

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktera. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

**Treść:** I. WŁADYSŁAW ORŁOWSKI. Skręcenie kiszki cienkiej. Rozcięcie brzucha. — II. PROF. ADAMKIEWICZ. Przypadek t. zw. „zwyrodnienia skombinowanego“ rdzenia pancerzowego. — *Dział sprawozdawczy.* 10. UFFELMANN. O ciepłocie używanych pokarmów i napojów. — 11. MAX SÄNGER. O nowej metodzie zeszywania krocza przez przecięcie przegrody odbytnico-pochwowej i utworzenie płatów. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości terapeutyczn.* — Ogłoszenia.

**Capsulae contra taeniam.** Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicy, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacyje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winienem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Exctr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnym miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

**Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.**

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach płaserek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatnim użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47-6

## Niemoc płciowa (Impotentia) i jej leczenie,

przez

### D-ra S. Perkowskiego

Skład główny w księgarni Wende i spółki.

0-1

Drugi kurs zajęć praktycznych z bakteriologii klinicznej będzie miał miejsce w pracowni O. Bujwida od 8-27 Marca. Wilcza Nr. 12.

Zgłaszać się od 11-1 i od 5-7.

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN,** na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

## OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, podgrze i t. d.

**Wysyłkę** skuteczniąją w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

**Furbach i Striebold.**

26-6

# GAZETA LEKARSKA.

## I. SKRĘCENIE KISZKI CIENKIEJ.

### ROZCIĘCIE BRZUCHA.

Opisał

**D<sup>r.</sup> Władysław Orłowski.**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Szczupła nader ilość pomyślnych zejść pooperacyjnych z powodu zamknięcia światła kiszek, mimowolnie zmusza każdego z chirurgów do natychmiastowego podawania do wiadomości ogółu tego rodzaju spostrzeżeń. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń, jak dotąd jeszcze, jest brak ścisłych wskazań, opierających się na dokładnem rozpoznaniu choroby. Brak ten spowodował nawet na posiedzeniach zjazdów, w łonie towarzystw, szczególnie w ciągu dwóch lat ostatnich, pewnego rodzaju reakcyję i wielu z poważnych chirurgów oświadczyło się stanowczo przeciwko rozcięciu ściany brzusznej (*laparotomia*), jako operacyi przy niedrożności kiszek nie mającej racyi bytu, dając natomiast przewagę wytworzeniu wprost sztucznego odbytu. Inni znowu w zasadzie zgadzają się na otwarcie jamy brzusznej i bezpośrednie usunięcie przyczyny niedrożności, lecz wyjątkowo tylko, w razach ścisłego i dokładnego rozpoznania. Inni wreszcie dochodzą do przekonania, iż w razie ostrego, gwałtownego przebiegu choroby, rozcięcie ściany brzusznej natychmiastowo jest wskazaniem, to jedno bowiem tylko chorego od niechybnej śmierci uratować może. Że dokładne rozpoznanie miejsca i rodzaju przeszkody, w celu ustanowienia wskazań operacyjnych, w każdym danym przypadku najważniejszą odgrywa rolę, zaprzeczyc prawdopodobnie nikt się nie odważy, lecz z drugiej znowu strony, wobec szybko postępujących objawów groźnych i widocznie co chwila zbliżającej się śmierci, pozostawać niemym widzem, lub też oddawać pierwszeństwo wytworzeniu sztucznego odbytu, które, biorąc ściśle, na również wątplych danych jest opartem, następnie wobec chociaż rzadkich, a jednak stale powtarzających się powodzeń po rozcięciu ścian brzucha i bezpośredniem usunięciu przyczyny, niepodobna jest zgodzić się w zasadzie, iż operacyja ta nie ma racyi bytu, przeciwnie, o ile doświadczenie stwierdza, wykonana wczesnie, bez zwłoki, o wiele częściej do zamierzonego doprowadza celu.

Jedną z radszych przyczyn zamknięcia światła kiszek jest tak zwane skręcenie, węzły, supły. Odróżniamy zwykle trzy rodzaje skręceń: zgięcia esowatego, kiszek grubej wstępującej i ślepej, oraz kiszek cienkiej. Skręcenie esowatego zgięcia bywa najczęstszem i według obliczeń TREVES'a stanowi  $\frac{1}{40}$  część

wszystkich w ogóle przypadków niedrożności kiszek, a około  $\frac{2}{3}$  w liczbie skręceń kiszek. Pozostałą zaś  $\frac{1}{3}$  stanowią skręcenia кишки wstępującej i ślepej, oraz кишки cienkiej. To ostatnie zwykle ma miejsce, jak i przy skręceniach w ogóle, na około osi krézki, wyjątkowo zaś tylko na około osi własnej i bywa najczęściej u ludzi młodych. Przyczyną skręcenia jest niezmiernie wydłużona w miejscu odpowiedniem krézka. Wydłużenie to bywa wrodzonym i dochodzi niekiedy do 17—21 ctm.. Ściśle biorąc mechanizm powstawania skręceń i siła je kierująca dotąd jeszcze dokładnie nie są wyjaśnione. Dla zamknięcia światła кишки dostatecznym jest skręcenie niezupełne, zwykle jednak ma miejsce całkowite.

Rozdęcie кишки powyżej zamknięcia światła bywa niekiedy bardzo znacznem.

TREVES przytacza dziesięć spostrzeżeń skręceń кишки cienkiej, z których w siedmiu umiejscowionem ono było w części dolnej кишки biodrowej, z trzech zaś pozostałych: jedno w dwunastnicy, jedno w górnej i jedno w dolnej części кишки czczej. Wymioty występowały zwykle wcześniej, w dłuższych przerwach, lecz obfite, w dwóch przypadkach były kałowe. Dwa razy przebieg choroby był chroniczny, u jednego chorego przeciągnął się do 36 dni, u drugiego zaś z rozmaitemi przerwami prawie do całego roku. Zejścia pooperacyjne były w ogóle nader niepomyślne: [rozcięcie ścian brzucha] z 17 operowanych, zebra-nych przez autora umarło 15, wyzdrowiało 2. Śmiertelność więc wypadła około 81%. Zestawienia tejeż operacji innych autorów są nieco więcej zachęcające. I tak u SCHRAMMA na 22 operowanych umarło 17, wyzdrowiało 5, odsetka zatem 77,5. Najliczniejsze wreszcie i ostatnie obliczenia ASHHURST'a w *Encyclopedie Internationale* obejmują 29 operowanych, z których umarło 20, wyzdrowiało 8, zejście niewiadome 1, śmiertelność wypadła więc 71,4%.

U naszego chorego, objawy z przebiegiem ostrym od samego początku odznaczały się pewną odrębnością: nie było gwałtownych uciążliwych bólów i uderzał brak znacznego rozdęcia kiszek; rozpoznanie w ogóle było nader utrudnionem. Bezmoczu (*anuria*) na który niedawno jeszcze zwracali uwagę klinicyści angielscy, przy skręceniach кишки cienkiej, nie zauważyliśmy w ciągu całego przebiegu choroby.

Nowak Paweł, czeladnik szewcki, wieku lat 16 mający, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału kol. HEWELKEGO dnia 27 Grudnia 1887 r..

Według opowiadania chorego, na dwa dni przed wejściem do szpitala t. j., dnia 25 Grudnia, o zmroku, uczył nagle ból w dołku podsercowym, a następnie w całym brzuchu. Do objawów tych wkrótce przyłączyły się wymioty, początkowo pokarmów, następnie zaś żółciowe. Chory przyjął łyżkę olejku rycinowego, to jednak nie wpłynęło bynajmniej na polepszenie i pozostało bez skutku. Wypróżnień stolcowych nie było już od dni dwóch. Przed rokiem jak twierdzi, z powodu takiej samej choroby leczonym był w szpitalu Dz. Jezus i po kilku dniach, po użyciu lawaty HEGAR'a, wyzdrowiał zupełnie. Rozpoznano skręcenie kiszek [?]. Zresztą, o ile pamięta, na nic więcej nie chorował; matka chorego umarła na suchoty.

Przy badaniu chorego dnia 25 Grudnia znaleziono: odżywianie mierne, tętno 80, ciepłota ciała nie podniesiona. Brzuch płaski, nie wzdęty, bóle w okolicy dolka, lecz nie ciągle, więcej peryjodyczne. W okolicy kiszki ślepej wyraźne przelewanie się zawartości.

Przepisano do wewnątrz makowiec i lawatywy HEGAR'a. Stan chorego do wieczora nie zmienił się zupełnie, wymioty trwały. Wieczorem przepisano lawatywy z naparu senesu, po użyciu których choremu zdawało się, iż miał stolec, jednak po sprawdzeniu okazało się, iż oprócz wprowadzonego płynu nic nie odeszło.

Dnia następnego, t. j. d. 29 Grudnia, widziałem chorego po raz pierwszy; badając go z całą starannością wspólnie z kol. HEWELKE, nie mogliśmy dojść do żadnych stanowczych wniosków, dotyczących wyjaśnienia przyczyny coraz bardziej uwydatniających się objawów zamknięcia światła kiszek. Wymioty były częste, obfite, koloru zielonawo-szarego, chory miał ciągle pragnienie i pił wiele. Na twarzy widocznym było ciężkie cierpienie, oczy były zapadnięte, lecz brzuch nieco tylko wzdęty w okolicy pępka i to na niewielkiej przestrzeni, przy ucisku prawie niebolesny; wyjątek stanowiła okolica podżebrza prawa, w której chory ucsuwał bóle przechodnie, przy ucisku prawie się nie powiększające. Stoleców nie było, wiatry również nie odchodziły. Ciepłota ciała nie podniesiona, tętno około 100. Chory osłabiony. W obec tych objawów, jedno tylko przypuszczenie racjonalnem być mogło, iż przyczyna zamknięcia światła umiejscowioną jest w kiszce cienkiej. Do przypuszczenia tego upoważniał tyle już dni trwający brak znacniejszego rozdęcia kiszek, a także wymioty uporczywe, lecz bez zapachu kałowego. Przy zamknięciu bowiem światła kiszki grubej z przebiegiem ostrym, rozdęcie zwykle dochodzi szybko do ogromnych rozmiarów i dla chorego jest nader uciążliwym. Na szczegóły te rozpoznawcze oddawna już zwracano uwagę, właściwie biorąc od czasów LAUGIER'a, który, o ile się zdaje, pierwszy szczegółowo je opisał.

Choremu po wspólnem naradzeniu się, zalecono przepłukanie żołądka, lawatywy HEGAR'a, do wewnątrz makowiec i drobne kawałki lodu. Dnia 30 Grudnia stan chorego znacznie się pogorszył. Wprawdzie po przepłukaniu żołądka w dniu poprzednim, wymioty na pewien czas ustały, lecz wieczorem i w nocy powróciły z równą gwałtownością. Stoleców nie było, wiatry nie odchodziły. Chory był niespokojny, oczy głęboko zapadnięte, kończyny chłodne, tętno słabe, około 120. Szczegółowe badanie brzucha, ze względu na udokładnienie rozpoznania choroby, do żadnych nowych wniosków nie doprowadziło.

