

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rak okrężnicy wstępującej. Podał dr. Jakób Rosenthal.—O wlewaniach rozczyń soli przy cholercie. Podał dr. A. Karczewski. (Dokończenie).—**Streszczenia i przekłady.** 160. Zasady leczenia trypra. 161. Toksalbuminy w masach wymiotnych chorych na cholercę. 162. O operacyjnym leczeniu skręcenia osiowego kiszki esowatej.—**Krytyka i biblijografija.** Kilka słów z powodu artykułu d-ra Ehrlicha „Pzyczynek do leczenia cholercy“ umieszczonego w n-rze 42 Medycyny. Podał dr. Feliks Arnstein.—**Odczyty.** O powstawaniu zakażeń narządu moczowego. Streścił dr. M. Wołkowicz.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Ogłoszenia.**

Z oddziału gynecologicznego szpitala Starozakonných w Warszawie.

Rak okrężnicy wstępującej (Carcinoma coli ascendentis). Laparotomia.

Wycięcie kiszki (resectio). Wyzdrowienie.

Podał **Dr. Jakób Rosenthal** ordynator oddziału.

Fajga Rosenblit, 49 lat licząca, mężatka, z osady Kazimierza nad Wisłą, gubernii Lubelskiej, przybyła do oddziału mego w d. 24 Sierpnia r. b. uskarżając się na ból w pachwinie prawej, w której wyczuwa guz twardy.

Wywiady dały następane dane: w dzieciństwie była zupełnie zdrową; peryjody pojawiły się w 15 roku życia, i przy typie czterotygodniowym trwały miernie obficie dziewięć dni. Wyszła za mąż w 18-m roku życia i urodziła jedenaścioro żywych dzieci a raz jeden ronila. Ostatni poród odbył się przed jedenastu laty. Od 8-iu lat peryjody w zupełności ustały a więc w 40-m roku życia. Przed ośmiu miesiącami spostrzegła małe stwardnienie w pachwinie prawej, które się szybko powiększa i za uciskiem jest bolesne. Uczuwa przytem silne bóle w tem miejscu, jakoteż w krzyżu. Wypróżnienia regularne, niekiedy, z powodu błędu w dyjecie, rozwolnienie; apetyt jest.

Badanie wykazało co następuje: Szatynka siwiejąca, wzrostu dobrego, z wyrazem twarzy zdradzającym cierpienie, o cerze szarobladej z wypiekami na policzkach, z pokładem tłuszczowym zanikłym. W sercu nie wykryłem nic nieprawidłowego. Granice płuc obniżone, oddech pęcherzykowy, zaostrozony, z rżęczeniami (rozredma płuc, katar oskrzelowy przewlekły). Brzuch zapadły; skóra na nim po przebytych porodach pofałdowana, cienka; po przez nią widoczne są kontury pętlic kiszki i ruch ich robaczkowy. Wypuk daje wszędzie odgłos bębenkowy. Wątroba w granicach normalnych, toż samo śledziona. Nad pachwiną prawą spostrzega się wzniesienie owalne, sięgające od wzgórka łonowego do przedniego guzika kości biodrowej prawej. Wzniesienie to za dotykem okazuje się twardem i bolesnem i ginie dolnym swym odcinkiem w miednicy małej. Przy wypuku tego wzniesienia, otrzymuje się wszędzie odgłos tępy. Badając przez pochwę, znajdujemy macicę nieco pochyloną ku tyłowi (*retropositio uteri*), małą, jakby w zaniku, ruchomą; sklepienie lewe pochwy wolne; w sklepieniu prawem wypuklonem, znajdujemy ciało twarde, które na palcu w górę usunąć możemy; ciało to jest guzem wielkości dwóch pięści, tworzącem wzniesienie widoczne na brzuchu. Guz ten palcami naokoło obejmie

można; jest on równy, twardy a ruchomość jego jest tak znaczną, iż z łatwością daje się przeprowadzić w pachwinę lewą, nie sprawiając żadnych boleści chorej. Ruch ten nie udziela się macicy, a podczas dokonywania jego wysledzić można powrózek na którym guz jakby był zawieszony, a odchodzący od macicy. Jak wyżej wzmiankowaliśmy, guz, według opowiadania chorej, szybko rośnie, gdyż z małego guzika, wielkości orzecha włoskiego, w ciągu kilku miesięcy, dorósł do wielkości dwóch dużych pięści. Chora pomimo apetytu i dobrego trawienia, chudnie i z sił opada.

Reasumując badanie obiektywne i subiektywne, zwróciwszy uwagę na szybkie rośnięcie guza, wiek i wygląd charłaczy chorej, chudnięcie pomimo braku zaburzeń w trawieniu, rozpoznaliśmy guz natury złośliwej w jamie brzucha, a za punkt wyjścia jego uważaliśmy jajnik, opierając się na położeniu i wielkiej ruchomości guza a także na przedwczesnem climacterium. Jednem słowem rozpoznanie brzmiało: *Sarcoma ovarii dextri*. Wynik powyższy badania stwierdzonym był przez kilku kolegów gynecologów, znajdujących się podówczas na oddziale i rozpoznanie uznaniem zostało za słuszne.

Jedynem wskazaniem w tym razie, było usunięcie guza na drodze cięcia brzuszego (Laparatomii), do którego przystąpiłem w d. 26 Sierpnia r. b. przy pomocy kolegów: CHWATA, REICHSTEINA, GLÜCKSMANA, i w asystencji koll. RADZISZEWSKIEGO z Ciechanowca, WAWELBERGA, LEBENSBAUMA i BORELA. Po otworzeniu jamy brzusznej guz wydobyłem na zewnątrz, i ku wielkiemu naszemu zdziwieniu, okazało się, że siedliskiem jego jest kiszka gruba, a mianowicie okrężnica wstępująca. Sądząc, iż uda mi się go wyłuszczyć z kiszki, naciąłem ją, lecz gdy okazało się, że punktem wyjścia jego jest sama ściana kiszki, od której niemożliwem było oddzielenie guza, przeto postanowiłem wyciąć część kiszki zajętej guzem (*resectio coli*). Kiszkę wycięliśmy na 2 cale powyżej i poniżej guza, w miejscu zupełnie zdrowem, a następnie ujawnszy krezkę w szczypeczki długie PÉANA od punktów przecięcia kiszki w ten sposób, aby tworzyły one kąt, zwrócony do kiszki wyciętej, wyciąłem między nimi trójkąt z krezki, podstawa którego zwróconą była do wyciętej części kiszki. Po podwiązaniu naczyń widocznych w krezce, brzezi trójkąta złączyłem szwem ciągłym katgutowym, a następnie przystąpiłem do połączenia brzegów przeciętej kiszki z sobą. Brzezi te połączyłem gęstemi szwami LEMBERTA, cienkim jedwabiem. Szwów Lambertowskich na kiszkę założyłem 69.

Po oczyszczeniu jamy brzusznej zeszyłem szwem katgutowym ciągłym otrzewną ścienną; szew katgutowy węzełkowy nałożyłem na mięśnie i powięzie, skórę zaś brzucha zamknąłem 10-ma szwami jedwabnemi. Brzuch pokryłem gazą jodoformową, cienkim pokładem waty, a z wierzchu położyłem pęcherz z lodem. Operacja trwała prawie 2 godziny.

Wycięty guz okazał się być *Carcinoma cylindricum*, który ulegał począł rozpadowi.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Ciepłota ciała przez cały przeciąg czasu nie podniosła się wyżej 37,5° C. przy pulsie 88—100. Piątego dnia po operacji, a więc 1 Września, z powodu parcia na wiatry a niemożności oddania ich, zrobiono lewatywę z wody cieplej, po której nastąpiło kilkanaście wypróżnień kałowych i wielka obfitość gazów odeszła. W d. 3 Września zdjęto 6 szwów, resztę zaś w d. 5 Września; *prima intentio* na całej przestrzeni rany. Chora będąca na ścisłej dyje-cie (oprócz koniaku i wina nic nie dostawała), w 7-m dniu dostała mleko, kefir a w 8-m dniu kotlet cielęcy. W d. 7 Września wstała z łóżka; w razie braku wy-próżnień takowe zapomocą lewatyw bywają poruszane.

Chora coraz więcej do sił przychodziła; wszystkie bóle zniknęły, łaknienie i trawienie dobre, wygląd poprawia się, tak iż w stanie zupełnego zdrowia, zaopa-

trzona w pas brzuszny, odpowiedni przepis dyjetetyczny, szpital w d. 25 Września, a 30 dnia po operacyi, opuściła.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względów rozpoznawczych. Na myśl nam bowiem nieprzyszło, abyśmy mieli do czynienia z nowotworem w kiszce umieszczonym. Brak jakiegokolwiek bądź z jednej strony objawów kiszkowych, z drugiej zaś strony umiejscowienie guza w pachwinie tak głębokie, iż wypukła sklepienie odpowiednie pochwy, a zarazem nadzwyczajna jego ruchomość były powodem, iż o nowotworze w kiszkach nawet nie pomyśleliśmy. Jakkolwiek bowiem kątnica w zupełności obleczona jest otrzewną, tak że naokoło palcami obejść ją można, co dozwala na znaczne ruchy narządu tego, to jednak okrężnica wstępująca, chociaż posiada własne mesocolon, tak bardzo ruchomą nie jest. Z drugiej strony, przy guzie w kątnicy, skutkiem ciężkości tegoż, może nastąpić pewne obniżenie ku dołowi, lecz aby guz znajdujący się w *colon ascendens*, do tego stopnia się obniżył, iżby wypukła sklepienie pochwowe i dał się przeprowadzać w pachwinę przeciwległą, nie sprawiając bólu chorej, to tylko wytłomaczyć sobie można bardzo wielką długością *mesocoli*. LEUBE (*Krankheiten des Darmes* str. 320) utrzymuje, iż oznaczenie położenia guza jest szczególnie ważnem dla rozpoznania raka kiszki. Znajduje się on zazwyczaj w miejscu zwykłego położenia kiszki przezeń zajętej. Bywa to wtedy, gdy rak rozwija się w kątnicy, w okrężnicy wstępującej i t. d., jednym słowem w tych częściach kiszki, które z powodu zrostów dość silnych z sąsiednimi narządami nie odznaczają się wielką ruchomością. To właśnie nieprawidłowe położenie guza, ta niezwykła ogromna ruchomość jego, były powodem mylnego rozpoznania. Raki okrężnicy wstępującej zresztą należą do bardzo rzadkich: według kazuistyki zebranej przez LEICHTENSTERNĄ na 616 przypadków raka kiszki prostej i 154 przypadków w innych częściach przewodu kiszkowego, sześć tylko miało siedlisko w okrężnicy wstępującej.

