona wewnętrzna, skutkiem czego światło ich było zwężone i w części zatkane skrzepami. W drugim preparacie komórki gruczołowe były tłuszczowo zwyrodnione, tkanka śródmiąższowa zgrubiała; miejsce tkanki gruczołowej w wielu punktach zastąpiła tkanka tłuszczowa; tętnice zgrubiałe i poczęści zarosłe; żyły rozszerzone.

Zdaniem autora, zwyrodnienie trzustki, prowadzące do moczówki cukrowej, rozwija się w ten sposób, że najprzód podlegają zmianom naczynia, następstwem czego są zaburzenia odżywcze w gruczole, przerost tkanki łącznej dokoła zrazików, zanik komórek gruczołowych. Jednocześnie rozrasta się tkanka tłuszczowa międzyzrazikowa i zajmuje stopniowo miejsce tkanki gruczołowej tak, iż trzustka przybiera postać wielkiej bryły tłuszczu. Dopiero po zupełnym zaniku gruczołu, a zatem po zupełnem ustaniu jego czynności, występuje moczówka cukrowa.

(*D. Arch. f. Kl. Med. T. 52. Z. 1. 2*).

H. P.

10. J. BRAQUEHAYE. **Dwujodek rtęci jako antyseptyk w niektórych chorobach oczu.** Powodowany doskonałymi wynikami, otrzymywanymi przez PANAS'a przy użyciu dwujodku rtęci w oliwie do oczyszczania brzegu rzęсового powiek przed operacją zaćmy, autor próbował działania tegoż środka w niektórych chorobach oczu pochodzenia drobnoustrojowego. Dwujodek rtęci, rozpuszczony w oliwie wyjalowanej w stosunku 4:1000, używany był w zapaleniu gruczołków przyrzesowych powieki, przy jęczmieniach chronicznych, owrzodzeniach rogówki i przy jaglicy.

Przy zapaleniu brzegu powiekowego postępowanie było następujące: 1. Rano i wieczorem staranne oczyszczanie brzegu rzęсового powieki wodą ciepłą. 2. Co drugi dzień brzeg powiekowy po starannem obmyciu uwalnia się, za pomocą ostrej łyżeczki, od strupków i zasychającej wydzieliny; w przypadkach

z owrzodzeniami, wyskrobuja się one starannie. 3. Bezpośrednio po tem brzeg powiekowy naciera się krótko przyszyżonym pendzelkiem, umoczonym w oliwie z danym środkiem. Należy uważać, by oliwa nie ściekała do worka łącznikowego, gdyż wywołuje dość długo nieraz trwające uczucie zawadzenia i klucia.

Ostra łyżeczka i pendzelek powinny być starannie wyjałowione.

Przy opisanem leczeniu autor miał doskonale skutki w różnych postaciach zapalenia brzegu powiekowego, nawet zadawnionych. Gdy sprawa chorobowa była obustronna, powieki, w gorszym stanie będące, traktowano dwujodkiem rtęci, po drugiej zaś stronie stosowano inne leczenie. Poprawa we wszystkich przypadkach następowała szybciej po dwujodku rtęci. Zauważono bujniejszy porost rzęs po tem leczeniu.

W podobny sposób postępowano przy jęczmieniach chronicznych.

W owrzodzeniach rogówki pochodzenia urazowego, tuszowano lekko owrzodzenie oliwą z dwujodkiem rtęci, w niektórych przypadkach stosując uprzednio wyskrobanie dna owrzodzenia. Poprawa występowała bardzo szybko. Przy jaglicy stosowano masaż łącznicy z opisanim środkiem. Z dwu przytoczonych zastarzałych przypadków jaglicy, w jednym wyleczenie, w drugim znaczna poprawa nastąpiła w krótkim stosunkowo czasie.

Opierając się na otrzymanych wynikach, autor poleca gorąco swój sposób leczenia w zapaleniu brzegu powiekowego, wskazując go jako korzystny w owrzodzeniach rogówki pochodzenia urazowego i w jaglicy. Zwraca również uwagę na to, że w wielkiej chirurgii środki antyseptyczne, rozpuszczone w oliwie, powinny dokładniej oczyszczać pole operacyjne, niż używane w roztworach wodnych. (Ciekawem jest, że autor otrzymał tak dobre wyniki, pomimo, że znany jest fakt, iż środki przeciwnie rozpuszczone w oliwie działają słabiej. Przyp. Ref.).

(*Archives d'Ophthalmologie* Nr. 11. 1893).