Postanowiliśmy nie zwlekać dłużej i w celu usunięcia przyczyny choroby pospieszyć z pomocą operacyjną, t. j. wykonać rozcięcie brzucha. Operacyjną wykonaną została tegoż dnia, a zatem 6-go od początku choroby, około godziny 1-ej. Po zachloroformowaniu chorego, przy łaskawej pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, GARBOWSKIEGO, GULIŃSKIEGO, MIROWSKIEGO i w obecności wielu innych kolegów szpitalnych, przecięłem ścianę brzuszłą na smudze białej odrazu na znacznej przestrzeni, a mianowicie od połowy przestrzeni pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, do miejsca odległego na trzy poprzeczne palce od spojenia łonowego. Po otwarciu jamy otrzewnej, badając powierzchnie kiszki gołem okiem, nie dostrze-

gliśmy nie godnego uwagi, z wyjątkiem bardziej wybitnego gdzieniegdzie nastrożnienia drobnych naczyń w ścianach kieszki cienkiej, pętlie której w okolicy pępkowej były nieco więcej gazami rozdęte. Badając ręką kieszkę ślepą, grubą wstępującą, poprzeczną znaleźliśmy je w stanie prawie prawidłowym, dopiero po usunięciu na bok kieszek cienkich, widocznym był zrost i to na znacznej przestrzeni zakończenia kieszki cienkiej z kieszką ślepą. Zrosty te były mocne, zmieniały zupełnie stosunki i uniemożliwiały rozpoczęcie stopniowego szczegółowego badania kieszki cienkiej w całym jej przebiegu, jak to najczęściej ma miejsce od jej zakończenia, badanie więc to rozpoczęliśmy od pętlicy w pobliżu się znajdującej. Zwolna wydobyłem na zewnątrz jamy brzusznej przeszło dwa łokcie kieszki cienkiej, układając je pod ciepłe serwety, poprzednio w roztynie sublimatu dokładnie wymoczone; posuwając się dalej zauważyliśmy, iż objętość kieszki z powodu nagromadzonych zawartości, wyraźnie się zwiększa, ściany zaś jej są zgrubiałe, obrzęknięte, następnie zaś, po przejściu jeszcze kilku cali, dalsze wydobywanie kieszek okazało się niemożliwym.

Badając bliżej kieszkę przekonaliśmy się, iż na miejscu tem jest ona o wiele twardszą i najwyraźniej w postaci sznurka od strony prawej ku lewej na około swej osi skręconą. Skręcenie to było tak wydatnem, iż postanowiliśmy natychmiast je usunąć, co nadzwyczaj łatwo skutecznie się dało, po wykonaniu trzech ruchów obrotowych od strony lewej ku prawej całej masy kieszek wydobytych na zewnątrz.

Kieszka przybrała postać i wygląd najzupełniej prawidłowe, a jednocześnie o ile się zdawało, usunęła się tym sposobem i tkwiąca w miejscu tem przyczyna niedrożności.

Obecnie badając z całą ścisłością kieszkę cienką w dalszym jej przebiegu, znaleźliśmy ją przyrośniętą do ściany tylnej, następnie zaś zmieniającą swój kierunek pionowo i w tym już jednocześnie, jak poprzednio wzmiankowałem, zrośniętą była z kieszką ślepą; kieszka cienka w końcu zachodziła po za ślepą i do miejsca połączenia jej z tą ostatnią dojść od tyłu było niepodobna. Wyrostek robaczkowy leżał swobodnie od przodu nieco ku dołowi i bynajmniej nie był zmienionym. Zrosty pomiędzy kieszkami były stałe, prawdopodobnie trwały one od roku, to jest od czasu pierwszego pobytu chorego w szpitalu, oddzielić je zupełnie było nadzwyczaj trudno, a nawet oddzielenie to wzbudzało obawę zranienia kieszki. Wprawdzie usunąłem je od przodu na nieznacznej przestrzeni ostrzem noża, lecz nie mając wskazań wyraźnych, zaniechałem tego i uważając czynność swą za skończoną, włożyłem do jamy otrzewnej wydobyte na zewnątrz kieszki i po dokładnem dokonaniu tak zwanej toalety, brzegi rany w ścianie brzusznej zbliżyłem za pomocą kilku szwów głębokich i powierzchownych. Przy opisie tym pominąłem niektóre szczegóły operacyjne i przygotowane przed operacją; w chwili obecnej są one wszystkim znane dobrze, przytaczać je zaś każdorazowo byłoby daremną stratą czasu.

Chory po skończonej operacji, należycie opatrzony, przeniesionym został na ogrzane łóżko; z powodu nadzwyczaj drobnego tętna i objawów mocnego zapadu, zalecono mu podskórne wstrzykiwania eteru, następnie w kilka godzin jeszcze jednorazowe wypłukanie żołądka. Podczas płukania odeszła znowu dość

znaczna ilość zawartości koloru zielonawo-szarego, zupełnie podobnej do płynów wymiotowanych przed operacją.

Wieczorem wygląd chorego był nieco lepszy, ciepłota  $36,4^{\circ}\text{C}$ ., tętno 112, chory uskarża się na bóle w całym brzuchu. Zalecono makowiec, za napój wino z lodu.

Dnia 31. Bóle w brzuchu uspokoiły się zupełnie, wymiotów nie było. Ciepłota  $36,2^{\circ}\text{C}$ ., tętno 108. Przy płukaniu żołądka odeszła czysta woda, przy końcu tylko nieco szarawej zawartości. D. 1 Stycznia 1888 r.. Chory spał kilka godzin, wymiotów nie było, bólów nie ma żadnych, ciepłota  $36,5^{\circ}\text{C}$ ., tętno 100. Przez otwór stolcowy, z wielką ulgą dla chorego, odeszła znaczna ilość gazów. Wewnątrz zalecono lekkie wino, lekarstw żadnych. Przez następne dni kilka, z powodu choroby własnej, nie mogłem odwiedzać chorego; stan jego, jak oznaczonem jest w karcie szpitalnej, każdodziennie się polepszał, chory gwałtem domagał się pokarmów, ciepłota ciała nie dochodziła ani razu wyżej nad  $37,5^{\circ}\text{C}$ ., przez otwór stolcowy obficie odchodziły gazy, stolców jednak nie było.

D. 6. Stycznia. Zdjęto głębokie i kilka powierzchownych szwów, brzegi rany skleiły się na całej przestrzeni.

D. 7. Stycznia. Po ławatywie z letniej wody nastąpiło kilka obfitych wypróżnień, z tego więc powodu zmienioną była nieco, przestrzegana dotąd, dyjeta ścisła.

D. 8 Stycznia. Zdjęto pozostałe szwy. Chorego widziałem znowu d. 10 Stycznia, stan jego ogólny ze wszech względów był zadawalający, łaknienie wzrastało, siły przybywały, wypróżnienia bez żadnej pomocy każdodziennie miały miejsce. Przy zmianie opatrunku znaleźliśmy, iż brzegi rany skórnej poniżej pępka rozeszły się na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$  cala, dno rany pokryte było szarawą łatwo krwawiącą ziarniną, lecz i to małe powikłanie w dni kilka przeszło pomysłnie.

D. 25 Stycznia. Rana brzuszna zagojona na całej przestrzeni, w miejscu rozejścia się jej brzegów pozostał mały strupek, wielkości ziarnka grochu. Chorego od dnia tego uważać można za uleczonego zupełnie.

## II. Przypadek t. zw. „zwyrodnienia skombinowanego“ rdzenia pacierzowego.

*Wycinek w streszczeniu z dzieła <sup>1)</sup> pod prasą się znajdującego.*

Podał

**Prof. Adamkiewicz.**

W Październiku 1882 r. zgłosił się do mnie po poradę D-r STEFAN R., nauczyciel w tutejszem gimnazjum, z powodu wzmagającego się osłabienia nóg.

W y w i a d y. Chory miał zdrowych rodziców, którzy dopiero w późnym wieku pomarli. Z rodzeństwa czworo żyje i żadne na nerwową chorobę nie

<sup>1)</sup> Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes. Stuttgart. Enke,

cierpiało. Chory sam kilka razy ciężko na tyfus i malaryję chorował. Po 18-tym roku życia przebywał często wrzody miękkie. Mając lat 25 cierpiał na przymiot. Poddal się leczeniu rtęciowemu, po którym wszystkie objawy przymiotu zniknęły i nie pojawiły się więcej.

Było to w r. 1881. Chory wstąpił do gimnazjum jako nauczyciel, wiódł życie regularne i sądził, że się już skończyły jego cierpienia. Niebawem jednak przekonał się, że nowa i ciężka choroba go nawiedza. Już od niejakiego czasu zauważył on, że mu się nogi mocno pocą, potem doznawał uczucia obumarcia i drętwienia, tak, że po dłuższym spoczynku musiał się ćwiczyć w chodzeniu. Z czasem doznawać zaczął mrowienia w tychże kończynach, równocześnie pojawiły się i bóle, które rozpromieniały się błyskawicznie wzdłuż kończyn dolnych i w grzbiecie. Doznawał uczucia półpaśca. W głowie ucuwał ciężkość i ściskanie. Od czasu do czasu miewał napady dreszczów silnych. Zwolna przychodził chory do przekonania, że jest ciężko chorym, stał się też smutnym i zamysłonym. Upadek sił postępował różnym krokiem, a leczenie hydropatyczne, które chory w 1882 roku w lecie odbył, nie powstrzymało jego biegu, tak że w Listopadzie tego roku już bez laski chodzić nie mógł, a w ciemności stać w żaden sposób nie był w stanie, chyba przy obcej pomocy. Popęd płciowy szybko zanikał.

**St a n o b e c n y.** Chory wzrostu średniego, chudy, źle odżywiany, skóra blada, źrenice wąskie, prawa nieco szersza niż lewa, oddziałują gnuśnie na światło.

Mięśnie wiotkie i słabe, a skóra nad nimi da się w fałdy znaczne podnosić. Wyraz twarzy obojętny i zdradza raczej duchową obojętność niż inteligencję, siłę woli lub panowanie nad sobą. Chory mało mówi i nie wiele się żali. Skargi jego ograniczają się do słabości kończyn dolnych i do utrudnionego oddawania moczu, który przy największych natężeniach tylko kroplami odpływa. Uczucie mrowienia równie jak i opasania trwają ciągle. Popęd płciowy zmniejszony. **R u c h y.** Chory tylko z trudnością utrzymuje się, przy zgiętej postawie, na nogach, nawet pomimo laski na której się całą siłą wspiera. Nogi nawet podczas stania nie zachowują się spokojnie, podnosi się bowiem ciągle raz prawy, drugi raz lewy brzeg stopy do góry, czasem cała stopa bez wiedzy chorego lekko się unosi, by za chwilę z nieznacznem uderzeniem opaść ku ziemi. Stanie o własnej sile, bez pomocy laski, tylko wtedy jest możebne, gdy chory szeroko kończyny dolne rozstawi; gdy je do siebie zbliży, waha się i musi być podtrzymany aby nie upaść. Gdy się go przestanie podierać, przy zamkniętych oczach upada natychmiast. Kilka kroków może chory postąpić bez laski, lecz kończyny dolne szukają wtedy niespokojnie miejsca podparcia, balansując jak gdyby na linie; dlatego traci chory kierunek zamierzony i prędko się męczy. O wiele lepiej chodzi on przy pomocy laski. Trzeba wtedy dobrze się temu chodowi przypatrzeć by go za nieprawidłowy uznać. Z tego już można pewne wnioski wyciągnąć. Jeżeli podpora jakaś odbiera temu chodowi jego patologiczną cechę i bezradność chorego zmniejsza, to cierpienie kończyn dolnych musi na tem polegać, że nie mogą one być dostateczną podporą, t. j. nie posiadają tej siły, za pomocą którejby ciało całe w pro-



stej postawie utrzymać mogły. Z tego wynika, że osłabienie mięśni kończyn dolnych musi być jednym z głównych objawów tej choroby.

