

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

Treść: I. R. JASIŃSKI. Zniepokodobienie stawu wskutek sąsiedztwa z wrodzonym naczyńniakiem. II. PROBNIK. O charłactwie śluzowo-opuchlinowem [Dalszy ciąg]. — III. I. GRUNDZACH. Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka [Dalszy ciąg]. — *Notatki lekarskie.* 3. S. KRASZEWSKI. Zarośnięcie odbytu i odbytnicy Proctotomia. Wyzdrowienie. — *Wiadomości bieżące.* — Ogłoszenie konkursowe. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciwobachczych *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, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje 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 *Extr. 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 chłodnem 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 plasterkę cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stołcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA
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 zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52—8

Lipanium (Kahlbaum.)

Peptonum Carnis spissum (Kemmerich).

Peptonum Carnis spissum (Kochs).

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO dawn. E. Wernera.

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—4

D-r M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteriologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 26. 0—2

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.

0—4

GAZETA LEKARSKA.

I. ZNIEPODOBNIENIE STAWU WSKUTEK SĄSIEDZTWA Z WRODZONYM NACZYNIAKIEM.

Napisał

R. Jasiński,

chirurg warszawskiego szpitala dla dzieci.

Gdy kto próbuje chodzić nie na palcach, lecz na obcasach, to ustawia nogę w pozycji, którą w ortopedyi nazywają *pes calcaneus* [opuszczenie pięty lub stopa piętowa]. Nie mam zamiaru zwalczać tu dziwactw terminologii ortopedycznej, ani znanej ogólnie patologii tego cierpienia powtarzać, chciałbym tylko zanotować przypadek, który, właściwie mówiąc, ani do wrodzonych, ani do nabytych zniepodośnień stopy zaliczyć się nie da.

Pes calcaneus wrodzony, jak wiemy, rozpoczyna się podczas życia wewnątrzmacicznego i to w późniejszych okresach ciąży [PARKER, SCHATOK] wskutek tego, że stopy za długo pozostawały w położeniu zgięcia grzbietowego [kątu ku przodowi otwartego] np. przy położeniach pośladkowych z nogami ku górze zardartami [ADAMS].

Pes calcaneus nabyty zależy od porażenia mięśni łydki [*gastrocnemius* przeważnie], albo skutkiem urazowego nadwężenia tych mięskulów, albo zjawia się wskutek takich spraw chorobowych, jak zapalenie kości z następstwem obumarciem, zatrutą długości gołeni a więc z rozluźnieniem ścięgna Achilles'a przez zbliżenie przyczepów mięśniowych [KUNDRAT], lub nakoniec w przypadkach samowolnego oddzielenia się nasad (*Epiphysiolysis spontanea*) [MEUSEL].

Nie mówię tu już wcale o takich *pes calcaneus*, które są ostatecznym wynikiem przerwania lub przecięcia ścięgna Achillesowego, albo też blizn, powstających na przedniej powierzchni stanu gołenio-stopowego, od oparzeń, owrzodzeń i t. d..

Ryfka S. . . . z pod Ostrowca, zdołała na innej drodze zdobyć sobie *pes calcaneus*. Badanie tej jedenastoletniej dziewczynki wykazało następujące dane: od małego dziecka kulała, teraz kuleje coraz więcej. Lewa noga w łydce cieńsza od prawej, a w kostce jakby grubsza; lewa też goleń krótszą się wydaje.

Stopę lewą, szczuplejszą od prawej, tak znacznie można zgiąć ku przodowi, że grzbietowa jej powierzchnia da się niemal dokładnie do przedniej powierzchni gołeni dosunąć. Czynne zginanie grzbietowe odbywa się dość dobrze, ale zginanie stopowe jest zupełnie niemożliwym. Oparcia ciężaru ciała na jednej tylko stopie lewej niepodobna otrzymać wcale.

Mięsień *gastrocnemius* w zaniku, ścięgna Achilles'a wymacać nie można: zamiast mocnego, grubego i twardego postronka, czujemy kilka niewyraźnych, taśmowatych, rozstrzępionych i luźnych pasemek.

Stopa na podbiciu bardzo garbata, tak, że sklepienie jej daleko więcej gołyki ostrołuk, niż prawidłową krzywą kopułę anatomiczną przypomina.