O wlewaniach rozczywnu soli przy choleryze.

Podał A. Karczewski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 44).

B. Wlewanie rozczywnu soli do żył.

Spostrzeżenia z ostatniej epidemii w Paryżu i w Hamburgu zdają przemawiać więcej na korzyść wlewań rozczywnu soli do żył. KUTNER podając wyniki leczenia cholerycznych w szpitalach paryskich, twierdzi że w szpitalu Bastion Trente-Six i w szpitalu Beaujan wlewania do żył były stosowane z zadziwiająco dobrym skutkiem. Dr. GALLIARD (z Bastion Trente-Six) zakomunikował autorowi, że wielokrotnie stosował wlewania do żył przy zagrażającej lub istniejącej zapaści i nie wątpi o wprost zbawiennym (*lebensrettend*) działaniu tego zabiegu w pewnej ilości przypadków. Prof. NETTER (z Beaujan) wykonał wlewania do żył około 30 razy z wybornym wynikiem. Dr. RIFDER na nadzwyczajnem posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Hamburgu oraz prof. RUMPF ¹⁾ w artykule, zamieszczonym w jednym z poważnych czasopism lekarskich wyrazili również pochlebną opinię o powyższej metodzie.

Wlewanie rozczywnu soli do żył uskuteczniamy w następujący sposób: do wy-

¹⁾ Prof. RUMPF. Die Behandlung der Cholera im Neuen Allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg. (Deutsche med. Woch. Nr. 39 r. 1892).

konania powyższej operacji możemy użyć irygatora, cylindra mianowanego z otworem u dołu lub wyżej opisanego przyrządu SAHLIEGO ¹⁾, jednakże zdaniem wielu autorów najlepiej się w tym celu nadaje t. zw. transfuzor COLLIN'A. Ten prosty lecz nader dowcipnie urządzony przyrząd składa się z 4 części:

- 1) lejka metalowego obejmującego około 300 grm.
- 2) szprycy szklanej mającej 10 grm. objętości
- 3) rury gumowej $\frac{1}{2}$ metra długiej, zakończonej kaniulą.
- 4) łącznika w postaci pustego cylindra metalowego opatrzonego 3-ma otworami.

Otwory w łączniku są umieszczane u góry, u dołu i z boku. Zapomocą górnego otworu cylinder łączy się z lejkiem, zapomocą bocznego ze szprycą, dolnego zaś— rurą gumową. W środku samego cylindra umieszczany jest metalowy koszyczek (stanowiący zakończenie lejka), w którym porusza się swobodnie kulka aluminiowa takiej objętości, że przez żaden z otworów wypaść nie może i jest w stanie szczelnie zamknąć górny i dolny otwory cylindra. Ciężar gatunkowy kulki jest mniejszy od ciężaru płynu, używanego do wlewania, skutkiem czego przy obecności płynu w lejku i w cylindrze kulka stale zamyka otwór łączący cylinder z lejkiem. Przy wyciąganiu tłoka szprycy wywieramy działanie ssące na płyn znajdujący się w cylindrze i w lejku. Prąd ztąd powstający odpycha kulkę aluminiową, skutkiem czego szprycą napełnia się płynem. Gdy następnie zaczniemy poruszać tłok szprycy w przeciwnym kierunku, kulka wraca na dawne miejsce, zamyka otwór łączący cylinder z lejkiem i skierowuje płyn, wypływający ze szprycy w stronę dolnego otworu łącznika, a ztąd przez rurę gumową do żyły. Wprowadzenie powietrza do żyły jest niemożliwym, ponieważ przy wylaniu się reszty płynu, kulka opada na dół i zamyka otwór łączący cylinder z rurą gumową. Przyrząd powyższy posiada jednak pewne niedogodności, gdyż 1) nie jesteśmy w stanie dokładnie go wyjałowić, 2) nie możemy przeciwdziałać ochładzaniu się płynu.

Do wykonania infuzji wybieramy jedną z żył powierzchownych (zwykle *vena basilica mediana* w zgięciu łokciowym lub *vena saphena magna* przed *melleolus internus*). Ponieważ w okresie zamartwiczym cholery żyły nie są dostatecznie napełnione, więc przy ich odnajdywaniu powinniśmy mieć na względzie dane anatomiczne. Na miejscu żyły przecinamy skórę w zwykły sposób lub też wytwarzamy palcami fałdę skórną i nacinamy ją. Pożądaną jest rzeczą, aby linija cięcia skórnego nie była równoległą do przebiegu żyły, lecz przecinała się z nią pod kątem, gdyż wtedy łatwiej jest odnaleźć żyłę. Odpreparowawszy cokolwiek skórę i odnalazłszy żyłę odseparowujemy ją na tępo zapomocą kleszczyków anatomicznych. Następnie podsuwamy pod żyłę 3 podwiązki; zapomocą jednej z nich podwiązujemy mocno odśrodkowy koniec żyły, drugą zostawiamy nie zawiązaną w środku, trzecią zaś zawiązujemy luźno, na jeden węzeł, na dośrodkowym końcu żyły. Otwieramy żyłę w ten sposób, że chwytamy jej ścianę kleszczykami haczykowatymi i podciągając ją ku górze, robimy nożyczkami nacięcie w kierunku ukośnym, skutkiem czego powstaje mała rana płatowa. Podnosząc trójkątny płatek ku górze, wsuwamy w kierunku dośrodkowym do światła żyły zaokrągloną na końcu kankę (ze szkła, twardego kauczuku lub srebra), połączoną zapomocą rury gumowej z naczyniem, napełnionem roztworem soli. Gdy po otwarciu kranu woda, wypływając z kanki, wycisnie powietrze z odcinka żyły pomiędzy podwiązkami, zawiązujemy nitkę środkową naokoło końca kanki. Potem rozluźniwszy podwiązkę na dośrodkowym końcu żyły wpro-

¹⁾ Użycie szprycy do wlewań żylnych, zdaniem ESMARCHA, jest nieodpowiednim ponieważ a) łatwo jest zastosować w ten sposób zbyt mocne ciśnienie, b) płyn może zostać zanieczyszczony przez tłok (tłuszcz zjelczyły), c) niebezpieczeństwo przedostania się powietrza do żyły jest większe.

wadzamy płyn do niej. Daleko prościej daje się skutecznie wlewanie do żył przy użyciu igły rurkowej. Po obnażeniu żyły i podwiązaniu obwodowego jej końca, unosimy kleszczykami ścianę żyły, puszczaemy płyn przez kaniulę i podczas gdy ten wypływa, wkłuwamy igłę do światła żyły, bacząc aby końcem igły nie przebić tylnej jej ściany.

Wlewanie roztworu soli do żył powinno się odbywać powoli. HAYEM wstrzykiwał w ciągu kwadransa 2—2½ litrów płynu, składającego się z 5,0 *natri chlorati*, 10,0 *natri sulfurici* na 1000,0 wody. Zdaniem ESMARCHA w ciągu sekundy nie można wstrzykiwać więcej nad 10,0 płynu.

Po ukończeniu wlewania podwiązujemy dośrodkowy koniec żyły, ranę zaszyjemy i zakładamy opatrunek przeciwnilny.

Po wykonywaniu wlewań do żył należy jeszcze surowiej przestrzegać przepisów przeciwnilnych, niż przy wlewaniach podskórnych. Płyn użyty do wlewania powinien być nie tylko starannie wyjałowionym, lecz pozbawionym nadto wszelkich stałych części składowych zapomocą filtrowania przez wyjałowioną bibułę szwedzką. Temperatura płynu powinna wynosić 40—42° (C.).

Pod względem szybkości wsysania hypodermoklyzy nie mogą iść w porównanie z wlewaniem do żył. Ztąd wypływa wskazanie do zastosowania powyższych metod.

Skutek wlewania do żył bywa często nader efektowny. Uderzającą zmianę w stanie chorego prof. RUMPF opisuje w następujący sposób: za ledwie wprowadzonym zostanie ¾ lub 1 litr płynu, tętno powraca, zaczyna się głębokie oddychanie, spiączka ustępuje, szaro-sinawa skóra przyjmuje różowe zabarwienie; chory, który przed chwilą leżał bezwładnie, prosi o napój lub jedzenie, jednym słowem ciężki obraz zamartwiczonego okresu cholery znika prawie bez śladu.

Dość jednak należy, że nie u wszystkich chorych występuje tak pomyslnie działanie. Czasem nie można zauważyć żadnego odczynu, często po pewnym przeciągu czasu nanowo powraca zapaść. W przypadkach ostatniego rodzaju podczas epidemii w Hamburgu powtarzano wlewania 2—6 razy; nie zawsze wprawdzie lecz stosunkowo dość często doprowadzały one ostatecznie do pomyslnego rezultatu.