Ale nawet przy pomocy laski kroki są małe, niezdecydowane i powolne, t. j. że kończynom dolnym brakuje nie tylko, jak widzieliśmy, siły dźwigania całego ciężaru ciała, ale nawet tego uzdolnienia, dzięki któremu ruchy zostają ściśle wykonywane. Sposób chodzenia najlepiej to okazuje. Chory przed każdym krokiem zdaje się namyślać i dopiero, jak gdyby powziąwszy jakiś plan swego działania, decyduje się na postawienie tego kroku, tak, iż każdy krok staje się dziełem dobrze obmyślanego działania. Ma też do tego dostateczne powody! Nie jest bowiem panem swych nóg.

Od kolan na dół, kończyny wiszą jak gdyby ciało obce, a gdy chory nogę niezgrabnie, ciężko i szeroko, całą podszwą na ziemię stawia i potem nim się zdecyduje złożyć na niej swój cały ciężar, to to robi rzeczywiście wrażenie jak gdyby chory sztucznie chodził na szcudłach.

Psychologicznie da się łatwo wytłumaczyć ten sposób chodzenia. Musi choremu tego czucia brakować, które zdrowego o położeniu kończyny, o sile i działaniu mięśni poucza, jednym słowem — czucia mięśniowego.

Tak więc przychodzimy do wniosku, że brak czucia mięśniowego wyjaśnia drugą właściwość w zaburzeniach ruchowych u naszego chorego.

Oba te objawy, t. j. brak surowej [grubej] siły i czucia mięśniowego, można też i w inny sposób wykazać. Jeżeli chory leży wyprostowany na łóżku, to jest on w stanie podnieść raz jedną, drugi raz drugą nogę do góry, dosyć wysoko i wykonywa wogóle wszystkie ruchy, które mu się wykonać poleca, ale posiada on niedostateczną siłę do pokonywania oporów, które mu się sztucznie rękami stwarza. Gdy chory, przy zamkniętych oczach, jedną lub drugą nogę do góry podniesie, nie jest w stanie przeszkodzić ruchom oscylacyjnym tych kończyn, które ciężko, jak obca masa, raz zanadto na zewnątrz na krawędzi łóżka, a innym razem znów na drugą kończynę upadają. Chory nie zdaje sobie zupełnie sprawy ze sztucznego położenia nóg, jakie im się nadaje, gdy ma oczy zamknięte.

Na skórze ma chory czucie na zmiany ciepłoty i ukłęcia zupełnie utrzymane, równie jak i umiejscowienie, z wyjątkiem na dużym palcu. Wrażenia bolesne umiejscawia z wielką pewnością. Opóźnionego przewodnictwa nie ma. Ruchy bierne okazują znaczną wiotkość we wszystkich stawach. Zupełny brak odruchów ścięgniastych.

Ruchy czynne na kończynach górnych zupełnie prawidłowe. Nie można w nich niepravidłowego wykazać, z wyjątkiem chyba lekkiego drżenia jakie się pojawia, gdy chory rękę wypręży i palce rozstawi. Ten stan nie długo uniemożliwił pełnienie obowiązków zawodowych choremu. Dnia 13. XII, chory przyjęty został do tutejszej kliniki wewnętrznej, gdzie do 23. II. następnego roku przebywał. Następnie został przeniesiony do zakładu dla kalek.

Tu też obserwowałem go dalej, nie mogąc jednak nic więcej stwierdzić jak postępujący ustawiczny zanik sił fizycznych i duchowych.

W dniu 29 Stycznia 1884 r. znaleziono go nieżywego w łóżku. Żadne szczególne oznaki nie dały znać o blizkim końcu. Sekcyi całkowitej nie było. Mimo tego dostałem mózg i rdzeń w moje posiadanie.

W mózgu nie było żadnych zmian. Rdzeń jednak okazywał rozległe zwyrodnienie.

Zmiany, które uwidoczniły się po krótkim barwieniu safraniną, były następujące: istota biała doznała na całej swej długości znacznej utraty istoty chromoleptycznej. Skutkiem tego ubytku istoty chromoleptycznej powstające plamy degeneracyjne można było widzieć nie tylko od dołu części krzyżowej rdzenia, aż do górnej szyjowej, ale posuwały się one dalej, w postaci jeszcze dotąd nie opisaney. Zwyrodnienie, w całej swej ciągłości wzdłuż rdzenia, trzyma się pewnego ścisłego prawidła. Najsilniej występuje ono w środkowej części piersiowej rdzenia, a ztąd w obu kierunkach ku górze i dołowi traci na rozciągłości. Można to porównać z krzywą linią, która z punktu najwyższego w dwóch kierunkach regularnie i jednakowo opada. W rdzeniu przedłużonym i w najniższej części rdzenia krzyżowego leżą końce tej krzywej linii.

Zwyrodnienie to okazuje jeszcze jedną ogólną charakterystykę. Składa się ono z dwóch pasm. Tam gdzie zwyrodnienie dosięgło najznaczniejszego stopnia, tam się te 2 pasma zlewają. W miarę jak zwyrodnienie w obu kierunkach wolnieje, rozchodzą się te pasma od siebie. Jeżeli będziemy się trzymali porównania z linią krzywą, to musimy powiedzieć, że to zwyrodnienie podobne jest do dwóch krzywych o wspólnym wierzchołku i 4-ech odnogach.

Fakty same najlepiej ten obraz wyjaśnia. Szczyt linii krzywej, jak to już powiedzieliśmy, odpowiada najsilniejszemu zwyrodnieniu w środkowej części piersiowej rdzenia. To najsilniejsze zwyrodnienie ciągnie się od 6-go aż do górnej części 9-tego korzenia piersiowego i zajmuje około  $\frac{2}{3}$  całego przekroju rdzenia. Sznury tylne są tu zupełnie zwyrodnione, z bocznych zaś sznurów tylko części tylne, tak, że tylko części sznurów bocznych wraz z sznurami tylnymi tworzą wspólne pole zwyrodnione.

Pola zwyrodnione sznurów bocznych mają podobieństwo do rogów bawolich, których wypukłość odpowiada brzegowi sznurów bocznych, zaś wklęsłość zwrócona jest ku rogom przednim istoty szarej. Podstawa ich spoczywa na odpowiednim rogu tylnym istoty szarej i zajmuje całą szerokość jego, a wierzchołek ich sięga aż do granicy między sznurami przednimi i bocznymi. W równej mierze jak się te rogi ku przodowi zcieńczają, przybywa też mniej więcej od połowy tych rogów i istoty chromoleptycznej. Z tego jak również i z konfiguracyi całej można wnosić, że zwyrodnienie posuwało się z tyłu ku przodowi. Pozostała reszta pozornie zdrowa zajmuje sznury przednie i tę część boczną sznurów przednich, która leży między dopiero co opisanymi rogami bawolemi, a przednimi rogami szarej istoty. I ta część, jak to drobnowidz wykazuje, jest zwyrodnioną, bo pokazują się prawie wszystkie nerwy tego obszaru, w niedawno opisanym stanie zwyrodnienia <sup>1)</sup>, który nazwałem zmianą warykotyczną włókien nerwo-

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. 1888. Nr. 1, 2, 3.

wych. Po obu stronach zakresu zwyrodnionego, t. j. ku górze, począwszy od 5-go, ku dołowi od 9 lub 10-go korzenia piersiowego, dzieli się to pole zwyrodnione, w tym obszarze jednolite, na 2 odrębne części. Podział ten odbywa się w zakresie sznurów bocznych i przednich prawie równocześnie.

Nie wdając się w drobne szczegóły, które zwyrodnione s z n u r y b o c z n e okazują, a które na innym miejscu będą wyluszczone, wspominam tylko, że części, najzewnętrzniej ku obwodowi położone w sznurach bocznych, po obu stronach symetrycznie i jednako są zwyrodnione. Ponieważ te zwyrodnienia można śledzić do samego rdzenia szyjowego, a nawet do oliwek, gdzie przyjmują postać trójkątnego pola, leżącego na wewnątrz od włókien *corporis restiformis*, od przodu zaś mają za granicę wstępujące korzenie nerwu piątego, można z tego wnioskować, że owe zwyrodnienia odnoszą się do dróg mózdko-bocznych. Ku dołowi zwyrodnienie ciągnie się przez część lędźwiową i krzyżową rdzenia pacierzowego i kończy się w stożku rdzeniowym, wszędzie położeniem swem przypominając drogi mózdko-boczne. Na szczególniejszą uwagę zasługuje zwyrodnienie s z n u r ó w t y l n y c h.

W części szyjowej przedstawia się ono w postaci: 1) zupełnego zwyrodnienia sznurów GOLL'a i 2) w postaci 2-óch pól położonych w sznurach BURDACH'a ku sobie zwróconych, z których każde ma postać do **S** podobną. Postać ta zarysowuje się ostro w przebiegu całego rdzenia szyjowego, a niknie, posuwając się ku części piersiowej i lędźwiowej, przyczem zwyrodnienie rozprzestrzenia się od wspomnianych pól do **SS** podobnych, przez cały obszar sznurów tylnych, pozostawiając tylko nieznaczne resztki zdrowej tkaniny, która leży w kątach utworzonych przez spojenie tylne i róg tylny z jednej strony, z drugiej przez róg tylny i tylny brzeg rdzenia w postaci małych trójkątów. Ponad częścią szyjową rdzenia, dają się zwyrodnienia do **SS** podobne aż do samych oliwek śledzić. Zupełnie te same zmiany opisałem <sup>1)</sup> już jako właściwe dla mięszkowej postaci wiądu rdzenia (*tabes parenchymatosa*). Ponieważ w przebiegu tej choroby zwyrodnienie pól w kształcie **SS** łączy się ze zwyrodnieniem sznurów GOLL'a, więc wynika z tego, że w przypadku tu opisanym p o łą c z y ł y s i ę z m i a n y dla wiądu właściwe ze zwyrodnieniem dróg mózdko-bocznych.