B. R. G.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== D-r A. LICHTENSTEIN w klinice pedyatrycznej w Grazu przeprowadził szereg badań nad zmysłem smaku u noworodków, ssawców i dzieci starszych. Zbadał on 87 dzieci, pomiędzy którymi 17 było noworodków, liczących 5 godzin do 7 dni życia; 6 noworodków było badanych przez autora jeszcze przed podaniem pierwszego pokarmu, a 2 było niedonoszonych. Autor używał roztworów sacharyny ($\frac{1}{4}\%$), siarczanu chininy (2%), kwasu solnego (2%) i chloru sodu (5%), a nadto zwykłej wody. Wbrew dotychczasowym zdaniom, podawanym przez autorów, L. znalazł, że dzieci od samego urodzenia obdarzone są nader czułym smakiem i oddziałują na gorzyc i kwas równie silnie, jak na słone wrażenia smakowe. Z wiekiem, u dzieci starszych można zauważyć, jak i u dorosłych, pewne opanowywanie wstrętnego smaku podawanych środków. Nadto autor zrobił spostrzeżenie, iż dzieci z wydatną krzywicą posiadają zmysł smaku znacznie osłabiony i nie różnicują w sposób wydatny, ani nie oddziałują na lekarstwa gorzkie lub kwaśne w ten sposób, co dzieci rozwinięte prawidłowo. (Jahr. f. Kinderh. 1893. XXXVII. 1 Heft).

W. K.

== Antytoksyna błonicowa, przygotowana według wskazówek BEHRING'a i EHRLICH'a, od 1 stycznia będzie sprzedawana w fabryce Farb-

werke w Höchst. Na początku sprzedawać będą tylko surowicę do szczepień ochronnych, a następnie 20 razy silniejszą—leczniczą, którą dotychczas fabryka oddawała tylko do doświadczalni kliniki. Preparat ma być bardzo drogi, jest bowiem opatentowany. (Münch. med. Woch).

Sz.

== W świeżych nerwicach „gośćcowych” (głównie w obrębie nerwu kulszowego, atoli i w obrębie *n. trigeminus* i in.) oraz w świeżym, zwłaszcza ostro powstałym, gościcu mięśniowym ze znakomitą skutkiem, niekiedy nawet zdumiewającym, stosuje DOMAŃSKI fenacetynę z salolem i kofeiną (tej ostatniej 10% w stosunku do ilości fenacetyny) dla osób dorosłych według przepisu następującego: Rp. Phenacetini (Bayer), Saloli aa 2,50—4,00, Coffeini puri 0,25—0,40, Mfp. div. in dos. aeq. N. X. S. 2—4 proszków dziennie. Nigdy przytem nie widział autor żadnego przykrego pobocznego działania ani ze strony fenacetyny, ani też salolu, a unikał zawsze prawie zastrzykiwań morfiny, co dla praktyki wiejskiej szczególnie powinno posiadać znaczenie. (Therap. Monatsh. 11—1893).

== LAZARUS opisuje przypadek cholery u jednego z lekarzy asystentów w Berlińskim Moabie. Z rzadkich zabarwionych stoleców wy-

dzielono czystą hodowlę laseczników cholery. Przypadek ten był bardzo łagodny pod względem klinicznym, a zasługuje na uwagę pod tym względem, że niewątpliwie przedstawia przypadek zakażenia w pracowni, a krew chorego, która przed chorobą wykazywała uodporniającą siłę (przeciw cholercie) w stosunku 1:250, po chorobie zyskała na niej. Stosunek przedstawiał

się 1:330000 (obliczenie podług BEHRING'a). (Berl. Klin. Woch. 51. 1893).

— ИОНІ, КАМЕН і МОНСИ е CARBONE opisali przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych, wywołanego przez laseczniaka tyfusowego; przy badaniu ropy znaleziono czyste hodowle tylko tego laseczniaka. A. Ż.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborczem (styczniowem) wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrano na następne trzylecie na prezesa radcę D-ra B. WICHERKIEWICZA, a na sekretarza D-ra Teodora DEMBIŃSKIEGO.

— Od początku r. b. redakcyę tygodnika „Deut. med. Wochft.“ w Berlinie, po zmarłym niedawno D-rze GUTTMAN'ie, objęli prof. A. EULENBURG i D-r J. SCHWALBE, obaj znani z wielkiej energii i ruchliwości.

— Zjazd chirurgów niemieckich odłożono do dnia 18—21 kwietnia, ze względu na kongres międzynarodowy, w Rzymie odbyć się mający.

— VIII kongres międzynarodowy Higieny i Demografii odbędzie się w Peszcie od 2—9 września r. b. Każdy kraj ma wysłać swego specjalnego reprezentanta, a jedną z najważniejszych kwestyi, mających być przedmiotem szczegółowego opracowania, będzie dyfterya.