C. Wlewanie roztworu soli do tętnic.

Metodę wlewania roztworu soli do tętnic w kierunku dośrodkowym, wyrobioną pierwotnie przez LANDOIS, wskrzesza O. SILBERMANN i zaleca ją przy cholercie.

Do wykonania powyższej operacji SILBERMANN poleca przyrząd własnego pomysłu. Niewątpliwie jednak powyżej opisany przyrząd COLLINA, poza zaznaczanymi wyżej brakami (wspólnymi zresztą z aparatem SILBERMANNA) jest daleko praktyczniejszym i pewniejszym w użyciu.

Zwykle wlewanie dokonywamy do tętnicy promieniowej. Zapomocą cięcia długości 2½ cm. obnażamy tętnicę, oddzielamy ją od otaczających części i podwiązujemy jej koniec odśrodkowy. Cokolwiek powyżej miejsca podwiązania zaciskamy tętnicę kleszczykami. Następnie przecinamy tętnicę pomiędzy kleszczykami a podwiązką, do dośrodkowego końca wprowadzamy kaniulę i umocowujemy ją podwiązką. Zwolnwszy kleszczyki zaciskające wprowadzamy płyn do tętnicy, naciskając na tłok. Po opróżnieniu szprycy nanowo zakładamy kleszczyki zaciskające. Za każdym razem przy wprowadzaniu płynu do tętnicy zwalniamy kleszczyki, przy nabieraniu płynu do szprycy zaciskamy tętnicę.

Zdaniem SILBERMANNA w ciągu 15—20 minut można tym sposobem wstrzyknąć 1—2 litrów płynu w kierunku dośrodkowym, nie wywołując żadnych zaburzeń ze strony serca i narządów oddechowych. Przy nader szybkim wlewaniu, wy-

konaniem przez autora u psów *experimenti causa*, występowało *dyspnoe*, które zresztą szybko znikало. SILBERMANN nie wątpi, że przy umiarkowanem ciśnieniu jesteśmy w stanie tą drogą wprowadzić płyn do wielkich pni tętniczych. Przygotowanie płynu, narzędzi i chorego powinno być dokonaniem według tych samych wskazówek, jakie podaliśmy przy opisie wlewań do żył.

Zastosowanie wlewań do tętnic wskazanem jest wtedy, gdy hypodermoklyzy i wlewania do żył pozostają bez skutku. Ma to miejsce w tych przypadkach, w których prawie serce i wielkie żyły są do tego stopnia rozciągnięte i przepełnione zgęszczoną krwią, że przy wlewaniu go do żył rozczyń soli nie dosięga do naczyń płucnych *resp.* do lewego serca, skutkiem czego systemat aorty pozostaje pustym.

Sądzę, iż nie od rzeczy będzie, gdy nadmienię, że w ostatnich czasach zaleconą została kombinacyja wlewań rozczyń soli z upustami krwi. Mianowicie w przypadkach t. zw. *cholera fulminans*. SAMTER proponuje przedewszystkiem ożywić krążenie przez wlewanie rozczyń soli pod skórę lub do żył, a następnie wypuścić część krwi zatrutej ptomainami. Dodać należy że metoda powyższa była już niegdyś stosowaną przez DIEFFENBACHA, lecz niestety bez skutku.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć zakomunikowaną mi łaskawie przez kol. KRAJEWSKIEGO wiadomość o wlewaniach, dokonanych na oddziale cholerycznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. Kol. KRAJEWSKI podaje, co następuje: „Na oddziale cholerycznych w szpitalu Dzieciątka Jezus dokonałem wlewania rozczyń soli do naczyń w dwóch następujących przypadkach cholery *in stadio algido*: 1) u chorego Jana Żechowicza lat 30, który przybył do szpitala dnia 17 b. m. i miał już dwukrotnie stosowane hypodermoklyzy bez żadnego skutku. Dnia 18 b. m. o godzinie 11-ej w nocy wykonaliśmy wraz z kol. HEWELKE infuzję do *v. mediana basilica sinistra*. Wlałem 700 cm. sz. płynu (na 1000,0 wody 5,0 *natri chlorati* i 6,0 *natri bicarbonici*). Wlewanie z powodu małego podniesienia aparatu i wąskości użytej kaniuli odbywało się bardzo powolnie, tak iż na wlanie całej ilości płynu zużyliśmy 1½ godziny czasu. Po wlaniu pierwszych 300 cm. sz. stan chorego widocznie się poprawił: wróciła przytomność, chory zaczął rozmawiać z otaczającymi, oddech stał się głębszy i równiejszy, zabarwienie twarzy różowsze, a co najważniejsza tętno, którego absolutnie przedtem nie było, zjawilo się i było tak wyraźne, iż obaj z kol. HEWELKE, licząc na obu rękach jednocześnie, lecz każdy z osobna, naliczyliśmy 80 uderzeń. Chory subiektywnie czuł się też lepiej, mówił nam iż jest „raźniejszy” skarżył się jednak na ciągle kurecze w łydkach i zimno w całym ciele. Ta względna poprawa stanu chorego trwała jednak bardzo krótko: już po ukończeniu wlewania nie mogliśmy domacać się pulsu. Wprawdzie po zastrzyknięciu kilku szprycek eteru zjawil się on znowu, lecz nierówny nitkowaty, ledwie namacalny. Sinica twarzy wkrótce też wróciła. Chory dożył do 12-ej w południe 19 b. m. 2) Wielogórska Józefa lat 57 przybyła na oddział d. 21 b. m. o godzinie 5-ej po południu, zachorowała podobno tegoż dnia rano. W chwili zapisywania do szpitala tętna już nie można się było domacać. Tegoż dnia o godzinie 9-ej wieczorem wraz z kol. FALKIEWICZEM, wleliśmy chorej do *v. mediana basilica sin.* 1400 cm. sz. rozczyń soli (takiegoż samego składu jak i w poprzednim przypadku). Wlewanie, dokonywane tym razem przez grubszą kaniulę i przy znaczniejszem wzniesieniu aparatu (do 3-ch metrów), poszło szybciej, tak iż na wlanie całej ilości płynu zużyliśmy ½ godziny czasu. Rezultatem wlewania była jedynie subiektywna poprawa: chora twierdziła, że jest jej lepiej, że swobodniej oddycha i czuje się silniejszą; obiektywnie nic się prawie nie zmieniło: kończyny były zimne, tętna nie można było wymacać, zaledwie zabarwienie skóry twarzy stało się mniej sine. Następnego dnia o godzinie 11-ej zrana wlałem tejez chorej do *v. cephalica dextra* 1750 cm. sz.

pływu, poczem osiągnęliśmy też tylko subiektywne uczucie ulgi, lecz ani tętna domacać się nie było można, ani w wyglądzie chorej dopatrzeć jakiegokolwiek zmiany na lepsze. Nakoniec o 8-jej wieczorem tegoż dnia, zastawszy chorą *in agonia*, oddychającą rzadko i zaledwie dostrzegalnie, z zimnemi kończynami i siną, prawie czarną twarzą, zrobiliśmy raz jeszcze wlewanie, tym razem do tętnicy promieniowej prawej, z której po przecięciu już ani kropla krwi nie wypłynęła. Wleliśmy 700 cm. sz. płynu bez żadnego jednak skutku.

Z powyższych dwóch spostrzeżeń żadnego jeszcze wniosku co do skuteczności wlewań wyprowadzić nie można, gdyż w pierwszym przypadku, w którym otrzymaliśmy poprawę tętna, wprowadziliśmy stosunkowo małą ilość płynu i wlewań nie powtarzaliśmy. Co się zaś tyczy drugiego przypadku, to mały efekt, otrzymany po pierwszym wlewaniu pozwalał odrazu przypuszczać bezskuteczność dalszych zabiegów, nie więc dziwnego, że nasz przypadek fatalnie się zakończył.

Oba te przypadki pozwoliły mi jedynie stwierdzić, iż wlewanie większej ilości płynu do żył dokonywa się stosunkowo łatwo i nie pociąga żadnych ubocznych złych następstw, że w ciągu 1/2 godziny można bezkarnie wlać około 2 ch litrów płynu, że nakoniec najdogodniej dokonywać wlewań, wkłuwając zaostrzoną rurkową igłę do odpreparowanej żyły, podczas gdy z igły wypływa prąd płynu.

Aparat SAHLIEGO, uniesiony na 2 metry nad łóżkiem chorego, nadaje się doskonale do wlewań żylnych. Do tętnicy promieniowej wlewaliśmy zapomocą przyrządu COLLIN'A.

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

160. **Zasady leczenia trypra.** Ze zjazdu dermatologów i syfilidologów w Wiedniu. Wrzesień 1892 r.

Prof. NEISSER (Wrocław) postawił następujące tezy:

I. Niesłychana częstość choroby i wynikające z niej następstwa, ważne dla mężczyzn, a tem ważniejsze dla kobiet, zniewalają nas do wyszukania racjonalnej, a przy tem tak praktycznej metody leczenia, aby ona mogła być udziałem, nie tylko specjalisty, ale całego ogółu lekarzy; zapobieganie zaś tej chorobie, pod względem policyjno-lekarskim, powinno być postawione na równi z profilaktyką przymiotu.

II. Zasadę i punkt wyjścia w walce z omawianą chorobą powinno stanowić jej *passożytnicze* pochodzenie t. j. *mikrokok trypra* (*gonococcus Neisseri*). Wykazanie tego pasożyta pod drobnowidzem daje dopiero niezbitą pewność przy rozpoznaniu wielu ostrych, podostrych i chronicznych śluzotoków, z organów moczowo-płciowych pochodzących. W większej liczbie przypadków wystarczy tu badanie drobnowidzowe. Hodowla w wyjątkowych tylko razach okaże się konieczną. Samo zaś obejrzenie i mikroskopowe badanie nie przedstawia—zwłaszcza u kobiet—pewnej dyagnostycznej gwarancji.