Przypadki, w którychby się taka sama kombinacja dwóch zwyrodnień pojawiła, nie były dotychczas opisane. Do dziś dnia były opisane tylko takie przypadki zwyrodnień skombinowanych, gdzie obok zachorowania sznurów tylnych znaleziono zwyrodniony cały układ boczny lub z niego tylko drogi piramidalne boczne. Do pierwszej kategorii zwyrodnień skombinowanych należą te przypadki, które FRIEDREICH jako postać dziedziczną wiądu rdzenia opisał. Jeden przypadek z drugiej kategorii niedawno opisali ERLICH i RYBALKIN. Ponieważ ze względu na znane przypadki zwyrodnienia skombinowanego, mój przypadek pod względem anatomicznym zajmuje pewne samoistne stanowisko, to przecież pod względem klinicznym od tych przypadków się nie różni. Od czasu bowiem WESTPHAL'a wiemy, że głównym objawem skombinowanego zwyrodnienia, obok

<sup>1)</sup> Die Rückenmarksschwindsucht. Wien. Tüplitz. u. Deutsch. 1886.

niezborności ruchów, jest coraz to się wzmagające i uwidaczniające osłabienie siły mięśniowej. Chory nasz, jak to w historii choroby wspomniałem, posiadał ten objaw w wysokim stopniu. Ponieważ wiadomo, że siła mięśni ustroju stoi w ścisłym związku z utrzymaniem dróg piramidalnych, a nie dróg mózdko-bocznych, których czynność nam jest zupełnie nieznana, a u naszego chorego były zwyrodnione drogi mózdko-boczne, to może się wydawać rzeczą zagadkową, dlaczego on za życia okazywał objawy osłabienia mięśniowego. Zagadkę rozwiążemy, gdy sobie przypomnimy drobnowidzowe badanie części piersiowej rdzenia. Tutaj bowiem można było wykazać przekraczanie sprawy zwyrodnienia i rozszerzenie się na cały prawie przekrój rdzenia. Skutkiem takiego rozprzestrzeniania się zwyrodnienia na całym przekroju, musiały być także zwyrodnione i drogi piramidalne, co za sobą pociągnęło jako objaw za życia o s ł a b i e n i e m o t o r y c z n e.

Ta okoliczność, że w naszym przypadku połączyło się zwyrodnienie dla wiądu rdzenia właściwe, ze zwyrodnieniem pewnego systemu, a mianowicie dróg mózdko-bocznych, uprawnia nas byśmy ten przypadek chorobowy do kategorii zwyrodnień skombinowanych zaliczyli. Od czasu jak WESTPHAL tę nazwę do terminologii chorób rdzenia wprowadził, wielu autorów rozumiało pod tą techniczną nazwą każde cierpienie rdzenia, gdzie przynajmniej 2 systemy równocześnie były zwyrodnione. Jednym z tych układów, miały być sznury BURDACHA, drugim po największej części drogi piramidalne boczne.

Takie rozumienie rzeczy dziś nie może się utrzymać.

Zwyrodnienie bowiem sznurów tylnych przy wiądzie rdzenia nie zajmuje, jak to wykazałem, całego tego systemu, lecz wychodzi ono z pewnych partyj do **SS** podobnych. Z drugiej strony wykazał WESTPHAL, że to, co powszechnie za zwyrodnione boczne drogi piramidalne uważają, tym sznurom bocznym wcale nie odpowiadają. Rozchodzi się tu raczej, jak to WESTPHAL wykazał, o zachorowanie partyi przybrzeżnej sznurów bocznych, co wielu autorów jako t. z. degenerację przybrzeżną opisało.

Wielu autorów, jak np. SCHULTZE i DÉJÉRINE, uważa to przybrzeżne zwyrodnienie jako z wiądem rdzenia w pośrednim związku stojące, a mianowicie tylne partyje opony miękkiej mają ulegać zapaleniu, które się wzdłuż części bocznych tej opony posuwa, a wreszcie przechodzi na utkanie rdzenia w częściach jego bocznych. Inni autorowie nie wahali się, pomimo że drogi piramidalne nie wiele odpowiadają przybrzeżnej partyi zwyrodniałej, wziąć te ostatnie za schorzenie pierwszych. Dopiero WESTPHAL na mocy wielu badań wyjaśnił, że ani jedno ani drugie twierdzenie nie ma racji bytu i że dla wytłumaczenia zwyrodnienia przybrzeżnego trzeba przyjąć inne przypuszczenie, a mianowicie, że trzeba uważać zwyrodnienie przybrzeżne jako zajęcie pewnej grupy nerwów, które stoją z sobą w związku nam dotychczas zupełnie nieznanym. Taki związek, zdaje się, da się w rzeczywistości wykazać, mogłem przytem udowodnić, że przybrzeżna partyja rdzenia posiada nerwy na safraninę w odrębny sposób oddziaływające. Grupa ta stoi w pewnym przeciwieństwie co do zachowania się względem wspomnianego barwnika, do pewnych grup nerwów we wszystkich sznurach około istoty szarej ułożonych, które co do zachowania się

względem barwników okazują pewną wzajemność i które skutkiem tego „partyjami chromoleptycznymi“ nazwałem.

Jak niedawno <sup>1)</sup> wykazałem, są partyje te miejscami, w których się zaczyna zwyrodnienie t. zw. *sclerosis disseminata* i które, jak ściślej badania tego zwyrodnienia wykazały, zaliczyć trzeba do zwyrodnienia pierwszorzędnego. Między innymi, odpowiadają ogniska, do **SS** podobne, w sznurach tylnych leżące, tak samo takim partyjom chromoleptycznym, w szczególności partyjom chromoleptycznym tylnym. Z tego wynika, że tam gdzie partyje te razem zachorują z partyją przybrzeżną sznurów bocznych, mamy do czynienia z pewną formą zwyrodnienia pierwszorzędnego, t. zw. *sclerosis disseminata*. Nie ulega zatem wątpliwości, że większa część przypadków zaliczonych do zwyrodnienia skombinowanego powinna być zaliczoną do „rozszianego stwardnienia“, lub jak tę chorobę powinniśmy teraz nazywać do zwyrodnienia „pierwszorzędnego“.

Jeżeli chcemy zatem nazwę zwyrodnienia skombinowanego zatrzymać, to powinniśmy zaliczyć do tego zwyrodnienia tylko te przypadki, w których się kombinują zwyrodnienia pierwszorzędne [partyj chromoleptycznych] z rzeczywistymi systemami. Ponieważ w naszym przypadku były zwyrodnione drogi mózdko-boczne, a zatem system, a w sznurach tylnych znajdowały się zwyrodnione partyje dla wiądu właściwe, a zatem partyje chromoleptyczne tylne, przeto nasz przypadek według wspomnianej zasady można zaliczyć do grupy zwyrodnień skombinowanych.

Niedawno temu opisałem inną kombinację zwyrodnienia partyj chromoleptycznych z systemem, mianowicie przypadek <sup>2)</sup>, w którym łączyło się zwyrodnienie partyj chromoleptycznych bocznych ze zwyrodnieniem systemu piramidального bocznego. Nazwałem tę kombinację, ponieważ się jedno i drugie zwyrodnienie w jednych i tych samych sznurach bocznych odbywało: zwyrodnieniem jednopasmowym zwyrodnienia skombinowanego. W tutaj opisanym przypadku natomiast, były partyje chromoleptyczne, a system [mózdko-boczny] w dwóch rozmaitych sznurach zajęte. Ten rodzaj kombinacji możnaby nazwać dwupasmowym zwyrodnieniem skombinowanym.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 10. Uffelmann. O ciepłocie używanych pokarmów i napojów.

W podręcznikach dyjetetyki zwykle bardzo nieliczne znajdujemy wzmianki o ciepłocie używanych przez nas napojów i pokarmów. MOLESCHOTT, WIEL, ledwie kilka wierszy, a VOIT, HERMANN nawet ani jednego słówka nie poświęcają tej kwestyi. A jednak zasługuje ona na uwagę, gdyż od ciepłoty zależy działanie na żołądek i na ustrój przyjmowanych pokarmów, a także smak i trawienie, o czem właśnie dyjetetyki pamiętać winny.

<sup>1)</sup> Ostatni zjazd przyrodników niemieckich w Berlinie.

<sup>2)</sup> Medycyna. 1888. Nr. 1 i 2.

Na sztucznie żywionych noworodkach możemy się przekonać, jak ważne znaczenie ma dla ustroju pewna ciepłota pokarmu. Regułą jest, aby pokarm dla tych dzieci miał ciepłotę kobiecego mleka; otóż wszelkie nieznaczne nawet zboczenia w tym względzie, t. j., chłodniejsze lub cieplejsze mleko, pomimo zachowania wszelkich innych warunków przygotowania, wywołuje u noworodków ostre lub przewlekłe cierpienia w odżywianiu. Zbyt gorący pokarm rozdrażnia dzieci, stają się one niespokojnymi, nie dobrze śpią, pocą się, a przy stałym podawaniu zbyt gorącego mleka, bledną, wiotczeją i mniej przybierają na wadze, niż ich racjonalniej żywieni rówieśnicy. Zbyt chłodny pokarm sprowadza wymioty, bólesci brzuszka, rozwolnienie, objawy te spostrzegamy u dzieci niższych klas społeczeństwa, w których matki nie mają czasu na troskliwe zajęcie się swemi dziećmi.

UFFELMANN zauważył, że przy pewnych okolicznościach, różnica ciepłoty o 2—3° C., od prawidłowej już jest w stanie wywołać poważne zmiany w zdrowiu noworodków, normą zaś powinna być ciepłota 38,0° C.. Ustrój dziecięcy bardzo jest wrażliwym na ciepłotę pokarmów, człowiek dojrzalszy przyzwyczaja się do rozmaitych ciepłot, a jednak często możemy zauważyć i w tym jeszcze wieku doraźnie złe skutki pokarmów o zbyt niskiej ciepłocie, tak np. bardzo zimna woda, piwo i t. p., szczególnie gdy szybko zostają wypite przy jednocześnie podwyższonej ciepłocie ciała, wywołują bóle żołądka, niestrawność, a nawet rozwolnienie. Znamy kilku ludzi, którzy po zjedzeniu lub wypiciu bardzo zimnych pokarmów, systematycznie dostają bólu w dołku, kolki i rozwolnienia, podczas gdy doskonale znoszą te same pokarmy, podane o wyższej ciepłocie.

Nawet na ogólny stan zdrowia oddziaływa stałe spożywanie zimnych, a nawet tylko chłodnych pokarmów. Widzimy to na ludziach, którzy zamiast ciepłej stawy używają wciąż zimnych pokarmów; po takim obiedzie nie czują się oni zadowoleni, choć są nasytzeni, bardziej są ociężali i mniej chętni do pracy, niż inni. W ogóle odżywianie robotników, używających zimnych pokarmów, znacznie upada, a przytem rozwija się nałóg do nadużycia wyskoku.

Zbyt gorące pokarmy też złe oddziaływają na ustrój; wedle LEUBE'go są one powodem bólów żołądka, a nawet ostrego zapalenia błony śluzowej żołądka, które przechodzi i w przewlekłą postać, skoro działanie gorących pokarmów zbyt często się powtarza. Wskutek przyzwyczajenia się do zbyt gorących pokarmów powstaje również atoniczne osłabienie trawienia; nie możemy tego z pewnością powiedzieć o rozszerzeniach żołądka i hemoroidach, a jednak trzeba przypuścić możliwość i tych cierpień, gdyż jak zobaczymy poniżej, gorące pokarmy osłabiają naprężenie w mięśniach i porażają nerwy naczynio-ruchowe, co bywa przyczyną owych stanów patologicznych.