Stawiamy rozpoznanie:

Pes calcaneo-inflexus. Niczego to jednak nie objaśnia. Przypadkow, m sposobem znajdujemy na 9 centimetrów nad piętą, a raczej nad dolnym konturem takowej, na łydce, szereg plam sinych, lub szarawo sinych w kształcie archipelagu wysp leżących na nierównej, choć płaskawo wyniosłej powierzchni.

Wyniosłość ta, jako obrzękłość niewyraźnie ograniczona, obejmuje dolną część łydki od tyłu i od obu boków, a na powierzchni przedniej znika niepostrzeżenie. Pomiedzy sinemi wyspami świecą się żywo zaczerwienione plamy lub też błyszczą białawe bliznowate smugi. Powierzchnia tego wszystkiego nierówna, guzowata, odporność zaś przypomina gąbkę.

Przy podniesieniu do góry kończyny, lub przy nacisku płaską dłonią, cały ten twór zdaje się tracić swą pierwotną wielkość. Zrozumieć łatwo, że na wysokości tego płaskiego napozór guza, nie podobna wymacać muskulatury łydkowej.

Guzowatość gąbczasta, którą opisuję, zajmuje przestrzeń, mającą 9 ctm. długości [z dołu ku górze] a największy wymiar poprzeczny 7 ctm.

Zapomniałem wspomnieć, że cała lewa stopa pokryta jest skórą wyraźnie siną, o ciepłocie znacznie niższej niż na stopie zdrowej. Na obrzmiałej części łydki pojawiały się podobno często owrzodzenia, długo nie dające się zagoić, chociaż niewielkie. Obecnie wszakże owrzodzeń takich nie widać. Dodam, że pod kolanem i na miejscu, w którym żyła podskórna wielka wlewa się do żyły udowej, wyraźnie dostrzedz się dają żyłaki.

Matka owej Ryfki zawiadamia mnie, że Ryfka urodziła się z siną plamą na łydce, że pod tą plamą robić się zaczął bładny miękki guz, że guz ten w przekonaniu jej zakrawał na ropień, że się jednak nie zebrał, tylko rozprzestrzeniać zaczął powoli, ale prawie nieustannie.

W obec tego wszystkiego dochodzę do wniosku, że dziecko urodziło się z wrodzonym naczyniakiem gąbczastym [może *angiofibroma*, bo takie najczęściej u dzieci spotykam]. Nowotwór ten rozrastając się i brudząc bardzo w porządku krążenia krwi, przyczynił się do dezorganizacji układu mięśniowego łydki, przez mniej lub więcej powolny zanik mięśnia *gastrocnemius* i ścięgna Achillesowego. Wpływ ten, którego doniosłości ocenić na razie nie można, odezwał się na stosunkach naczyń krwionośnych całej okolicy, bo nawet goleń lewa [od ziemi do linii stawowej stawu kolanowego] jest o $1\frac{1}{2}$ centimetra krótszą [lewa 35 ctm., prawa 36,5 ctm.]. Pomimo to przy hyperfleksyi grzbietowej guz piętowy prawy oddalony jest od główki kości strzałkowej prawej o 37 ctm., tak jak guz piętowy lewy od główki lewej. Ten ostatni więc o $1\frac{1}{2}$ ctm. więcej się od niej oddala w istocie. Jest on jednak w stanie wykonywać jeszcze większą wycieczkę i to w kierunku, który przestaje już być górno-dolnym, a staje się tylnoprzodnym. Na drodze tej tak się zapędza, że w chwili, gdy

grzbietowa powierzchnia palców do przedniej powierzchni goleni najwięcej się zbliży, to ów guz piętowy lewy oddalonym jest od główki strzałkowej lewej już tylko o 35 ctm., a więc posunął się ku przodowi, podnosząc ku górze o 2 ctm. Świadczy to o zupełnej niedoleżności hamulca mięśniowego.

Oprócz taśm niewyraźnych o których mówiłem, nawet w tej pozycji, innych śladów ścięgna Achillesa wymacać nie można.

W najgrubszym miejscu, t. j. na granicy $\frac{1}{3}$ górnej przedudzia z $\frac{2}{3}$ dolnemi, prawa łydka ma 25 ctm. obwodu, a chora tylko 23; tak samo w kostkach, prawa noga ma 20,5 a lewa 19. Tylko nad kostkami [gdzie naczyniak się znajduje] lewa kończyna ma 20 ctm. obwodu gdy zdrowa 17,5 posiada.