III. Niebezpieczeństwo trypra polega na tem: 1) że zarazek nie pozostaje na pierwotnie dotkniętym miejscu, lecz szerzy się z czasem u mężczyzny, na tylną część cewki moczowej, stąd na powrózki nasienne, przyjadrze, gruczoł przyprątny (*prostata*), pęcherz i t. d., u kobiety—na macicę, jajowody, jajniki i otrzewną; 2) że zarazek w późniejszych okresach przechodzić może na głębsze warstwy nabłonka. Przeto zadaniem naszego leczenia powinno być przedewszystkiem: zniszczyć o zarazek jak najwcześniej, na miejscu jego pierwotnego powstania i niedopuszczyć rozszerzenia się jego w obu powyższych kierunkach. O ile bowiem przednia część cewki—u mężczyzn, a cała cewka i szyjka macicy—u kobiet, a także powierzchowne warstwy nabłonka, łatwo dla naszych środków są przystępne, o tyle następczo zajęte miejscowości i tkanki głębokie trudne są do leczenia, przechowywać mogą zarazek bardzo długo i stać się powodem coraz nowych nasileń choroby. Dla tego to niezbędnym jest rozpocząć leczenie trypra zaraz po zarażeniu i niedopuszczyć, aby *urethritis anterior* przeszła w *urethritis posterior*, a proces ostry nie stał się chronicznym.

IV. Za jedynie odpowiednie ku temu środki poczytuje NEISSER te, które niszczą gonokoki, nie powiększając—o ile to być może—zapalenia i nie uszkadzając całości błony śluzowej. Takimi środkami są: *Argentum nitricum* w roztworze 1:4,000—1:2,000 (0,06—0,12:250,00=gr. j—jj:3vjijβ). *Ammonium sulfo-ichthyolicum* 1:100 (2,50:250,00=ajj:3vjij). *Sublimat* 1:30,000—1:20,000 (0,01—0,015:300,00=gr. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$:3x).

Za środki nieopowiedne poczytuje NEISSER te leki, które mają tylko własności ściągające (*Adstringentia*). Wstrzykiwaniem ostatnich, mogą gonokoki jeszcze dalej być zawleczone.

Niebezpiecznymi lekami w okresie początkowym są: wszelkie palące roztwory—o znacznem stężeniu—a to z powodu niebezpieczeństwa zwężenia cewki, a także wszystkie mechaniczne metody, jak: endoskopowanie, zaprowadzanie świeczek i t. p.

V. Najlepszą z wczesnych, przeciw pasożytniczych metod jest częste opłukiwanie (irrygacja) cewki; przy czem starać się należy, aby nastąpiło jak najdokładniejsze zetknięcie się leku z mocno pofalowaną błoną śluzową cewki. Cel ten osiągnąć się daje u mężczyzny, przez wstrzykiwanie za pomocą dużej i dokładnie działającej sprzeczki, u kobiety—z pomocą wycierania cewki i szyjki macicznej, opłukiwania i wstrzykiwania. Wewnętrzne leczenie uznaje NEISSER za zbyteczne. Ogólne przepisy higieniczne i dyjetetyczne, jako też miejscowe, przeciwzapalne środki—jako przyteczne—powinny być zalecane.

VI. We wszystkich podostrych przypadkach należy się przekonać: czy już nie nastąpiła *urethritis posterior*, i jeżeli to ma miejsce, to należy najprzód zbadać wydzielinę na gonokoki, gdyż tylko przy obecności tych ostatnich dozwolonym jest miejscowe leczenie tej—wcześnie pojawiającej się—kompliakcyi.

VII. Przy t. z. tryprze chronicznym należy również przedewszystkiem rozstrzygnąć: czy mamy do czynienia z właściwą formą zaraźliwą (przez gonokoki), czy niezaraźliwą. Jeżeli znajdziemy gonokoki bądź w przedniej, bądź w tylnej części cewki, to należy je zniszczyć, co najłatwiej przez irrygacje lub instylacje GUYON'A osiągniętem być może. Przy nieobecności gonokoka, dalsze leczenie zależeć powinno od stanu błony śluzowej i tkanki podśluzowej. Przy nieznacznych zmianach anatomicznych wystarczy leczenie za pomocą irrygacji lub instylacji; przy głębszych zaś zmianach, które przez badanie sondą lub endoskopem powinny być dokładnie oznaczone, wypadnie zastosować leczenie energiczniejsze, jak: rozszerzanie, masaż, przyżeganie etc.

VIII. Daleko trudniejszym jest leczenie u kobiet. Bez ciągłego badania drobnowidzowego na gonokoki, niemożliwą jest kontrola o rezultatach naszych zabiegów leczniczych. Pierwsze umiejscowienia tryprowe w cewce moczowej i części pochwowej powinny być leczone jak najwcześniej i najenergiczniej, aby zabezpieczyć chore od bardzo przykrych i ciężkich chorób następujących, które później tylko za pomocą ważnych operacyi usunąć się dadzą.

IX. Czas trwania leczenia nie powinien zależeć od ewentualnego, szybkiego polepszenia, które może się okazać chwilowem tylko. Leczenie—acz łagodne—powinno być bardzo długo prowadzonym. Nie o prędkość, lecz o pewność rezultatu z leczenia chodzić nam powinno.

X. Dość często zdarzający się u kobiet tryper kiszeki prostej i następcze, uporczywe o wrzodzenia nakazują wielką baczność i bardzo staranne leczenie.

W dyskusyi nad powyższym przedmiotem zabierali głos następujący mówcy:

EHRMANN (Wiedeń) twierdzi, na mocy swoich doświadczeń, że nie wszystkie następcze komplikacyje trypra bywają zależne od specyficznego zarazka t. j. gonokoka; w wielu bowiem razach znajdował on t. zw. zarażenie mieszane. Mówca zaleca przy ropniach i naciekach obokcewkowych, oraz przy zajęciu gruczołu przyrątnego i kiszek prostej użycie ichtyolu, w formie 20% maści, 5—10% roztworu do zastrzykiwań mięsnych i irrygacji oraz czopki z tego leku.

Prof. LANG (Wiedeń) podziela powyższe wywody NEISSERA. Środki lekarskie zaleca wprowadzać do cewki za pomocą elastycznych, kauczukowych zgłębników, powleczonych żelatyną, odpowiednie leki zawierającą. Przy tem nie zarzuca użycia środków wewnętrznych.

WELANDER (Sztokholm) zaleca, na podstawie wielolicznego doświadczenia, następujące poronne leczenie trypra: najprzód wyciera przednią część cewki, a szczególnie dołek łódkowaty zapomocą waty, nawiniętej na odpowiedni przyrząd, przez co usuwa powierzchowne warstwy nabłonka, następnie zastrzykuje 2—3% roztwór lapisu, w ilości mniej więcej jednego gramma i pozostawia ten płyn przez parę minut w cewce. Procedurę tę powtarza w razie potrzeby. Oprócz silnego palenia, mówca ani razu nie zauważył po tym rękoczynie, żadnego dla chorego niebezpieczeństwa.

VAN-HOORN (Amsterdam) obserwował szybkie zmniejszenie się ropienia z cewki po szprycowaniach roztworem sublimatu 1:20,000.

FINGER (Wiedeń) twierdzi, że użycie środków antibakteryjnych nie osiąga celu, a to dla tego, że środki te mogą niszczyć tylko powierzchownie leżące gonokoki. Twierdzenie to opiera FINGER na swoich doświadczeniach z roztworami lapisu, przy których okazało się, że 1/2% roztwór tej soli wytwarza na najwyższych warstwach nabłonka cienką powłoczkę, głębiej zaś w tkanki wnikać mogą dopiero 5% roztwory lapisu.

L. LEWIN (Berlin) zauważył odnośnie powyższych doświadczeń FINGERA, że 1/2% roztwór lapisu należy już uważać za skoncentrowany, jako taki strąca on białko i dla tego głębiej w tkankę przedostać się nie może. Lecz zupełnie inaczej działają bardzo rozcieńczone roztwory (1:4000—2000), zalecane przez NEISSER'A. Nie strącają one białka, lecz, na zasadzie praw endozmozy, przenikają do głębszych warstw nabłonka. Przytem LEWIN wyraża się za użyciem środków wewnętrznych, gdyż dowiedzionem jest, że niektóre z tych środków działają antyseptycznie przez rozszczepianie się ich w pęcherzu.

NEISSER (Wrocław) przyznaje istnienie t. zw. mieszanych następczych zakażeń, spowodowanych powiększej części przez stafilocoki, przytacza jednak obserwacje, w których ropnie około cewki tylko przez gonokoki wywołane zostały.

Odnośnie uwag FINGER'A zaznacza N., że białkan i chlerek srebra posiadają także działanie przeciwpasożytnicze.

Zastosowanie silnych roztworów lapisu w początku choroby daje niewątpliwie dobre rezultaty, lecz przykrość i niebezpieczeństwo dla chorych stąd wynikające, tamują rozpowszechnienie tej metody.

(Deutsche medizinal-Zeitung. Nr. 78—1892). J. Majkowski.