Niepodobna zaprzeczyć szkodliwego działania gorących i zimnych pokarmów na zęby. Wspominają o tem wszyscy autorzy, jak np. MOLESCHOTT, HYRTL, SPAETH. UFFELMANN zrobił kilka odnośnych doświadczeń, kładł zęby do wody 60—61° C., a natychmiast po wyjęciu do 6° C., wody i spostrzegł pęknięcia emalii, podobne do takich samych pęknięć na porcelanie. Przekonawszy się zatem, że ciepłota pokarmów szkodliwie oddziaływa na zdrowie dojrzałych ludzi, wypada nam określić najstosowniejszą ciepłotę dla rozmaitych pokarmów, nieszkodliwą dla organizmu.

Ciepło i zimno są bodźcami, działającymi na komórki, na nerwy, na mięśnie i na naczynia ustroju. Przelotne działanie zimna sprowadza chwilową bezkrwistość, a następnie czynne przekrwienie, stałe zaś działanie zimna sprowadza także bezkrwistość, a następnie bierne przekrwienie. Wysoka ciepłota wywołuje krótkotrwały skurcz naczyń, a następnie rozszerzenie ich i przekrwienie, bardzo wysoka ciepłota bywa przyczyną sparzeń rozmaitego stopnia. Prócz tego działają oba bodźce, zimno i ciepło, drogą odruchową, na narządy odległe od

miejsca zastosowania bodźców, co nam tłómaczy powstawanie rozmaitych przeziębień, a również leczniczego działania pewnych środków, np., zimnych kąpeli nóg przy napływach do mózgu i t. p..

Zimno odruchowo działa też na serce, przyspiesza z początku jego działalność, a następnie zwalnia [WINTERNITZ]. Bodźce termiczne, działając na nerwy, na naczynia i na mięśnie, a zatem na krwiobieg w narządach, muszą zarówno oddziaływać na czynności tych narządów, o czym przekonamy się poniżej. Narzeczcie ciepłota działa także na fizjologiczne fermenty naszego organizmu; naj silniej działają one przy ciepłocie krwi, słabiej przy niskiej, a zupełnie działać przestają przy zbyt wysokiej ciepłocie.

Zimny pokarm, lub napój, wprowadzony przez usta do organizmu, oziębia usta, przelyk, żołądek, brzuch, a nawet całe ciało. Oziębienie widoczne jest nawet za pomocą termometru, LIEBERMEISTER bowiem, a również WINTERNITZ, podając litr wody 6,7° C., do wypicia, uzyskiwali spadek ciepłoty ciała z 37,3° C., na 36,5° C., a mocz był o 0,7° C., chłodniejszy niż przed wypiciem wody. Działanie zimnej wody na ciepłotę ustroju występuje już po kilku minutach, a trwa pół godziny, godzinę, a nawet dwie i trzy.

Gorące pokarmy i napoje wywołują uczucie parzenia w kanale pokarmowym, w ustach, na podniebieniu, a prócz tego podwyższają ciepłotę ustroju, lecz nieznacznie, o 0,1—0,3° C., o czym doświadczalnie przekonał się WUNDERLICH. Miejscowe działanie gorących pokarmów na błonę śluzową żołądka, a zarazem kiszek, wyraża się, wedle doświadczeń KOSTJURIN'a, na psach dokonanych, wszelkimi objawami mięszowego zapalenia błony śluzowej obu tych narządów. SPAETH robił podobne doświadczenia na królikach, którym wprowadzał wodę o ciepłocie 50—60° C. do żołądka, poczem spoztrzeżał tworzenie się owrzodzeń, a przy wyższych ciepłotach [70—80° C.], zapalenie, a nawet zniszczenie ścianek żołądka. Naturalnie nie możemy tych wyników doświadczeń na zwierzętach bezwarunkowo stosować do człowieka, gdyż ten przyzwyczaja się już od drugiego roku życia do przyjmowania gorących pokarmów, podczas gdy zwierzęta przez całe życie nie jedzą i nie piją nic gorącego, ani zbyt zimnego.

Napężenie mięśni żołądka słabnie pod wpływem gorących, a wzмага się pod wpływem zimnych pokarmów.

Co do działania ciepłoty pokarmów na czynności żołądka, to najstosowniejszą ciepłotą dla peptonizowania białkowego ciała jest 35° C. — 50° C.; przy 10° C., peptonizowanie znacznie słabnie, a przy 0° C., zupełnie ustaje, lecz następnie, po podwyższeniu ciepłoty, znowu się rozpoczyna, co dowodzi, że niska ciepłota nie zabija fermentu. Przy 50° C., działanie pepsyny również słabnie, a zupełnie ustaje przy 70—80° C..

Ferment śliny podobnie zachowuje się, przy 39° C. najsilniej działa, słabnie przy 10° C., przestaje działać przy 60° C..

Wprawdzie zimne lub gorące pokarmy po wprowadzeniu do żołądka przyspędzają powoli ciepłotę ciała, jednak trawienie bywa upośledzonym w samym już początku, a przytem owa zmiana w ciepłocie nie następuje tak szybko, jak powszechnie sądzimy, niekorzystne więc działanie trwa dosyć długo. Prócz tego ciepłota pokarmów działa odruchowo; zimne pokarmy i napoje wywołują dreszcz, gęsią skórę, pobudzają do kaszlu, zwiększają ruchy robaczkowe kiszek; gorące pokarmy wywołują pocenie się.

RODZAJEWSKI dowiódł, że ciepłota pokarmów oddziaływa również na naczynia, a mianowicie, że zimne pokarmy zwalniają działalność serca i tętna, gorące zaś przyspieszają, skutkiem tego zimne pokarmy uspakajają nerwy, a gorące podniecają je.

Uwzględniając wszystkie przytoczone działania, nie możemy odrzucić popularnego mniemania, że cierpienia płuc mogą nastąpić po użyciu zbyt zimnych pokarmów, szczególnie gdy ciało było bardzo rozgrzanem.

Ciepłota pokarmów i napojów oddziałują również na smak tychże, wiadomo wszak, że inaczej smakuje woda zimna a ciepła, gorąca lub chłodna kawa, zimne lub ciepłe mięsivo i t. p.. Dłuższe działanie zbyt wysokiej ciepłoty niszczy chwilowo wszelkie poczucie smaku. Przy ciepłocie 40° C., zmysł smaku działa najenergiczniej, jak utrzymuje FOSTER, wedle CAMERER'a zaś przy 10—35° C..

Gaszenie pragnienia również zależy od ciepłoty napoju; wodą od 10° C. do 20° C. najlepiej gasić pragnienie, a to samo można powiedzieć o kawie i herbacie. Bardzo zimne napoje, a również zbyt ciepłe, daleko gorzej gaszą pragnienie, niż o wskazanych ciepłotach. Spostrzeżenie to zupełnie jest prawdziwym, lecz dotychczas wcale nie wytłómaczonem.

Zanim przejdziemy do określenia ogólnych wniosków, wspomnimy poprzednio o mierzeniu ciepłoty pokarmów i napojów. SPAETH i UFFELMANN przekonali się, że można bez bólu przelikać napoje 50° C., a nawet przy 55° C., lecz w małych ilościach. Pokarmy stałe dają się żuć przy ciepłocie 55° C., przy wyższych stopniach sprawiają ból w ustach. Zwykle jadamy zupy ciepłoty 55—60° C., stałe pokarmy 40—50° C., kobiety polykają zwykle bardziej gorące pokarmy niż mężczyźni, a wieśniacy gorętsze niż mieszkańcy miast. Indywidualne przyzwyczajenia mają naturalnie swoje znaczenie, wiadomo bowiem, że niektórzy ludzie bez szkody polykają 72° C. zupy, a w Rossyi pijają 80 stopniową herbatę.

Niemile uczucie zimna w zębach i w żołądku wywołuje woda przy 6,5° C., mleko krowie już przy 10° C., natomiast kawa i szampan przy 10° C. wydają się zaledwie chłodnemi. Owoce wywołują niemile uczucie zimna przy 9—10° C..

Na zasadzie przytoczonych szczegółów możemy dla względów dyjetetyki następujące postawić wnioski:

1. Najodpowiedniejszą dla dojrzałego, a jedynie dozwoloną dla ssawców jest ciepłota odpowiadająca ciepłocie krwi osobnika.

2. Napoje gaszące pragnienie winny posiadać od 10° C., do 20° C. ciepłoty.

3. Nadmierne zimne lub gorące pokarmy zawsze oddziałują szkodliwie, szczególnie przy szybkim pochłanianiu ich. Nadto gorącym nazywamy stały pokarm o 55° C., a napój o 58° C., nadto zimnym gdy ciepłota niższą jest od 6—7,5° C..

4. Dla podwyższenia ciepłoty ciała, podczas zimy, wypada przyjmować pokarmy i napoje o 10—12° C., wyższe od ciepłoty ciała. W gorących natomiast miesiącach, stosownem jest użycie pokarmów, które nawet przy niskiej ciepłocie dobrze smakują i łatwo ulegają trawieniu, jak np. owoce, sałaty, galarety, mleko, maślanka, szynka i t. p..

5. Szybko po sobie następujące użycie gorących i zimnych pokarmów, już ze względu na szkodliwe działanie na zęby, powinno być zaniechanem.

Dla dyjetetyki chorego człowieka następujące stawiamy wnioski:

1. Zimne napoje i pokarmy zmniejszają ciepłotę podczas gorączki.

2. Zimne napoje uspakajają nadmierne podrażnienia błony śluzowej żołądka, co prawdopodobnie zależy od działania na zakończenie nerwów [łód przy wymiotach].

3. Zimne pokarmy zwiększają naprężenie żołądka, wzmagają ruch robaczkowy żołądka i kiszek, pobudzają wypróżnienia stolcowe, a niekiedy [przy dysenterji] sprawiają bóle.

4. Zimne pokarmy i napoje zwiększają istniejący kaszel.

5. Gorące pokarmy cokolwiek powiększają ciepłotę i mogą wywołać pocenie się.

6. Gorące napoje i pokarmy silniej pobudzają, niż zimne.

7. Gorące pokarmy przy częstem użyciu prawdopodobnie zmniejszają natężenie i energję kanału pokarmowego i naczyń brzucha.



Ciepłe napoje i pokarmy łagodzą kaszel.

Uznając prawdziwość powyższych wniosków, pozostaje nam określić te stopnie ciepłoty, przy jakich użycie pewnego pokarmu lub napoju uważamy za najstosowniejsze.

Woda źródłana najprzyjemniejszą jest przy 8—16° C., przy 8° C. jest już bardzo zimną, a przy 6° C. nieprzyjemną. Przy 21° C. nie ma świeżości, a przy 30° C. jest letnią i wzbudza mdłości i wymioty.

Woda sodowa, selcerska najstosowniejsza i najprzyjemniejsza przy 14—16° C. przy 12° C. wydaje się niezwykle zimną, a przy 6° C. prawie pić jej niepodobna.