Długość stopy prawej wynosi 19 ctm., a lewej tylko $16\frac{1}{2}$, bo cała lewa stopa jest szczuplejszą, a przytem ma owo niezwykle sklepienie (*pes inflexus*), zależne po części od ciężaru przedniego odcinka stopy, a po części od przykurczenia krótkich mięśni i powięzi stopowej.

Naczyniak był niewątpliwie wrodzony, a *pes calcaneus* nabyty. Zmiany brył stawowych, zmiany powierzchni chrzęstnych, wreszcie całe to zniepodobnienie powstało tym razem niewątpliwie wskutek poprzedzającego je zaniku mięśnia. Pogląd ten znajduje wreszcie potwierdzenie w zeznaniu matki, kobiety stosunkowo bardzo rozsądnej, która stanowczo twierdzi, że „wykręcenie pięty“ dawniej, pomimo kulenia, nie istniało, a że rozwinęło się szczególnie w ostatnie lat 5, to jest od czasu gdy i „ciemny guz“ znacznie zwiększać się zaczął. Przypuszczam, że ten przyczynek do etjologii pięty opuszczonej (*pes calcaneus*) przydać się może do ilustrowania wpływu, jaki mięśnie staw otaczające na kształty części składowych tegoż stawu wywierać mogą.

Leczenie danego przypadku zarządziłem tak: 1) poprawienie czynności kończyny dolnej lewej za pomocą przyrządu ze sztucznym mięśniem dwubrzuśnym łydki, a 2) po kilku miesiącach chodzenia przy tych zmienionych warunkach mechanicznych — usiłowanie zniszczenia nowotworu tą lub ową drogą operacyjną, o ile się to okaże możebnem. Dziś ograniczyłem się tylko do zastosowania [oprócz przyrządu] opaski elastycznej uciskającej.

II. O CHARŁACTWIE ŚLIZOWO-OPUCHLINOWEM

(*myxoedema*).

Studyjum doświadczalne z pracowni kliniki chirurgicznej
prof. Mikulicza w Królewcu.

Podał

D-r. D r o b n i k asystent kliniki.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

II ¹⁾.

Na pytanie, czy objawy występujące u psa po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego są wywołane brakiem właściwej czynności tego narządu, starałem się

¹⁾ Podług odczytu mianego na posiedzeniu Towarzystwa „für Wissenschaftliche Heilkunde“ w Królewcu w Marcu 1888.

odpowiedzieć w ten sposób, że zamiast wyluszczenia, podwiązałem tylko naczynia odżywiające gruczoł. Dokonałem tego na trzech psach. Dwa z nich bezpośrednio po operacji i przez parę następných tygodni zachowywały się całkiem prawidłowo, rany goiły się prawidłowo. Trzeci, już na czwarty dzień po operacji przestał jeść, krył się w ciemne kąty, biegał na sztywnych nogach, łatwo się potykając. Wystąpiło też drganie włókienkowe mięśni, oraz kurcze kloniczne. Na szósty dzień, objawy znikły po rozejściu się już zesklepionych ran. Ropnie wytworzone na miejscu operacji goiły się szybko. Sekcyję dokonałem u tych trzech psów w cztery miesiące potem. W jamie brzusznej żadnych zmian patologicznych mogących być w związku z podwiązaniem naczyni gruczołu tarczowego. Rany na szyi całkiem zabliznione. Te dwa psy, które po operacji zachowały się prawidłowo, posiadały zanikłe gruczoły tarczowe mniej więcej do $\frac{1}{3}$ zmniejszone. Trzeci w miejsce gruczołu posiadał tylko tkankę bliznową. Drobnowidz wykazuje, w resztkach gruczołów, jamy ich pomniejszone, niekiedy rozpoznać się dające jedynie po obecności nabłonka walcowatego, częściej nabłonek płaski jak w istocie korowej prawidłowego gruczołu.

Te trzy spostrzeżenia stwierdziły przeto wynik, że zupełny zanik istoty gruczołowej [w jednym przypadku] nie pociąga koniecznie za sobą śmierci zwierzęcia, nie rozstrzygnęły jednak pytania z kąd się biorą objawy gwałtowne po wyluszczeniu gruczołu.

W dalszym ciągu swych badań powtórzyłem doświadczenia SCHIFF'a z transplantacją gruczołu tarczowego jednego zwierzęcia do jamy brzusznej drugiego i następnego dopiero wyluszczenia [po trzech tygodniach] tak przysposobionemu zwierzęciu jego własnego gruczołu tarczowego. Posłużyły mi do doświadczeń dwa psy półtoraroczne [z jednego pomiotu], którym w jamę brzuszną przesadziłem gruczoł tarczowy ośmiomiesięcznych szceniąt, a potem wyluszczałem ich własne gruczoły tarczowe. Oba psy pierwszą operacyję wytrzymały bez szwanku, po drugiej zaś jeden w dni 14, a drugi w dni 18 zdechł.