161. K. ALT. Toksalbuminy w masach wymiotnych chorych na cholereę. W poprzedniej pracy eksperymentalnej ALT wykazał, że w zatruciach zwierząt jadami węzów jadowitych (*Pelias berus*, *Echidna arietans*) wydziela się jad węzowy w żołądkach tychże zwierząt, że przez przemywanie wodą żołądka zwierzęcia zatrutego można zmniejszyć bardzo burzliwe objawy zatrucia, ewent. osiągnąć wyzdrowienie. Opierając się na tych doświadczeniach autor powziął myśl zbadania zawartości żołądka chorych na cholereę pod względem obecności w niej toksyn cholerycznych. Prof. RUMPF w Hamburgu dostarczył autorowi mas wymiotnych. Do mas tych dodawał ALT alkohol absolutny, otrzymany osad rozpuszczał w wodzie (w stosunku 1:30) i roztwór a raczej zawiesinę używał do doświadczeń. Zastrzyknięcie 1 ctm. owego płynu szczurom spowodowało po 15 min. paraliż kończyn, następowało obniżenie temperatury ciała, zjawiał się niemiarowy oddech, a po 4 1/4—5 god. śmierć. Świniki morskie po iniekcjach 1 ctm. płynu stawały się osowiałe, senne, występowały niekiedy wymioty, kończyny ulegały bądź częściowemu, bądź całkowitemu porażeniu; t. c. obniżała się z 37,8 do 20° C. oddech stawał się powierzchownym; po 4—24 hod, świniki zdechały. Psy na 5 ctm. płynu reagowały w podobny sposób: porażenia, senność, niekiedy śmierć. Przy sekeyi jednej ze zdechłych świnek znaleziono zaczerwienienie błony śluzowej całego przewodu kiszkiowego. W wątrobie znajdowano zmetnienie parenchymatyczne, niekiedy ogniska nekrotyczne. W nerkach zmetnienie, wypełnienie światła kanalików nerkowych, mocną ziarnistość jąder nabłonków, Z powyższych doświadczeń wynika, że w zawartości żołądka chorych na cholereę znajdują się ciała nierozpuszczalne w alkoholu, rozpuszczalne w wodzie, które posiadają własności toksyczne, a obraz zatrucia przypomina obraz zakażenia cholerycznego. Ciała, otrzymane przez ALTA, nie są toksynami bakterij cholerycznych, które mogłyby się dostać do żołądka przy ruchach wymiotnych, w organie tym bowiem bywa stosunkowo bardzo niewiele bakterij cholery.

Ze ALT nie miał do czynienia z zakażeniem organizmu przez mogące się znajdować w masach wymiotnych w niewielkiej ilości żywe bakteryje choleryczne, wynika to ztąd, że alkohol absolutny zabija te bakteryje. Było to więc nie zakażenie choleryczne, ale zatrucie zwierząt toksynami cholerycznymi, wydzielonemi przez gruczoły żołądkowe. Ze swych doświadczeń ALT wyprowadza uastępujące praktyczne wnioski: 1) Szczepienie mas wymiotnych chorych cholerycznych niekiedy ułatwić może rozpoznanie. 2) Systematyczne przemywanie żołądka w połączeniu z wlewaniem podskórnemi wody może się okazać pożytecznym w leczeniu cholery. (Empiryczny fakt, stwierdzony przez czcigodnego prof. CHAŁUBIŃSKIEGO, tego dzielnego naszego klinicystę, że środek wymiotny podany cholerycznemu w pewnych razach ułatwić może powrót do zdrowia, znajduje niejakie wyjaśnienie w powyższej pracy *Przyp. Spraw.*)

(*Deutsch. med. Woch. 1892—42*). A. Ch.

162. Prof. BRAUN. O operacyjnem leczeniu skręcenia osiowego kiszki esowatej. Skręcenie osi kiszki esowatej poprzedzają po więkzej części długotrwałe obstrukcyjne. Osoby starsze, a mianowicie mężczyźni częściej ulegają temu cierpieniu. Przez ścianę brzuszną wyczuwa się często bardzo wzdęta kiszka esowata. Wymioty występują prawie zawsze, lecz bardzo rzadko przyjmują charakter kałowy. Obecność płynu w jamie brzusznej również nieraz daje się skonstatować. Co się tyczy leczenia choroby, zapomocą wlewań wody lub wtłaczania powietrza do kiszek grubych udaje się czasem usunąć cierpienie. Doświadczenia HEIBERG'A na trupach dowiodły możliwości odkręcenia kiszki zapomocą tego rękoczynu. HUTSCHINSON, dla łatwiejszego odkręcenia poleca, po uśpieniu chorego, uciskać mu trzewia na wszystkie strony; następnie położyć go na brzuch i podczas wlewania wielkiej ilości wody do kiszek grubych, wstrząsać nim. Punkcyjne kiszki nie są korzystne, a mogą wywołać zapalenie otrzewnej. Gdy wspomniane środki prędko nie pomagają, to jeżeli tylko rozpoznanie jest niewątpliwe, należy przystąpić do laparatomii, w celu usunięcia przeszkody; w przypadkach zaś wątpliwych wykonać enterotomiją. Jeżeli podczas wykonywania tej ostatniej operacji zauważono, iż pewna część kanału kiszkowego jest silnie zaciśnięta, należy przystąpić do laparatomii w celu usunięcia cierpienia; np. gdy okaże się kiszka zmartwiała, pętla uciśnięta i wzdęta, lub wypływ z jamy otrzewnej wielkiej ilości płynu surowiczego krwawego. Cięcie przy laparatomii w celu usunięcia radykalnego przeszkody, prowadzi się po smudze białej; po wyjęciu z brzucha kiszki esowatej, odkręca się ją; następnie, jeżeli ścianki kiszki nie są zmienione, wkłada się ją napowrót do jamy brzusznej. W razie silnego wzdęcia kiszki, po odkręceniu należy wykonać punkcyjną lub nawet cięcie podłużne z następnem zaszyciem kiszki, w celu jej opróżnienia. Najodpowiedniej jest włożyć przed operacją kankę głęboko do odbytnicy, przez którą, po odkręceniu kiszki, wychodzą gazy lub płynna zawartość. W celu zapobieżenia powrotowi choroby ROSEY radzi przyszywać kreskę kiszki esowatej do otrzewnej lewej ściany brzusznej. Autor górne ramię kiszki, po jej odkręceniu, zeszywa z lewą ścianą brzusznią. Rady SENNA co do skręcania kreski autor nie uważa za racyjonalną, gdyż podług niego, przyczyną skręceń nie jest nadmierna jej długość, lecz w większości przypadków zgrubienie i skrócenie. W razie martwienia kiszki należy ją rezekować, następnie zeszyć z sobą obydwie końce lub też utworzyć sztuczny odbyt. Przy niemożliwości odkręcenia kiszki, jeżeli jest ona jeszcze w dobrym stanie, można wykonać eteroanastomozę t. j. połączenie omawianej kiszki nad miejscem skręcenia z częścią poniżej skręcenia leżącą. Autor przytacza 31 przypadków skręcenia kiszki esowatej, opisanych w literaturze. Z 17 przypadków, w których udało się odkręcić kiszkę 6 zostało wyleczonych, w innych nastąpiła śmierć. Z 14-tu pozostałych chorych jednym przy operacji nie dokonano odkręcenia, drugim zrobiono enterotomiją, trzecim rezekcyjną. Z tych 14-tu jeden wyzdrowiał, a mianowicie rezekowany.

(*Langenbeck's Archiv. Bd. 43. Heft. 1*). H. Ulński.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Kilka słów z powodu artykułu D-ra Ehrlicha „Przyczynek do leczenia cholery“ umieszczonego w Nr. 42 Medycyny.

W artykule pod powyższym tytułem autor na mocy 45-letniej obserwacji cholery i „dla dobra młodszych kolegów i pożytku chorych podnosi głos w kwestyi

leczenia cholery”, przyczem podaje swój sposób leczenia, który w ciągu kilku epidemii miał pono dawać znakomite wyniki.

Gdyby autor w artykule tym ograniczył się tylko do podania swego sposobu leczenia, byłibyśmy w milczeniu wysłuchali jego głosu, lecz gdy obok tego dotyka kilku ważnych punktów dotyczących się etyologii i istoty cholery niezgodnych z ogólnie przyjętymi pojęciami, jakoteż ostrej poddaje krytyce niektóre nowsze sposoby leczenia cholery, a to w celu „ażeby lekarzy ochronić od bolesnych zawodów, a chorym oszczędzić cierpień, bezpożytecznych dla nich doświadczeń podyktowanych przedwcześnie wytworzonymi teoryjami” uważamy za właściwe i konieczne odeprzeć na słabych podstawach oparte wywody autora. Przyjrzyjmy się jego dowodzeniu. Na początku autor przytacza acz w krótkości swój pogląd na etylogię i istotę cholery, którą oddawna uważał i dziś uważa za ostre zapalenie przewodu pokarmowego wskutek zatrucia przez toksyny. Do wytwarzania się toksyn przyczyniać się mają prawdopodobnie (!) różne mikroby; ale zaprzecza autor stanowczo, ażeby ten lub ów lasecznik był *primum movens* przy wytwarzaniu cholery. Twierdzenie to oparte jest na dowodzeniu, które chyba mało kto z czytelników artykułu mógł zrozumieć. Autor w tym względzie należy do wyjątkowo już dziś zdarzających się przeciwników teorii KOCHA o swoistości lasecznika przecinkowego. Czyżby w przekonaniu autora prace doświadczalne KOCHA, v. ERMENGENA, NICATEGO, RIETSCHA, HUEPPEGO i t. p. nie były wystarczającymi dla dowiedzenia swoistości lasecznika KOCHA? Przechodząc do leczenia cholery autor głosuje za metodą wypróżniającą. Dla opróżnienia żołądka radzi podawać ipekakuanę co kwadrans po 20 granów póki nie wystąpią wymioty żółciowe, a potem co 1/2 godziny łyżeczkę oleju rycynowego dopóki nie nastąpią stolce ląjniste. Przy tym sposobie postępowania nie zważając na ciężkość formy cholery prawie żaden chory nie umarł, kto zatrzymał w sobie olej rycynowy. Otóż ciekawem byłoby wiedzieć u ilu chorych ostatni ten wynik został osiągnięty i czy rzeczywiście w każdym okresie choroby autor podawał ipekakuanę i olej rycynowy. W jaki sposób znowu, jeżeli metoda ta ma być tak skuteczną „prawie równie często pomimo wypróżnień sztucznie podtrzymywanych choroba rozwijała się dalej i chory wpadał w okres stygnięcia” nie możemy w żaden sposób zrozumieć.