To samo da się powiedzieć o piwie, przy 15° C. jest chłodnym, przy 8° lodowato zimnym się wydaje. Wino czerwone najlepiej smakuje przy 17—19° C.. Białe wino natomiast przy 10° C., szampan przy 8—10° C., a nawet przy 3—2° C. nie wydaje się tak zimnym jak woda sodowa tej samej ciepłoty, co bezwątpienia zależy od działania alkoholu, zawartego w szampanie.

Kawa i herbata najstosowniejsze i najprzyjemniejsze przy ciepłocie 43—52° C.. Dla ugaznienia pragnienia przy 10—18° C.. Rosół najlepiej smakuje przy 37—52° C., letni rosół [28° C.] nie ma smaku. Mleko przy ciepłocie 6—20° C. wydaje się nam zimniejszym od wody tej samej ciepłoty. Przy ciepłocie 16—18° C. mleko jest najsmaczniejszym; natychmiast po udojeniu ciepłota krowiego mleka wynosi 34—35° C., jest ono wtedy najsmaczniejszym, najprzyjemniejszy posiada zapach i najlepiej bywa znoszonym. Zupy owocowe najlepsze przy 20—32° C.; jarzynowe i mączne przy 37—52° C., Gorący a nawet ciepły [37° C.] chleb wywołuje ból i gniecienie w dołku, zapewne wskutek lepkości i niedopuszczenia soków, t. j. śliny i soku żołądkowego, do bliższej styczności, ułatwiającej trawienie. Pieczone mięso najodpowiedniej spożywać przy 37° C., t. j. przy ciepłocie krwi ludzkiej. Lody wogóle uważamy za szkodliwe, szczególnie w większych ilościach, zbyt szybko spożywane i przy jednoczesnym rozgrzaniu ciała.

(*Wiener Klinik*. 9 Heft 1887).

L. Wolberg.

## II. D-r Max Sänger [Lipsk]. O nowej metodzie zeszywania krocza przez przecięcie przegrody odbytnico-pochwowej i utworzenie płatów.


Jestto opis szczegółowy nowej operacji zeszywania krocza, wykonywanej jak dotychczas, prawie wyłącznie przez LAWSON TAIT'a i ztąd rękoczynem jego nazwanej. Metoda ta tem się różni od metod, będących obecnie w ogólnem użyciu, że nie wymaga wcale odcinania tkanek i odświeżania powierzchni rozdarłej, a polega wyłącznie na wytworzeniu płatów ze skóry, okrywającej krocze. Nie jest to jednak pomysł zupełnie nowy. LANGENBECK, SIMPSON, VOSS [starszy] a w ostatnich czasach FRITSCH, podali metody perineoplastyki płatowej, lecz operacje ich były nadzwyczaj złożone, głównie z powodu szwu, który nakładali z trzech stron, t. j., od pochwy, kiszki odchodowej i krocza, podczas gdy metoda LAWSON TAIT'a odznacza się nadzwyczajną prostotą, bo wszystkie szwy tylko od strony krocza są nakładane.

Autor, w celu bliższego wykazania różnicy między dawnymi metodami, a metodą TAIT'a, podaje opis metod SIMPSON'a, VOSS'a i FRITSCH'a, a także dawnej metody TAIT'a. Następnie przystępuje do opisu szczegółowego nowej operacji LAWSON TAIT'a.

Podamy tu opis ten w zarysie treściwym, odsyłając czytelnika po szczegóły do oryginału.

### I. Sposób operowania przy częściowem rozdarciu krocza.








Po wprowadzeniu do kiszki odchodowej tamponu z waty, albo też gąbki, w celu wypuklenia tylnej ściany pochwy, robimy nożyczkami kolankowatemi, [lub skalpelem] cięcie poziome na skórze krocza w równej odległości od

spoidła tylnego i od brzegu otworu stolcowego; cięcie to, głębokie na  $1\frac{1}{2}$  ctm., kończy się po obu stronach dwoma cięciami, poprowadzonymi od niego prostopadłe ku górze i nieco na zewnątrz od punktów połączenia warg sromnych małych z wielkimi (*Labionymphalgrenze*). Trzy te cięcia, stykając się pod kątem prostym, tworzą razem rysunek . Długość cięcia poziomego wynosi 3,5—4 ctm., obu zaś bocznych pionowych 2,5—3 ctm.. Wycięty w ten sposób z trzech stron płat skórny, kurcząc się, zmniejsza się natychmiast, a jeśli się go uniesie ku górze i podetnie nożyczkami, to otrzymamy powierzchnię obnażoną, prawie czworokątną, której brzegi ze wszystkich stron są ze skóry utworzone. Krwawiące tętniczki należy skrócić albo podwiązać katgutem.


Następnie przystępujemy do nałożenia szwów. Pod przewodnictwem dwu palców lewej ręki, wprowadzonych do otworu stolcowego, wkłuwamy igłę na trzonku <sup>1)</sup> tuż u lewego brzegu rany, jednak nie w skórę, lecz wewnątrz powierzchni rany, następnie przeprowadzamy igłę poziomo pod powierzchnią rany [tak jednak aby nie wpaść do kiszki lub pochwy] i wykluwamy u prawego jej brzegu. Po wprowadzeniu do uszka igły drutu srebrnego, wyciągamy ją z powrotem do brzegu lewego i w ten sposób drut zostaje przeciągnięty pod powierzchnią rany. Przeciętnie wystarczają 4 szwy do zupełnego zamknięcia rany. Po obmyciu rany roztworem sublimatu [1%] i po usunięciu tamponu z kiszki stolcowej, skręcamy nitki srebrne, naprzód środkową, następnie dolną i górną. Nitek nie obcina się wcale, lecz się je zwija w kłębek w pewnym oddaleniu od rany. Między nitkami srebrnymi, a zwłaszcza na płat pochwowy, radzi SAENGER nałożyć kilka szwów powierzchownych [4—6] z nitki jedwabnej. W ten sposób otrzymujemy zupełnie suchą linię szwów.

Leczenie następcze polega na zapudrowaniu linii szwów proszkiem jodoformu, które powtarzać należy dwa razy dziennie dopóty, dopóki nie utworzy się miękki skrzep jodoformowy, pod którym rana pozostaje zupełnie suchą. Opatrunek z gazy jodoformowej i waty sublimatowej. Szwy powierzchowne zdejmujemy siódmego dnia, srebrne zaś czternastego. Wtedy chora może łązko opuścić.

## 2. Sposób operowania przy całkowitem rozdarciu krocza.

Po przeprowadzeniu na przegrodzie odbytnico-pochwowej cięcia poziomego i dwu cięć bocznych pionowych jak wyżej, przyczem baczyć należy, aby nie zranić kiszki lub pochwy, przedłużamy dwa boczne cięcia ku dołowi, aż do miejsca, gdzie leżą przerwane i wyciągnięte końce zwieracza odbytu; w ten sposób wszystkie te cięcia utworzą rysunek  z krótszymi tylnymi odnogami. Wycięty w ten sposób płat skórny  pochwowy (a), pozostawiony sam sobie, tworzy brzegiem swoim łuk zwrócony ku przodowi, płat zaś odbytnicowy, (b) łuk ku tyłowi zwrócony:  Pociągając zaś za oba te brzegi w kierunkach przeciwnych ku górze i ku dołowi [przyczem trzeba koniecznie oba płaty podciąć nieco nożyczkami],  otrzymujemy płaszczyznę prawie prostopadłą:  Szwy, opatrunek i  postępowanie jak wyżej. Już trzeciego dnia  podać można chorej środek przeczyszczający.

## 3. Sposób operowania przy wyższych stopniach wypadnięcia pochwy z rozdarcie albo bez rozdarcia krocza.

Dwa boczne cięcia rysunku  przedłuża się ku górze ponad punkty połączenia warg sromnych małych z wielkimi, aż do punktów leżących na wyso-

<sup>1)</sup> Igła lekko zgięta PEASLEE'go.

kości lechtaczki i w ten sposób otrzymujemy połączenie dwu operacyj: zeszcycia krocza z zeszcyciem warg sromnych (*Episio-perineorrhaphia*).

Dla wyższych stopni wypadnięcia macicy i pochwy, operacyja ta nie jest wystarczającą. Tu często okazuje się potrzebną kombinacyja kilku razem operacyj, np. odcięcia części pochwowej macicy i zeszcycia przedniej ściany pochwy z zeszcyciem krocza i warg sromnych (*Amputatio portionis vaginalis, Kolporrhaphia ant. et Episio-perineorrhaphia*), albo też zeszcycia tylnej ściany pochwy z zeszcyciem krocza i warg sromnych (*Kolporrhaphia posterior et Episio-perineorrhaphia*). W tych przypadkach szwy w pochwie i na części pochwowej mogą bez szkody pozostać na miejscu przez 6 do 8 tygodni, aż do zupełnego zagojenia się i wzmocnienia blizny po zeszcyciu krocza i warg sromnych.

Wreszcie przytacza autor kazuistykę 19 swych przypadków, metodą TAIT'a pomyślnie operowanych i odczyt swój kończy temi słowami: „Kto raz pojął dokładnie stosunki, przy operacyj tej zachodzące, kto raz tylko był obecny przy jej wykonaniu, ten bez uprzedniego przygotowania i bez doświadczenia w operacyjach plastycznych, będzie w stanie sam ją wykonać. Klasyczna prostota tej operacyj i pewność jej wyników, zapewniają metodzie LAWSON TAIT'a pierwszeństwo przed dotychczasowymi metodami“. Dobre rysunki szematyczne ułatwiają zrozumienie postępowania operacyjnego.

(*Volkmann's Samml. klin. Vosträge 1887. Nr. 301.*) M. Zweigbaum.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 21. II. 1888 r., prowadzono w dalszym ciągu dyskusyję nad odczytem kol. SOKOŁOWSKIEGO: „Kilka uwag nad terapiją antyseptyczną suchot płucnych“. Kol. SOKOŁOWSKI nie był na posiedzeniu obecnym. Prezes BRODOWSKI wątpi o skuteczności środków antyseptycznych przeciwko suchotom płucnym. Sublimat zabija wprawdzie jad gruźlicy, ale z jednej strony po upływie pewnego czasu opuszcza organizm bez śladu, z drugiej zaś jest szkodliwym dla samych tkanek i osłabia ich żywotność. Z doświadczeń kol. BURWIDA widzieliśmy, że i kwas karbolowy, wstrzyknięty pod skórę, lubo zabójczy dla pasorzytów, osłabia jednocześnie tkanki i czyni je przystępnymi dla zakażenia. Następnie mówca przedstawił historyczny rozwój pojęcia o dyjatezie w zastosowaniu do gruźlicy. Pomimo odkrycia przez KOCH'a istotnej przyczyny suchot płucnych, *resp.* lasecznika gruźliczego, pozostał niezmiennym fakt, że nie każdy organizm, a nawet nie każda tkanka podlega w jednej mierze zgubnemu wpływowi tego bodźca szkodliwego. Lasecznik może przejść niejako przez organizm i albo wcale się nie rozmnożyć, nie znajdując dla siebie odpowiedniej gleby, albo może się osiedlić w pewnych tylko tkankach. Do jakiego stopnia sprawa gruźlicza może się umiejscowić, może służyć za dowód przypadek, spostrzegany na sekcji przez prezesa BRODOWSKIEGO; u człowieka, który miał włóknistą postać suchot płucnych, rozwinęła się gruźlica nerki i to jednej tylko połowy [nerka była jedna w postaci podkowy], przyczem gruźlica rozszerzyła się na jeden tylko moczowód. Do nerki lasecznik mógł się dostać tylko przez krew, ale się nie rozwinął w tej ostatniej dla braku sprzyjającego gruntu. W obecnym stanie nauki musimy także przyjąć istnienie dyjatezy i pojmujemy ją jako pewną słabość tkanek, które stają się dobrą glebą dla rozwoju danego pasorzyta. Rozstrzygnięcie pytania, czy dana tkanka może się stać w przyszłości dobrym gruntem dla pasorzyta, czy nie, przechodzi zakres anatomii patologicznej. Dziedziczność również trzeba pojmować jako przekazywanie słabości tkanek, a nie samego pasorzyta. Wprawdzie WEIGERT, a właściwie CURT-JANI, znajdowali laseczniki w nasieniu suchotnika mającego zdrowe *genitalia*, nie wiadomo czy to jednak nasie-

nie było zdolnem do zapłodnienia. LANDOUZY i MARTIN szczepili nasienie gruźliczych zwierząt i wywoływali gruźlicę, wątpliwą jednak jest rzeczą, czy tak skomplikowana manipulacja, jak otrzymanie takiego nasienia, odbyła się z należytą czystością.