Sekcyja wykryła u jednego psa, że gruczoły do jamy brzusznej przesadzone znikły zupełnie, nigdzie ich bowiem przy najskrupulatniejszym przeszukaniu otrzewnej odnaleźć nie mogłem. Rana brzuszna goiła się doskonale, szwy się nie rozeszły — przeto nie można było myśleć o tem, iżby gruczoły były przy ropieniu wypadły, lecz jedynie że zostały wessane. Pomimo tego po wyluszczeniu właściwego gruczołu tarczowego pies zdechł po dniach czterestu. U drugiego znalazłem przesadzony do jamy brzusznej gruczoł na tem samym miejscu, lecz o połowę zmniejszony, o budowie drobnowidzowej prawie niczem nie różniący się od stanu normalnego.

Okazało się więc, że: 1) u psa wessanie istoty gruczołowej wcale nie wpływa na rozwój objawów występujących po wyluszczeniu gruczołów tarczowych [bo też wątpię muszę o czynnościowej wartości przyrosłych na niezwykłym miejscu obcych narządów *resp.* gruczołów ze względu na brak porządkującej ich czynności, działalności nerwowej]; że 2) objawy rzeczzone i śmierć następują po operacyi wyluszczenia nawet wówczas, gdy w organizmie znajduje się dostateczna ilość istoty gruczołowej.

Tak więc mniemać wolno, że objawy spostrzegane po wyluszczeniu gruczołu i śmierć po niej są niezależne od domniemanej czynności tegoż gruczołu. Szukać przeto należy przyczyn obrazu patologicznego bądź w technice operacyjnej, bądź też w obrażeniach pewnych ważnych nerwów, bądź wreszcie w sprawie gojenia.

Otóż co do pierwszego, to u psa mianowicie technika operacyjna jest bardzo prosta nie wymagająca zbytnej biegłości. Inna rzecz z uszkodzeniem ważnych nerwów podczas operacji. Przy uwzględnieniu bacznem stosunków anatomicznych, łatwo uniknąć obrażenia większych pni nerwowych, ale za to przy wyluszczeniu oraz podwiązywaniu naczyń, trudno, a nawet nie podobna ominąć drobnych niteczek nerwowych, dość obficie unerwiających torebkę gruczołową. Obrażenie tych gałązek podczas operacji przy prawidłowem gojeniu rany nie pociąga za sobą złych następstw. Gdy wszakże cała okolica gruczołu będzie zajęta ropieniem, to cały splot drobnych niteczek nerwowych bywa wciągniętym w sprawę zapalną i ulega nie tylko silnemu, lecz i ciąglemu drażnieniu, które po szlakach nerwu błędnego współczulnego, języko-gardzielowego i języko-ruchowego, sposobem odruchowym, wywołuje u psa objawy wyżej opisane.

Ażeby więc wywołać u psa zbiór objawów wyluszczenia, potrzeba przede wszystkim, iżby po sprawie tej oprócz mechanicznego drażnienia istniały zmiany tkanek wywołane ropieniem lub ciąglem ciśnieniem wynaczynionej a nie wessanej krwi. Otworzenie ropnia lub usunięcie guza krwistego zdolne jest całkowicie powstrzymać dalszy rozwój objawów lub przynajmniej sprowadzić znaczną w nich ulgę. Zdaje mi się, że te spostrzeżenia nie dają się objaśnić brakiem jakiejś nieznaney czynności gruczołu tarczowego, lecz jedynie zmianami patologicznemi w niezliczonej ilości włókien nerwowych ostremu zapaleniu uległych.