Nie jestem w zasadzie przeciwnikiem metody wypróżniającej przy leczeniu cholery, sądzę jednak, że jej wykonalność jest bardzo ograniczoną; sądzę, że tylko w początkowym okresie cholery da się ono przeprowadzić; przy rozwiniętej zaś już choleryze ani się przeprowadzić nie da, ani pożytku przynieść nie może.

W tym też sensie odzywają się prawie wszyscy, którzy w ostatnich czasach pisali o leczeniu cholery między innymi NOTHNAGEL i KAHLER; jak małe zaufanie budzi metoda wypróżniająca u lekarzy przy leczeniu cholery dowodzą nieliczne wprawdzie dotąd sprawozdania o leczeniu cholery obecnie panującej. Ażeby więc metoda wypróżniająca stanowiła sposób pewniejszy od innych dla usunięcia toksyn z przewodu pokarmowego i nieszkodliwy jest więcej jak wątpliwem, a przynajmniej klinicznie dotąd nie stwierdzonem; nie widzimy w ogóle racjonalnego wskazania do podawania środków wymiotnych i czyszczących przy rozwiniętej choleryze; ilość bowiem toksyn jest prawdopodobnie w tym okresie choroby w kiszkiach nieznaczna, gdyż część ich została wydalona, część wessana.

Wlewania żyłne i podskórne CANTANIEGO nie budzą w autorze zapału, gdyż stosowanie ich opartem jest na niedokładnej znajomości naturalnego przebiegu choroby. Autor zupełnie mylnie twierdzi, jakoby CANTANI przypuszczał, że objawy *stadium algidum* powstają w skutek wyłącznie utraty płynu. CANTANI wyraźnie tak dawniej jak i dziś (patrz *Berliner Klinische Wochenschrift*, Nr. 37—1892) jako główne wskazanie dla wlewań stawia szybsze wydalenie toksynów ze krwi.

„Bezskutecznymi jednak”, powiada autor „wlewania CANTANIEGO nie są, gdyż przyczyniają się do wydalenia z organizmu pasożytów (!) i ich toksynów”. „Czy jednak godzi się”, zapytuje autor, „w tym celu przysparzać choremu nowych cierpień, kiedy zapomocą zwykłych środków przeczyszczających możemy osiągnąć ten sam cel?

W jaki to sposób zapomocą środków przeczyszczających możemy wydalilić toksyny ze krwi i narządów? śmiemy zapytać autora.

W końcu artykułu znajdujemy ogólny pogląd autora na metodę CANTANIEGO

jako „na wzbogacenie rynsztunku torturowego na cierpiącą ludzkosć gwoli teoryi zbudowanej na jednostronnej, zatem błędnej obserwacji istoty cholery”.

Na pogląd powyższy autora na wlewania żyłne i podskórne przy leczeniu cholery zgodzić się niepodobna tak z punktu widzenia teoretycznego jak i w części klinicznego. Nie entuzjazmując się tak jak CANTANI i inni wlewaniem przy leczeniu cholery przyznać jednak musimy, że metoda ta teoretycznie jest najlepiej uzasadnioną, odpowiada bowiem kilku wskazaniom na raz, sprzyja szybszemu wydalaniu z ustroju toksynów, wynadgradza częściową utratę płynów. Z drugiej strony nieliczne dotąd wprawdzie sprawozdania z obecnie panującej epidemii cholery i jej leczeniu choć nie w świetnym świetle przedstawiają wyniki leczenia wlewaniem podskórnymi, wszelako stwierdzają, że wlewania te nie są stanowczo szkodliwymi, owszem wszyscy prawie stwierdzili zawsze chwilową poprawę, zniknięcie kurczów w łydkach, pojawienie się tętna, zniknięcie choć chwilowe bezmoczności i t. p.

Ostatecznego sądu o tej metodzie leczniczej dziś jeszcze naturalnie wydać nie podobna. Ze względu jednak na to, że metoda ta jest najbardziej ze wszystkich uzasadnioną, że jest nieszkodliwą, choć mozolną ale nie trudną do dokonania, przeto ma zupełną racyjność bytu i nie powinna być naszym zdaniem przez żadnego lekarza zaniechana.

Wypadnie zapewne po bliższym zapoznaniu się jej klinicznym zastosowaniem nie jedno zmienić; zarzuconą jednak chyba nie będzie.

Kutno 24/X 92.

Feliks Arnstein.

O D C Z Y T Y.

O powstawaniu zakażeń narządu moczowego.

Odczyt wygłoszony przez prof. GUYONA na posiedzeniu zjazdu chirurgów francuzkich d. 20 Kwietnia r. b. w imieniu komisji złożonej z ALBARRAN'A, CLADO, HALLÉ, POUSSON'A i prof. GUYONA (sprawozdawcy).

(*Gazette des hopitaux*, 26 i 28 Kwietnia 1892. Nr. 49 i 50).

Streścił M. Wołkowicz.

Zakażenie narządu moczowego pociąga za sobą miejscowe i ogólne objawy. Chociaż klinicznie wyraźnie jedno od drugich oddzielamy, chociaż wcale niejednokrotnie często występują, jednak czynniki wywołujące je mają bardzo wiele wspólnego.

Jakież to są czynniki i w jakich warunkach te lub owe zmiany, takie lub inne zejście wywołują?

Normalny mocz znajdujący się w pęcherzu i w nerkach zupełnie zdrowego człowieka przedstawia płyn jałowy (*steril*). PASTEUR dawno już fakt ten skonstatował i wiele razy również jak i inni sprawdził. W tym celu wydobywano za życia mocz z pęcherza przez przekłócie zapomocą cienkiego trójgrańca lub też brano mocz zaraz po śmierci z miedniczek albo pęcherza, za każdym razem przekonywano się przy pomocy badań bakteriologicznych, że mocz człowieka wolnego od zakażenia miejscowego jak również i ogólnego zupełnie nie zawiera zarodków. Jeśli zaś mocz zdrowego pozornie człowieka zawiera niekiedy jakie zarodki, to dowodzi to jakiegoś ukrytego, przelotnego zakażenia ogólnego, którego czynniki zostają niedostrzeżalnie przez nerki wydalone.

Jedyną zaś częścią narządu moczowego, jaka w zdrowym zupełnie stanie zawiera zarodki, jest cewka moczowa; świeżo przeto przez cewkę wydalony mocz często je zawiera. Co do gatunków, to w cewce znajdowano najrozmaitsze bakteryje zarówno jak mikrokokki nieszkodliwe zwykle—saprofity, jak również dobrze znane pasożyty chorobotwórcze (gronkowiec złoty—*staphylococcus aureus*). O ile zarodki te mogą, dostawszy się tak lub owak do pęcherza, zarazić go, pomówimy niżej.

Przy zapaleniu narządów moczowych znajdujemy w ropnym moczu przy pierwszym zaraz badaniu bardzo liczne drobnoustroje. Naliczono ich już do 30 gatunków. Jeżeli jaki organizm może się rozwijać bez przystępu powietrza, to teoretycznie wystarcza ażeby go można było znaleźć w zakażonym narządzie moczowym. A takich jest wszak wiele pomiędzy saprofitami zarówno jak pomiędzy pasożytami. Wyliczymy tu kilka z nich których obecność przez licznych badaczy stwierdzo-

ną została: *micrococcus ureae*, *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus* i *citreus*, *streptococcus pyogenes*, *urobacillus liquefaciens septicus*, *bacterium non liquefaciens*. Ten ostatni rozmaicie przez rozmaitych badaczy chrzczony (*bacterium pyogenes*, *cocccbacillus ureae pyogenes*, *urobacillus non liquefaciens septicus*), zdaje się być identycznym z *bacterium coli commune* ESCHERICHA, i był najczęściej spostrzegany, nieraz nawet w postaci czystej hodowli.

W podanym spisie umyślnie pominięte zostały: gonokoki i lasecznik gruzliczy ze względu na odrębny charakter i przebieg cierpień przez nie wywołanych. Jednakże zapalenia pęcherza, miedniczek i nerek, występujące jako powikłania rzeżączki, zaliczamy do zwykłych zakażeń narządu moczowego, albowiem zdają one się być zależnymi od zakażenia wtórnego, a nie przez gonokoki.

Że drobnoustroje znajduwane w ropnym moczu rzeczywiście zdolne są wywołać zapalenie pęcherza, dowodzą doświadczenia robione na zwierzętach: wstrzykiwanie czystej hodowli do pęcherza, połączone ze sztucznym zatrzymaniem moczu przez jakiś czas w pęcherzu albo też z wywołanym jakimkolwiek urazem błony śluzowej miało zawsze za następstwo ropne zapalenie pęcherza.