Vice prezes PRZEWSKI, opierając się na spostrzeżeniu FIRKET'a twierdzi, że tylko przy gruźlicy prosówkowej ogólnej laseczniki gruźlicze znajdują się we krwi w większej ilości, nie idzie za tem jednak aby ich we krwi suchotników wcale nie było. Co do sposobu odziedziczania gruźlicy, lubo są fakty, przemawiające za bezpośredniem pochodzeniem pasorzyta z organizmu rodzicielskiego do płodu [obecność lasecznika we krwi rodziców, obecność takowego w wydzielinie zdrowych na pozór jąder], to jednak nie stwierdzono co do człowieka faktu, żeby dzieci gruźliczych rodziców przychodziły na świat z gruźlicą. Co do zwierząt, znane jest spostrzeżenie JOHN'E'go: krowa perlicza urodziła cielę również perlicze. Z drugiej zaś strony fakty takie, że dzieci suchotników zapadają na suchoty w późnym nieraz wieku przeczą temu, aby dziedziczność miała się udzielać jedynie drogą zakażenia wewnątrz-macicznego.

Prof. BARANOWSKI przypomina, że przed kilku laty, dyskusja nad zaraźliwością suchot, prowadzona w naszym Towarzystwie, doprowadziła do innych wyników. Obecnie teoretycy doszli do tegoż wyniku co i praktycy, t. j., że dyjateza istnieje jako fakt niewątpliwy. Prof. B. protestuje jednak przeciwko szerokiemu zakresowi, jaki dali dyjatezie jego poprzednicy. Oprócz usposobienia trzeba zwracać uwagę na dawkę pasorzytu; duża doza, co prawda rzadko się zdarzająca, działa nawet na nieusposobionych. Co do lokalizacji gruźlicy w różnych narządach, takowa ma miejsce tam, gdzie tkanka posiada mniej odporności, *resp.* jest patologicznie zmienioną. Prezes BRODOWSKI przyznaje również oprócz odziedziczania usposobienie nabyte, nawet przelotne i czysto miejscowe (np. *pleuritis* i *pericarditis tuberculosa*). Czy zdrowy ludzki organizm może podlegać zakażeniu po zaszczerpieniu dużej dawki lasecznika gruźliczego, nie możemy stanowczo twierdzić dla braku odpowiednich doświadczeń.

Kol. MATLAKOWSKI jest zdania, że ilość pasorzytu nie odgrywa wielkiej roli w zakażeniu: małe ilości pasorzytów mnożąc się mogą wywołać wielkie skutki. A dodad jeszcze nie mamy żadnej zrozumiałej teorii dziedziczności z powodu różnorodności czynników których ona jest wynikiem.

Kol. DUNIN przyznaje, że do zakażenia gruźlicą potrzebnem jest usposobienie czy to dziedziczne czy nabyte. To ostatnie może być chwilowem [np. zakażenie przez ranę]. W wielu jednak razach usposobienie gruźlicze, t. z. *habitus phthisicus*, częste nieżyty, obrzmienie gruczołów i t. d., nie jest wyrazem usposobienia lecz już po prostu samą gruźlicą. Nawet człowiek, u którego dostępnymi środkami badania wykryć gruźlicy nie możemy, może posiadać gruźlicę np. gruczołów oskrzelowych, mezenterjalnych i t. d.. Zdaje się też, że możliwem jest bezpośrednie odziedziczanie pasorzytu wobec tego, że spotykamy dzieci w tak wczesnym wieku chorujące na gruźlicę, nie można bowiem mówić o usposobieniu do suchot lecz do gruźlicy w ogóle.

Następnie kol. MATLAKOWKI opisał przypadek promienicy wyleczonej na drodze operacyjnej. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

W dyskusyi nad odczytem kol. MATLAKOWSKIEGO, kol. DUNIN [który właśnie w danym przypadku rozpoznał promienicę] nadmienił, że początkowo w cząstce płynu wyciśniętej z nacieczonej tkanki nie znalazł gwiazd promienicy, tylko drobnoziarniste kule, wyglądające tak jak gwiazdy promienicy, które pozbawione zostały promieni i z których pozostała tylko część środkowa. To go pobudziło do dalszego poszukiwania. Jakoż przekłówszy mały pęcherzyk wypuścił z niego kroplę płynu, w którym pływały 2 krążki wielkości tej co ślad, jaki zostawia mucha. Krążki te okazały się czystymi gwiazdami promienicy, bez komórek naokoło.

Prezes BRODOWSKI znajdował również twory kuliste, o których mówi kol. DUNIN; zdaje się, że to są zarodniki. Co się tyczy dróg, jakimi się ten pasorzyt do ustroju dostaje, to twierdzić można napewno, że zakażenie może nastąpić nie tylko przez jamę ustną, ale innemi także drogami; w mięśniach np. znajdowano otorbione guziczki, zawierające promienię.

Kol. MATLAKOWSKI przytacza zdanie ISRAEL'a, że grzybek promienicy przenika przez zęby zepsute, PARTSCH'a, że przez małe ekskoryjacje. Ciekawem jest jedno spostrzeżenie, gdzie istniała promienica płuc, w płucu zaś tem w kawernie znaleziono ząb, a w nim grzybek promienisty.

Kol. STANKIEWICZ robi uwagę, że pomimo najstaranniejszego leczenia bywają szybkie przerzuty promienicy jak to miało miejsce w przypadku spostrzeżanym przez niego razem z kol. FLORKIEWICZEM [który pierwsze spostrzeżenie u nas przypadki promienicy opisał].

W końcu prezes BRODOWSKI proponuje aby promienię nazywać *promienistnicą*, na co kol. PRZEWOSKI odpowiada, że on właśnie polską nazwę tej choroby stworzył i odpowiedniejszej żadnej wynaleźć nie mógł.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowym d. 28. II. 1888 r. kol. KAMOCKI opisał przypadek głębokiego krwotoku po operacji zaćmy, rzecz, która będzie drukowaną w naszym piśmie. Kol. Z. KRAMSZYK, zaznaczywszy, że przypadek opowiedziany przez kol. KAMOCKIEGO należy do rzędu spostrzeżeń ciekawych i dających się trudno objaśnić, opisał jedno własne spostrzeżenie. 70-letnia chora, w wysokim stopniu krótkowzroczna, w prawem oku miała zaćmę prawie dojrzałą, w lewem można jeszcze było przejrzeć dno oka i widzieć na około nerwu rozległe zmiany, a w ciele szklistem pływające kłaczkki. Był to przypadek do operacji niewdzięczny i z góry można było przewidzieć nieprzyjemne powikłania. Zrobiwszy cięcie u brzegu rogówki i wyciąwszy tęczę, kol. K. rozerwał ostrożnie torebkę i nacisnął na gałkę łyżeczką. Jądro soczewki łatwo wyszło, resztę mas korowych K. wycisnął palcami. Pod koniec tego aktu zauważono, że ranka się otworzyła i pozostała ziejącą. Natychmiast oko zakryto watą. Po kilku chwilach kol. K. zajrzał do oka: ciało szkliste łało się obfitym strumieniem. Nałożono opaskę i zalecono spokój. Po 2 godzinach chora zaczęła się uskarżać na ból i z pod bandaży zaczęła się łać krew. Po zdjęciu opaski i obmyciu oka, kol. K. spostrzegł w ranie siatkówkę w postaci żółtawych kłaczków. Obcięto ją i nałożono uciskający opatrunek. Krwawienie ustało. Oko bez odczynu zapalnego zanikło. Tu krwotok był łatwiejszym do zrozumienia, niż w przypadku kol. KAMOCKIEGO, gdzie oko było zupełnie zdrowe. Przy zmianach w naczyniówce mogły łatwo pęknąć naczynia krwionośne wskutek zmniejszenia ciśnienia po wypłynięciu ciała szklistego. Pozostaje tylko zagadką, dlaczego krwotok nie nastąpił zaraz po operacji, tylko dopiero w 2 godziny. W ogóle niechętnie operujemy oczy krótkowzroczne. Od czasu tego przypadku kol. KRAMSZYK postanowił w podobnych razach ograniczać się jedynie na usunięciu jądra, pozostawiając resztę powolnemu wessaniu, a choćby rozrywając wtórną zaćmę igłą.

Następnie kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego 70-letniego, fabrykanta fortepijanów Müllera, któremu z pomyślnym skutkiem dokonał wyluszczenia raka szyi z prawej strony istniejącego od 4 miesięcy i pozostającego w ścisłym związku z wielkimi pniami naczyniowymi szyi. Kol. J. opisał obszernie to spostrzeżenie i samą operację, przy której wraz z guzem wycinano na długości 6 ctm. tętnicę szyjową wspólną i początkowe jej gałęzie oraz żyłę szyjową wewnętrzną; podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, wewnętrznej i zewnętrznej, tarczowej górnej, również jak i żyły dokonano jedwabiem. Nerwu błędnego nie naruszono. Przebieg był bezgorączkowy, zagojenie nastąpiło *per primam*. Żadnych objawów mózgowych nie było. Bóle ustąpiły odrazu. Chory po kilku tygodniach

znacznie utył i czuje się doskonale, Szczegółowy opis tego przypadku będzie drukowanym w naszym piśmie.