Sprawa zapalenia dosięga wszakże i znaczniejszych pni nerwowych. Dowodzi tego sekcya. Nerw zwrotny, przy znaczniejszem ropieniu, zawsze jest [jak wykazałem wyżej] zmienionym, a pień błędno-współczulny (*vagosympathicus*) spotykamy w stanie przekrwienia. Dalej nerw szyjowy pierwszy, choć go przy operacji od bezpośredniego uszkodzenia uchronić można, przy ropieniu prawie bezpośrednio na działanie zapalnej sprawy jest narażony. Na rozpromienieniu podrażnień nerwowych polegały też spostrzegany spostrzegany przez Fuhr'a objaw owrzodzeń rogówki, choć, jak już zauważyłem, pochodzą one pewnie raczej od zбочzeń czucia [świerzbienie]. Nieznośne bóle, lub zбочzenia czucia w zakresie nerwu trójdzielnego wywołują odruchowym sposobem kurcze w mięśniach unerwionych przez nerw twarzowy. Mięśnie karku, w których najrychlej występują drgania włókienkowe oraz kurcze kloniczne, stoją w bardzo blizkim związku z odnogą przednią pierwszego nerwu szyjowego, którego drażnienie wywołuje zбочzenia czuciowe w zakresie nerwu trójdzielnego. Wyobrażam sobie, że z górnego zwoju karkowego, bodźce kurczowe rozbiegają się po całym ciele, za pośrednictwem zespołów nerwowych, bądź to ośrodkowych, bądź też obwodowych. Hypotezę, że podrażnienie nerwowe, a nie brak czynności gruczołowej, jest przyczyną objawów po wyluszczeniu występujących, sta-

rałem się poprzeć rozmaitemi doświadczeniami. Pomijam te wszystkie, w których wyniki były niejasne lub małoznaczące, przytaczając jedynie więcej dodatnie. Trzem psom, za przykładem Fuhr'a, wyłuszczałem tylko część, mianowicie po jednym zrazie gruczołu. Wszystkie trzy znoszą operację bez szwanku, a tylko jeden dostaje na trzeci dzień drgania włókienkowego w mięśniach przedniej części ciała oraz kurczów klonicznych w czole, przestał żreć, krył się po kątach, biegał sztywno. Objawy znikły po trzech dniach. Ropienie przy gojeniu rany we wszystkich trzech przypadkach małe, rana zabliznia się szybko. Przy sekcji [w sześć tygodni po operacji] zraz gruczołowy pozostawiony raz był większym niżeli część wyjęta wyjęta, dwa razy mniejszy. Nie ma to żadnego znaczenia wobec różnej możliwej wielkości i kształtu gruczołu prawidłowego; drobnowidz nie wykazał w żadnym razie ani przerostu czynnościowego, ani odruchowego zaniku (*reflectorische Atrophie*) pozostałego zrazu gruczołowego.

Według zwolenników hipotezy o istotnej czynności właściwej gruczołu tarczowego, i to czynności nader ważnej dla całego gospodarstwa ustrojowego, wyłuszczenie jego połowy winno wywołać koniecznie albo przerost czynnościowy [zastępczy] części pozostałej, lub też śmierć w skutek niedostatku czynności tego narządu.

Dalej, celem wykazania wpływu i drażnienia włókienek nerwowych torebki gruczołowej, urządziłem u dwóch zwierząt doświadczenie w ten sposób, iż omijając wielkie pnie nerwowe, mogące uleść drażnieniu przy operacji, nie wyłuszczałem gruczołów, lecz je kleszczami zmiążdżyłem. Oba zwierzęta nieusypiane i nieodurzone, podczas tej operacji dawały oznaki gwałtownego bólu, a po operacji w stanie jakiegoś osłupienia, nie były zdolne do biegu, tak, że musiano je wynieść z izby operacyjnej. Jedno ze zwierząt zdechło nazajutrz, drugie na trzeci dzień, uległszy wszakże już na drugi dzień po operacji, przy prawidłowym stanie rany pierwszym objawom wyłuszczenia. Trudno wytłumaczyć ten wynik brakiem gruczołów tarczowych jako takich. Rychła śmierć zwierząt obu, dziwny stan osłupienia zaraz po operacji mówią za tem, że przyczyną tych objawów było silne podrażnienie mechaniczne nerwów wywołane miażdżeniem za pomocą kleszczy. Dodać winniem, że znaczna część zmiążdżonej istoty gruczołowej pozostała w ranie, tak, że nagromadzona w gruczole [jak chcą niektórzy] hypotetyczna jakaś istota wessaną być mogła i służyć ustrojowi przynajmniej przez czas pewien.

Wynik powyższych doświadczeń doprowadza więc do wniosku, że:

1) Objawy występujące u psa po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego występują niezależnie od obecności lub braku w ustroju zwierzęcia przypuszczalnej czynności gruczołu.

2) Objawy te wywołane są drażnieniem nerwów znajdujących się w torebce gruczołowej i jej otoczeniu.