Jakąż drogą dostają się zarodki do narządu moczowego? *A priori* możebne są dwie. Jedną jest cewka moczowa, przez którą dostać się mogą zarodki do pęcherza z powietrza, gdzie obecność ich już nieraz dowiedzioną została. Mamy wtedy zakażenie pierwotne bezpośrednio pochodzenia zewnętrznego. W innych znów razach zakażonym w pierw zostaje organizm jakkolwiek inną drogą, a w następstwie dopiero zarodki z biegiem krwi dostają się do narządu moczowego przez nerki—zakażenie następcze czyli pośrednie; w ten sposób powstają przy ogólnych chorobach zakaźnych zapalenia nerek, w bardzo rzadkich tylko przypadkach posuwające się w dół ku pęcherzowi. Chirurg ma zwykle do czynienia z tak zwanem zakażeniem pierwotnem. Powstaje ono samoistnie albo też bywa wywołane czyli sztuczne. U mężczyzn samoistne zakażenie pęcherza przy zdrowej zupełnie cewce i prawidłowem wydalaniu moczu miejsca mieć nie może, u kobiet natomiast bywa spostrzegane, a to z powodu często chorych organów płciowych, zkąd zarodki przez bardzo krótką i nieszczelnie zamkniętą cewkę moczową łatwo się do pęcherza mogą dostać. W następstwie zaś zapalenia cewki moczowej zakażenie samoistne pęcherza występuje u mężczyzn zarówno często jak i u kobiet.

Zakażenie pęcherza częściej jednak bywa wywołane. Łatwo pojąć że ono może być następstwem wprowadzenia brudnego narzędzia do pęcherza albo przeniesienia ropy z chorej cewki przy pomocy cewnika lub też płynu użytego do przestrzyknięcia cewki. Wprowadzenie zaś nawet częste wyjąłwionego cewnika do pęcherza przez normalną aczkolwiek nigdy prawie nie pozbawioną zarodków cewkę, o ile wykazuje doświadczenie kliniczne, nie sprowadza zakażenia pęcherza. Należy więc przypuścić że w zakażeniu pęcherza drobnoustroje stale przebywające w cewce normalnej grają rolę chyba tylko przygodną, bardzo podrzędną. Doświadczenia na zwierzętach jak dotychczas w tym kierunku żadnych wyjaśnień nie dają.

Samo dostanie się zarodków do pęcherza nie wystarczy jeszcze do wywołania zakażenia, potrzebny jeszcze jest jakiś czynnik pomocniczy, nadający pęcherzowi zdolność zatrzymania ich. Czynniki takimi są rozciągnięcie i przekrwienie pęcherza, zatrzymanie moczu, urazy błony śluzowej i nowotwory. Najważniejszym i najczęstszym czynnikiem jest rozciągnięcie pęcherza, spowodowane przez ostre czy też przewlekłe zatrzymanie moczu. Normalny wypływ moczu nie dozwala zarodkom zostać w pęcherzu lecz wydalają je szybko na zewnątrz. Niech jednak pęcherz zostanie zraniony przy zakładaniu cewnika, to zakażenie wtedy również łatwo nastąpić może.

Doświadczenia, dokonane na zwierzętach, w zupełności sprawdzają powyższe fakty: wstrzyknięcie zdrowemu zwierzęciu do pęcherza hodowli zarodków pozostaje zwykle bez wpływu, zakażenie zaś pęcherza następuje wtedy tylko, jeśli prócz zastrzyknięcia zarodków wywołamy zatrzymanie moczu lub obrażenie błony śluzowej albo też jej przekrwienie.

Przypuszczano dawniej że zarodki nie sprowadzają bezpośrednio ropnego niezytu pęcherza lecz że wywołują w pierw fermentację mocznika, w skutek której mocznik staje się amonijakalnym i drażniąc ścianki pęcherza wywołuje ich zapalenie. Lecz ile rzeczywiście większość zarodków moczowych zdolna jest w próbówce wywołać rozkład amonijakalny moczu, o tyle znów wiadomo że amonijakalny mocznik

nie koniecznie musi towarzyszyć nieżyłowi pęcherza i że mocz ropny świeżo oddany najczęściej ma odczyn kwaśny. Wszak zresztą *micrococcus ureae*, który miał niby przez wywołanie rozkładu moczu główną rolę przy zakażeniu pęcherza odgrywać, obecnie już pomiędzy zarodkami chorobotwórczymi narządu moczowego wcale nie figuruje. Powstawanie więc nieżyłu pęcherza zależy od bezpośredniego wpływu samych zarodków. Co się znów tyczy jadowitych ich własności, uważanych jak obecnie za najpoważniejszy czynnik wywołujący objawy zakażenia, to jeszcze do nich przy końcu niniejszej rozprawy wrócimy.

Nieżyt ropny pęcherza może się posuwać dalej w górę, przejść przez moczowody na miedniczki, a stąd na nerki w postaci zapalenia nerek ropnego wstępującego czyli t. z. nerki chirurgicznej. W nerkach przy tych sprawach znajdowano jeden lub parę gatunków zwykłych drobnoustrojów ropnych, jak *bacterium pyogenes* czyli *bacillus coli*, *bacillus liquefaciens* i *streptococcus pyogenes*. Wstrzykiwane zwierzętom do moczowodu, który następnie podwiązywano, stale wywoływały one ropne zapalenie nerki.

Zostało również dowiedzione pasożytnicze pochodzenie pewnych postaci modelowatych zapaleń nerek (*nephritis sclereuse*).

Dostaniu się zarodków z pęcherza do miedniczek i do nerek nie tak nie sprzyja jak dłuższe zatrzymanie ropnego moczu w pęcherzu, co zarówno klinicznie jak i doświadczalnie zostało stwierdzonem. Należy więc gwoli bezpieczeństwa tak ważnego jak nerki organu, pamiętać o regularnem opróżnianiu pęcherza drogą fizjologiczną lub sztucznie. Słusznie też należy się pęcherzowi tytuł „dózorca moczowodów“ (*gardienne des ureteres*).

Jeśli dalej zarodki chorobotwórcze przedostaną się same lub wraz z moczem przez ścianki dróg moczowych do sąsiednich tkanek, to wywołują ropnie przycewkowe, przypęcherzowe, przynerkowe; w ropie ich znajdowano *bacterium pyogenes*, z wyjątkiem mikrokoki ropne i in.

Najpoważniejsze niebezpieczeństwo przy zakażeniu narządu moczowego grozi ustrojowi z chwilą wystąpienia mniej lub więcej ciężkich, a niekiedy nawet i śmiertelnych objawów ogólnych.

Warunkiem koniecznym dla powstawania tych objawów jest zakażenie moczu wraz z przerwą w ciągłości dróg moczowych (cewki, pęcherza, moczowodu lub nerki) chorobowego lub urazowego charakteru.

Objawy te mogą niekiedy wystąpić samoistnie. Częściej jednak wywołane bywają przez rękoczyn jak szczęśliwe lub nieszczęśliwe wprowadzenie cewnika, badanie pęcherza, nacięcie cewki (urethrotomia) i t. d.

Odróżniać należy dwie postaci objawów ogólnych: ostrą i przewlekłą. W pierwszej znów mamy albo, napad ostry pojedynczy, lub też powtarzające się ostre napady. W postaci przewlekłej podniesienie temperatury ciała jest mniej stałe i słabiej wyrażone natomiast na pierwszy plan występuje zakłócenie ważniejszych czynności ustroju, graniczące z prawdziwym charłactwem. Z rozmaitych teoryj, tłumaczących powstawanie ogólnych objawów omawianego zakażenia, utrzymała się tylko teoria zatrucia moczowego VELPEAU, stwierdzona i dopełniona przez świeże badania. Inne teoryje mają obecnie tylko znaczenie historyczne. Od wessania więc i dostania się do krwiobiegu rozkładającego się moczu zależą owe objawy ogólne. Jeśli przerwa w ciągłości błony śluzowej dróg moczowych jest znaczna, jeśli otwarte są dość duże naczynia a mocz zostaje wydalony na zewnątrz, wtedy chory „szczy sobie w żyły”, jak mówi MAISONNEUVE (*le malade pisse dans ses veines*). Ma to miejsce przedewszystkiem w cewce moczowej.

Jakiż czynnik w zmienionym moczku wywołuje owe zaburzenia w ustroju? Otóż, jak pokazują najnowsze poszukiwania bakteriologiczne, czynnikiem tym są zarodki jakie dostają się do krwi ze zmienionego moczu i produkty trujące, jakie one wyrabiają.

W przypadkach gorączki moczowej znajdowano zarodki we krwi i w rozmaitych narządach po śmierci, a nawet i za życia, podczas dreszczu i na parę godzin przed śmiercią. Najczęściej znajdowano *bacterium pyogenes*, a 3 razy *bacillum liquefacientem*, były to przypadki prawdziwego zakażenia moczowego. W innych razach można we krwi znaleźć te same zarodki jednocześnie z mikrokokami ropnemi—obraz kliniczny wtedy różni się trochę od czystego zakażenia moczowego. W innych

znów przypadkach, w których znaleziono jedynie tylko zwykłe mikrokokki ropne choroba przedstawiała w jednym przypadku obraz ropnicy (*pyaemia*) z ropniami przerzutowymi, w reszcie zaś przypadków miało miejsce zakażenie moczowe z silną gorączką bez zawałów (*infarctus*). Obok czystych więc postaci zakażenia moczowego spotykają się postaci zakażenia mieszanego (moczowego i ropnego) i czyste postaci zakażenia ropnego. Te ostatnie mają zwykle za punkt wyjścia zapalenie żył przycewkowych lub przykrokowych.