Prezes BRODOWSKI, demonstrując nowotwór wycięty przez kol. JAWDYŃSKIEGO, zwraca uwagę na wzgórkowatą jego powierzchnię, której na powierzchni rozkroju odpowiadają zlewające się krążki, odpowiadające przecięciom połączonych z sobą, a niegdyś prawdopodobnie oddzielnych guzików. Ta okoliczność jak również siedlisko nowotworu kazały w pierwszej chwili przypuszczać, że to są zwyrodniałe górne głębokie gruczoly limfatyczne szyjowe i że mamy do czynienia z t. z. twardym mięsakiem limfatycznym (*lymphosarcoma durum*). Tymczasem badanie drobnowidzowego wykazało, że nowotwór jest rakiem rogowym (*carc. keratodes*). Nowotwór uznano w pierwszej chwili za wtórny, pomimo, że badanie nigdzie pierwotnego źródła wykazać nie mogło. Do takiego orzeczenia skłonił prezesa BRODOWSKIEGO tylokrotnie spostrzeżany fakt, że pierwotne nowotwory mogą być tak trudne do znalezienia że uchodzą z pod uwagi najdoświadczeńszego nawet klinicysty [tu prezes B. demonstrował nierozpoznany za życia, a nader nieznaczny rak żołądka, przypominający t. z. wrzody CLARK'a w macicy, rak ten dał początek liczny rakom wtórnym kości, gruczolów limfatycznych i jednego nadnercza]. Kiedy jednak powtórne staranne badanie nic nie wykryło, a szczególnie kiedy chory po kilku tygodniach jest zdrów zupełnie, niepodobna upierać się przy wtórności nowotworu i trzeba przyznać, że jest pierwotnym. Co mogło być punktem wyjścia dla niezwykłego w tem miejscu raka rogowego? Kol. J. upatrując, słusznie zresztą, zupełną analogię pomiędzy swoim przypadkiem, a przypadkiem opisanym przez VOLKMANN'a, uważa wycięty przez siebie nowotwór za *carcinoma keratodes colli bronchiogene* t. j. pochodzącego z elementów pierwotnych skrzeli. Prezes BRODOWSKI, zastrzegłszy się, że nie jest bezwzględnym zwolennikiem teorii WALDEYER'a i THIERSCH'a co do pochodzenia raków jedynie tylko z tkanek, w skład których wchodzi rzeczywiste nabłonki i poparłszy swoje zdanie obszerną argumentacją, wyraża pogląd, że w danym przypadku pierwotny rak gruczolów limfatycznych mógł powstać ze śródbłonka wyściełającego zatoki limfatyczne torebek tych gruczolów.

Vice prezes PRZEWOSKI zwracając się do poglądu kol. JAWDYŃSKIEGO, który twierdzi, że nie ma podstawy do przypuszczenia, iżby nabłonkowata tkanka operowanego przez niego raka mogła się rozwinąć z dodatkowego gruczolu tarczowego, nie uważa tego poglądu za słuszny. W miejscu usadwienia się opisanego nowotworu bywa *gl. thyreoidea succenturiata*, jest zawsze *gl. intercarotica* [której nabłonek LUSCHK'a wyprowadza z tego samego źródła co i nabłonek gruczolu tarczowego], dalej mogą być: *fistula congenita colli interna* i *cysta dermoidalis*. Wszystkie wymienione twory mogą dać początek rakowi rogowemu. Rozwój takiego raka z gruczolu tarczowego widział PRZEWOSKI i takie raki opisywano. Uważając za pewnik, że tkanka nabłonkowata raka powstaje tylko z tkanki nabłonkowej, można dopiero wówczas wyprowadzać ją od zablakanych zarodków tkanki nabłonkowej [jak to robi kol. JAWDYŃSKI], gdy się wyłączy możność rozwoju ze wszelkich tworów nabłonkowych, mogących znajdować się w danem miejscu.

W końcu kol. ORŁOWSKI wystąpił z obroną potępionego przez kol. JAWDYŃSKIEGO katgut, twierdząc, że do ligatur katgut jest odpowiedniejszym od jedwabiu, po którym widziano odchodzenie tegoż, *resp.* krwotoki wtórne. Na to kol. JAWDYŃSKI odpowiada, że użycia katgut wcale nie potępia, wychodząc tylko z zasady, że w handlu trudno znaleźć świeży i dobrze przygotowany katgut, a na małym oddziale chirurgicznym przygotowywanie jego jest prawie niemożliwym, stawia wyżej od katgut ligatury jedwabne, których odpowiednie aseptyczne przygotowanie jest daleko łatwiejszem.

## Wiadomości terapeutyczne.

**30. Acidum sulpho-carbolicum crudum.** Wartość każdego środka dezynfekcyjnego, mającego znaleźć powszechne zastosowanie lecznicze, mierzy się dwiema własnościami: popierwszą, wpływem danego środka na drobnoustroje chorobotwórcze, np. na zarodniki lasecznika karbunkulowego; powtórnie, wpływem tegoż środka na ustrój ludzki. Im pewniej i szybciej dany środek zabija np. zarodniki lasecznika karbunkulowego, tem lepszym i dzielniejszym jest środkiem antyseptycznym i dezynfekcyjnym. Ta jedna atoli własność nie wystarcza do nieograniczonego rozpowszechnienia danego środka; tenże bowiem obok swej dzielnej własności dezynfekcyjnej może w pewnych warunkach mniej lub więcej szkodliwie wpływać na ustrój ludzki.

Ze wszystkich dotychczasowych doświadczeń wynika, że najwyższy stopień własności dezynfekcyjnej posiada sublimat, szczególniej roztwór kwaśny <sup>1)</sup>. To też obecnie środek ten najpowszechniej bywa stosowanym w całej medycynie. Wszelako spostrzeżenia i doświadczenia w ostatnich miesiącach na nowo przypomniły, że sublimat może być stosowanym bez szkody dla ustroju ludzkiego — tylko do pewnej granicy. Po za tą granicą sublimat wywołuje bardzo poważne cierpienie przewodu kiszkowego, oraz nerek. W nerkach obok ostrej sprawy zapalnej powstaje charakterystyczne zatkanie kanalików moczowych i kłębków solami wapnia [fosforanami i węglanami wapnia], a w przewodzie kiszkowym, i to szczególniej w kisce grubej, pojawia się zapalenie krwotoczne zupełnie podobne do dyfterytycznego, dysenterycznego — tak, iż VIRCHOW, który badał ostatnimi czasami kiszki osób, zmarłych na ostre ogólne otrucie sublimatem, oznaczył sprawę chorobową jako *colitis haemorrhagica diphtheritica*. Dotąd przypadki tego rodzaju przeważnie spostrzegano u położnic po przepłukiwaniu jamy macicy roztworem sublimatu <sup>2)</sup>.

Do jakiego jednakże stopnia cierpienie to łatwo może powstać pod wpływem nawet zewnętrznego maskróznego stosowania sublimatu, przekonał mnie przypadek, który kilka tygodni temu spostrzegłem na swoim oddziale w szpitalu starozakonnym. Kobiecie, mającej około 50 lat, zaleciłem, z powodu cierpienia mózgowego, maść sublimatową [5j na 5j tłuszczu] do wcierania w głowę ogoloną. Po kilku dniach oprócz mocnego miejscowego zapalenia skóry głowy, ślinienia i charakterystycznego zajęcia jamy ust, wystąpił obraz chorobowy, najzupełniej odpowiadający ostrej, silnej dysenterji. Po kilkodniowym stosowaniu mawkca owa sztucznie wywołana dysenterja powoli zaczęła ustępować, a następnie zupełnie znikła.

Wobec tego nie można się dziwić, że rozmaici badacze szukają ciągle nowych środków dezynfekcyjnych z mniej szkodliwymi własnościami dla ustroju ludzkiego, co szczególniej ma niezmiernie wielkie znaczenie dla chirurgów i ginekologów, którzy najeźściej zmuszeni są używać środków dezynfekcyjnych w ogromnej naraz ilości, np. przemywając jamy ciała.

W pracowni instytutu higienicznego w Berlinie D-r LAPLACE pod kierunkiem prof. KOCH'a przeprowadził ostatnimi czasami doświadczenia nad kwasem karbolowym, a mianowicie nad wzmocnieniem jego własności dezynfekcyjnych.

W handlu, jak wiadomo, mamy albo zupełnie czysty kwas karbolowy, czyli tak zwany 100%, albo też najeźściej kwas karbolowy surowy, który bywa 50%, lub 25%. Roztwór 2% nawet zupełnie czystego kwasu karbolowego nie zabija zarodników karbunkulowych; toż samo tyczy się i roztworu 2% kreoliny. Jeszcze gorszemi okazują się roztwory kwasu karbolowego surowego. LAPLACE przekonał się, że dodawanie kwasu siarczanego do kwasu karbolowego nawet surowego potęguje jego własności dezynfekcyjne. Po licznych poszukiwaniach LAPLACE otrzymał z kwasu karbolowego i siarczanego ciała, które na mocy badań uważa za znakomity środek dezynfekcyjny i antyseptyczny. Sposób otrzymania tego ciała niezmiernie łatwy i prosty. Pewną ilość surowego kwasu karbolowego 25% zmieszać należy z taką samą ilością surowego kwasu siarczanego. Mieszanie tę trzeba następnie mocno skłócić, ogrzać, a w końcu oziębić. Wówczas powstaje jednostajna, czarna masa syropowata, która bardzo łatwo rozpzcza się w wodzie i tem już wielce się różni od samego surowego kwasu karbolowego. Otóż, doświadczenia, przeprowadzone nad tym środkiem, który LAPLACE nazywa surowym kwasem siarczano-karbolowym (*acidum sulpho-carbolicum crudum*), wykazały, że 4% wodny roztwór zabija zarodniki karbunkulowe w ciągu 48 godzin, a 2% — w ciągu 72 godzin.

Jednakże pomimo tych świetnych wyników pamiętać należy o tem, że dotąd najzupełniej nie znamy drugiej niezmiernie ważnej własności, jakiej od każdego środka antyseptycznego lekarz wymaga, t. j. nie wiemy, jaki jest wpływ tego środka, a raczej roztworów jego, na tkanki ustrojowe, na które bezpośrednio działa, oraz na cały ustrój zwierzęcy i ludzki. Jeżeli i w tym kierunku doświadczenia wypadną na korzyść pomienionego środka, to może on zyskać niezmiernie ważne znaczenie, gdyż obok braku własności trujących odznaczać się jeszcze będzie i ceną niezmiernie niską.

Wiktor Grostern.

1) Patrz: Gazeta Lekarska Nr. 1 r. b. Wiadomości terapeutyczne.

2) Wkrótce ukaże się w Gazecie Lekarskiej wyczerpujące sprawozdanie z całej tej kwestji.

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteriologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33.

## „VICTORIA”

Naturalna  
Woda  
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambl.**—Prospekta wysła gratis Dyrekcyjja. Wien, Stefansplatz.— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie. 10—1

## Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieregularnościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie. 10—7

Wystawa higieniczna Warsz. list pochwalny kl. I.

Fabryka Mydeł toaletowych  
**J. D. SOMMERA**  
ulica Przejazd Nr. 7.

Mydła lecznicze przetłuszczane podług D-r Unna ze ściśle oznaczoną ilością procentową środków działających, a mianowicie: Boraksowe 5%, Dziegielcowe 10%, Ichtyjolewe 5% i 10%, Kamforowe 5%, Kamforowo-Siarkowe 10%, Karbolowe 3%, Marmurowe 20%, Naftowe 5%, Naftowo-Siarkowe 10%, Salicylowe 5%, Siarkowe 10%, Smołowe 10%, Smołowo-Siarkowe 10%, Sublimatowe ½% i 1% Taninowe 3%.

Dostać można we wszystkich aptekach.

6—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

# TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. 1—4