— Czytamy w N. 51 tygodnika „Wracz“, iż prof. PRUSSAK po wysłużeniu lat 30, usunął się z katedry chorób usznych, która została zniesiona i przyłączona do katedry chorób gardła i nosa. Prócz tego, jak donosi dziennik „Nowosti“, ma być zniesiona i katedra dermatologii przez przyłączenie jej do katedry syfilidologii. Przyczem „Wracz“ dodaje, że podobne objawy zamykania katedr wogóle wcale nie są pożądane i że należy co najmniej być pod tym względem wielce oględnym.

— Potrzebny jest lekarz w osadzie Raków gub. Radomskiej, powiecie Opatowskim. Ludności przeszło 3000. Bliższych wiadomości udzieli właściciel apteki w Rakowie p. Fiszer, przez Łągów w Rakowie gub. Radomska.

— W Szwajcaryi przystąpiono do wydawnictwa dziennika, w którym mają być pomieszczane prace miejscowych klinicystów, pod tytułem: „Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz“. Do komitetu redakcyjnego należą: CÉRENVILLE, COURVOISIER, KOCHER, PFLUEGER, ROUX, SAHLI i TAVEL. (The Brit. Medic. Journ.).

— W Monachium ma wychodzić dziennik, poświęcony specjalnie wodolecznictwu w związku z mechano- i elektroterapią, p. t. „Monatschrift für praktische Wasserheilkunde

und verwandte Heilmethoden“, pod redakcyą KRUECHER'go. (Deutsch. medic. Woch.).

— Zmarli. Ś. p. Jerzy ALEKSANDROWICZ b. profesor botaniki, mineralogii i zoologii w b. Akademii medycznej w Warszawie, w b. Szkole Głównej i uniwersytecie zmarł w ubiegłą sobotę t. j. dnia 13 stycznia w Warszawie, przeżywszy lat 75. Jako wytrawny pedagog, dziekan wydziału fizyko-matematycznego w b. Szkole Głównej, odnowiciel ogrodu botanicznego, krzewiciel pszczelnictwa i jedwabnictwa w kraju, założyciel ogrodu pomologicznego i onego kierownik, założyciel szkoły ogrodniczej, założyciel Towarzystwa Ogrodniczego w r. 1884, wreszcie jako współpracownik encyklopedyi rolniczych i naszych pism przyrodniczych, dyrektor Muzeum Przemysłu i Rolnictwa, ALEKSANDROWICZ pozostawia po sobie najzaszczytniejsze wspomnienie, poświęciwszy całe swe życie na usługi naszego społeczeństwa. Cześć świętej pamięci Jerzego ALEKSANDROWICZA!

— Maurycy MADUROWICZ profesor Wszechnicy Jagiellońskiej w wieku lat 63, znany ginekolog i akuszer, urodzony w Kołomyi. Po ukończeniu gimnazjalnego wykształcenia, udał się do Wiednia na wydział lekarski, gdzie wielką pracowitością i zdolnością zwrócił na siebie uwagę prof. C. BRAUN'a, przy którym przez czas dłuższy był asystentem, mając możność wykształcenia się w swej specjalności. Od r. 1862 był prof. w Krakowie, dawszy się poznać już przedtem na polu naukowem, pisząc do pism wiedeńskich a następnie do „Przegl. Lek“. Zmarły odznaczał się gruntowną wiedzą i był biegłym praktykiem. Wprowadził kilka udogodnień w niektórych narzędziach ginekologicznych, a między innemi wprowadził pewną modyfikacyę w kleszczach porodowych, które noszą jego nazwisko.

— D-r Henryk HERTZ, profesor w Bonn, jeden z najgenialniejszych współczesnych badaczy i fizyków eksperymentalnych, po długiej chorobie zmarł w 37-ym roku życia. Zgasły uczony, o którego działalności „Wszechświat“ w swoim czasie kilkakrotnie podawał wiadomość, na zasadzie swych doświadczeń dowiódł identityczności światła z elektrycznością.

Rok XXIX-ty.

MEDYCYN A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“ w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1894 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytywać będzie uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. W obec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmuje tekstu minimum stron 20, większego w porównaniu z numerami z przed roku 1892-go formatu; co razem stanowi rocznie tom o tysiąc kilkuset stronicach.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25.

Na prowincyi i po za Warszawą w ogóle rocznie rs. 6 — lub półrocznie rs. 3. (Kwartalnie na prowincyi prenumerować nie można).

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowych pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna Nr. 5**, z wszelkimi zaś interesami dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d. zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Marszałkowska 129.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Ценаурою. Варшава 6 Января 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.