Wstrzykiwanie czystej hodowli zwykłych zarodków moczowych (*bacterium pyogenes*, *urobacillus liquefaciens*) do jam surowicznych (opłucnej lub otrzewnej) zwierząt wywołuje najczęściej nagłą śmierć zwierzęcia a przy sekcji znaleźć można zarodki we krwi i narządach. Wstrzykiwanie do krwi również wywołuje zakażenie ogólne, a często także i wtórne zakażne zapalenie nerek. To ostatnie spostrzegano u chorych w postaci zapalenia nerek zstępującego z prosowatemi ropniami w istocie korowej nerek. Jeśli ono przyłącza się wtedy, kiedy już istnieją głębokie zmiany w nerkach spowodowane przez zapalenie zakażne nerek wstępujące, to czynność nerek zostaje bardzo poważnie zakłóconą a życie wprost zagrożone.

Obok bezpośredniego wpływu zarodków należy jeszcze podnieść działanie trujących produktów, jakie owe zarodki w moczu wyrabiają i jakie, dostawszy się po wessaniu do ogólnego krwiobiegu, prawdopodobnie zdolne są wywołać gorączkę i inne objawy ogólne.

Różne postaci kliniczne zakażenia moczowego tłumaczymy sobie w sposób następujący.

Ciężka ostra postać gorączki moczowej powstaje najniewątliwiej w skutek prawdziwego zakażenia krwi. Znajdowano drobnoustroje zarówno we krwi chorych, którzy szybko poumierali jak i tych, którzy wyzdrowieli. Natomiast gwałtowne prawie ze nagłym wystąpieniem objawów gorączkowych w następstwie oddania moczu przez uszkodzoną cewkę, krótkie bardzo trwanie i zupełne ich zniknięcie pozwalają przypuszczać że w części przynajmniej winne tu są rozpuszczalne produkty. Jeżeli organizm w przypadkach tych wychodzi zwycięzcą, zawdzięcza ta między innymi nieuszkodzonemu i dobrze funkcjonującemu nerkom.

Gorączka moczowa ostra przeciągająca się dłużej z powtórzeniami napadami wskazuje że dzięki zakażeniu krwi wystąpiło następne zajęcie nerek. W pewnej ilości przypadków nerki mogą przyjąć do siebie. Śmierć natomiast zależy od trwania i głębokich zmian w nerkach.

Postać przewlekła wreszcie z zakłóceniem ważnych czynności ustroju każe przypuszczać powolne zatrucie produktami trującymi, stopniowe zniszczenie nerek i osłabienie ich zdolności wydzielniczej. Następuje charłactwo moczowe z objawami posocznicy.

A teraz, dlaczego to w jednakowych pozornie przypadkach raz są, a drugi raz niema objawów ogólnych zakażenia moczowego? Dla czego to zdarza się, że chorzy, w których moczu bardzo niewiele się znajduje drobnoustrojów, dostają gorączki moczowej po najmniejszym rękocynie chirurgicznym, podczas gdy inni, w których pęcherzu jest masa ropy i roi się od zarodków, znoszą doskonale najpoważniejsze zabiegi chirurgiczne?

Różnice te dają się wytłumaczyć różnymi własnościami zarodka i gruntu. Nie jednakową jest zawsze siła zarazka i niejednakową też odporność gatunków. W warunkach zależnych od dziedziczności, wieku, stanu i in. jeden i ten sam zarodek pociąga za sobą raz ledwo powierzchowny krótko trwający niezbyt pęcherza, innym razem ciężkie ropne zapalenie narządu moczowego z zejściem nawet w zgorzel, kiedyindziej znów może od razu dać obraz poważnego ogólnego zakażenia moczowego.

Któż nie widział chorych ze starami cierpieniami narządu moczowego, którzy sobie bezkarnie systematycznie zakładają świeczki bez żadnych środków ostrożności i którzy doskonale znoszą najpoważniejsze zabiegi chirurgiczne? O tych przypadkach należy że są jak gdyby zabezpieczeni przez samozaszczepienie (*auto-vaccinatio*) drobnymi ilościami trujących produktów znajdujących się w moczu.

Bliższe poznanie warunków, od których zależy siła zakaźna zarodków i usposobienia ustroju do ich przyjęcia, należy do przyszłości, to też obecnie trudno jest mówić o prawdziwie racjonalnym zapobieganiu i leczeniu zakażenia narządu moczowego.

(dok. nast.)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Kol. Mieczysław GOLDBAUM (Maryjanska 9) sprawozdawca w „*Neurologisches Centralblatt*” uprasza autorów o nadsyłanie mu odbitek z prac polskich z dziedziny neuropatologii.

= Dr. SONNENBERGER zaleca rezorcynę, która się okazała bardzo skuteczną w biegunkach u dzieci, jako doskonały środek antyseptyczny dla kanału kiszki przy cholery. S. radzi stosować rezorcynę w *infusum chamomill.*; u dorosłych w 1—2% roztworze u dzieci zaś 0,18—0,3:100 *pro die*. W początkach cholery można dodawać *acid. muriat.*, lub *tinct. opii*. (*Allg. med. Cent. Ztg.* 73. 92).

= ROSENBACH radzi przy cholery wprowadzać do żołądka i kiszek kwas węglany; najwygodniej podług niego wprowadzać sztuczny płynny kwas węglany. (*Münch. med. Woch.* 35—92).

= Dr. FERYER opisuje śmiertelny przypadek wywołany przez iniekcję kokainy. Zwykle przy hydrocele autor wstrzykuje 3 łyżki stołowe 50% roztworu kokainy do *tunica vaginalis* i wypuszcza go następnie po upływie jednej minuty; zaraz potem wstrzykuje nalewkę jodową. W omawianym przypadku asystent wstrzyknął tylko jedną łyżkę stołową roztworu kokainy, starał się o ile możliwości dokładnie wypuścić kokainę z worka i zaraz potem wstrzyknął jodynę. Po upływie kwadransu wystąpiły drgawki i *coma*, rozszerzenie źrenic, przyspieszone tętno, bledność twarzy i śmierć po upływie 15 minut. Dr. RICHARDIÈRE, który dokonał sekcji w tym przypadku, zaznacza, iż jest to jedenasty przypadek otrucia, w którym miał sposobność wykonać sekcję. Zmiany anatomico-patologiczne zawsze znajdował te same a mianowicie znaczne przekrwienie opon mózgowych i płuc. (*Semaine médicale*).

= Dotychczas diaminy t. j. pentametyldiaminę (kadaverin) i tetrametyldiaminę (putrescin) znajdowano w moczu i kale tylko przy cystinurii. Dr. ERNT ROOS w przypadku malarii z krwawymi stolcami wykazał w stolcach pentametyldiaminę zaś w przypadku cholery tetrametyldiaminę również w stolcach. Cystinurii w przypadkach tych nie było, chociaż badań w tym kierunku nie robiono. (*Zeitschrift f. phys. Chemie*, T. 16).

= Podług prof. GAUTIER'A chleb zdrowy i posilny zawierać powinien wody nie więcej nad 34%; gdy tymczasem piekarze podnoszą umyślnie zawartość tejże do 37—43%, sadząc chleb surowy do pieców zbyt silnie napalonych, skutkiem czego na chlebie szybko się tworzy gruba i mocna skórka, powstrzymująca w nim wodę w nadmiarze. Pomijając już tę okoliczność, iż drobnoustroje, w wodzie, mące oraz w drożdżach zawarte, zabić można tylko przy dokładnym wypieku chleba, godnem jest uwagi, jaką masę wody piekarze w sposób powyższy spieniężają. W Paryżu np. sprzedaje się 900000 kłgrm, chleba dziennie; przyjmując więc zaledwie 2% nadmiaru wody w chlebie, otrzymamy 18000 kłgrm. wody sprzedawanej dziennie jako artykuł spożywczy. Dobry chleb podług autora posiadać winien cechy następujące: ośrodek chleba powinien być lekki, porowaty i elastyczny; przy ugniataniu nie powinien pozostawiać w palcach uczucia aksamitu, jakie się otrzymuje przy rozcieraniu między palcami mączki. Kawałek chleba, w ciągu tygodnia w pudełku przechowywany stracić powinien na wadze nie więcej nad czwartą część wagi pierwotnej.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kolega SĘDZIAK uważa się za dotkniętego odpowiedzią Redakcyi Medycyny na Jego zarzut „że Medycyna w sposób niewłaściwy podała streszczenie z Jego przemówienia w Towarzystwie” i interpeluje nas w tym względzie. Niniejszem Redakcyja oświadcza, że nigdy nie było jej zamiarem dotknąć w jakikolwiek bądź sposób osobiście kolegę SĘDZIAKA, miała zaś tylko na celu wyjaśnienie kwestyi, że podała w dosłownym odpisie protokół zamieszczony w Pamiętniku Towarzystwa, również znany koledze SĘDZIAKOWI. Przykry ton więc, który słusznie mógł się niepodobać koledze SĘDZIAKOWI, nie odnosił się bynajmniej do Jego osoby, lecz był wynikiem drażliwości samej kwestyi.

Sądźmy, że to oświadczenie nasze odejmuje całej tej kwestyi osobisty charakter.

Kol. FRĄCK. w Słucku. Już w roku 1832 wzięwania tlenu były zalecane przy cholery. Chwalili inhalacje takie także LITRÉ; doświadczenia jednak MARCHAND'A, REGNAULT'A i REISCH'A wykazały ich bezskuteczność. W ostatnich czasach SUTCLIFFE radzi stosować inhalacje tlenu w *stadium algidum* cholery i utrzymuje, że pod wpływem tlenu podnosi się działalność serca, znika sinica i zmartwienie kończyn.

Kol. WARM. w Kielcach. Aparat przez kolegę proponowany okaże się prawdopodobnie praktycznym, opis umieszczony będzie niezadługo w naszym piśmie.

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi Oboźna: Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 22 Октября 1892 г. Друк М. Зiemkiewiczowej, Krak.-Przedm. Nr. 6. Cena numeru pojedynczego kop. 15.