3) Pomiędzy psami znajdują się [choć rzadko] takie, które operację wyłuszczenia gruczołu, pomimo następnego ropienia ran, znoszą bez żadnej szkody.

A teraz słów parę o możliwości porównania wyników doświadczalnych na zwierzęciu otrzymanych z charłactwem śluzo-opuchlinowem u człowieka, którego to charłactwa przyczyny po wyluszczeniu wola upatrywano również w usunięciu czynności hypotetycznej gruczołu; oraz o związku lub podobieństwie tegoż charłactwa z innym zbiorem objawów nerwowych, znanym pod mianem tężyczki (*tetania*).

Pomimo niezliczonych doświadczeń celem wywołania charłactwa nerwego, pozytywnych danych dotychczas otrzymać się dało bardzo niewiele, bo chociaż np. HORSLEY ¹⁾ twierdzi, że u małp widział po wyluszczeniu gruczołu tarczowego stan odpowiedni charłactwu śluzowo-opuchlinowemu, lecz MUNK ²⁾ wykazał, że małpy znoszą operację bez szkody, byle, nie tak jak u HORSTLEY'a, były trzymane w odpowiedniej ciepłocie. Wszakże niektóre z nich przedstawiały objawy podobne do tych, jakie po wyluszczeniu u psów widziano.

Zbiorowi objawów, u psa dostrzeganych, może jeszcze najbardziej odpowiada w patologii ludzkiej tak zwana tężyczka. Etyjologija tej ostatniej jest jeszcze bardzo ciemna, pomimo licznych prac na tem polu [SOURIER, DUJARDIN-BEAUMETZ, GERHARDT, WEISS, ERB i inni]. Wiadomo tylko, że między innymi widziano ją przy zaburzeniach czynności trawienia, że występuje przy niedokrwistości, zwłaszcza u ludzi ciężiej pracujących [szewcy, krawcy, muzycy, uczniowie i uczennice szkół średnich], widziano ją jako pierwszy napad po pologu, dalej przy zmianach chłodnej pory roku [RENAULT] i t. d.. Ostatniemi wreszcie czasy zwrócono uwagę na zjawianie się tężyczki po wyluszczeniu wola, a WEISS przytacza przypadek, w którym u chorej po operacji wyluszczenia wola wystąpiła tężyczka, ale znikła po otworzeniu ropnia w ranie pooperacyjnej powstałego.

Jednym z najwyraźniejszych objawów tężyczki, jest zwiększona pobudliwość nerwów [ERB stwierdził to dla prądów elektrycznych zarówno stałych jak przerywanych]. AWOKRATOW ³⁾ zwraca uwagę, że nie tylko mózg ale i nerwy obwodowe podczas napadów kurczowych u psa posiadają znacznie wzmoczoną pobudliwość elektryczną. Objaw ten, w połączeniu z drganiem włókienkowemi i klonicznymi kurczami, jakoteż ze zboczeniami w czynnościach polykania i oddechania, oraz sztywnością kończyn, słowem stan wywołany u psa przez operację wyluszczenia gruczołu tarczowego przemawia za tem, iż jest to rodzaj tężyczki. Popiera to, mojem zdaniem, nader dosadnie jedno spostrzeżenie nie pozostawiające żadnej wątpliwości, co do istoty choroby następującej u psa po operacji wyluszczenia gruczołu. Jedno ze zwierząt po wyluszczeniu ozdrowiało i pozornie wróciło do prawidłowego stanu po przebyciu nader ciężkich objawów wyluszczenia. W kilka miesięcy potem poddane innej operacji [w jamie brzusznej] okazywało włókienkowe drganie i kurcze kloniczne przedniej części ciała, a więc stan odpowiadający zupełnie napadom

¹⁾ HORSLEY. Relation of the thyroid gland. to general untistion.

²⁾ MUNK. Untersuchungen über die Schilddrüse. Sitzungsber. der K. Preuss. Akad. d. Wissenschaft. 1887. 20 October.

³⁾ „O wpływie wycięcia gruczołu tarczowego u zwierząt na centralny system nerwowy“.

tężyczki u człowieka, wywołanym jakimkolwiek silnem podrażnieniem. Pies ten przeto, mimo pozornego zdrowia przed drugą operacją, znajdował się od czasu pierwszej [ekstyrpacji] w stanie takim, jak chorzy na tężyczkę w czasie od napadów wolnym.

Przyczyny szukać wypada w zrośnięciach i twardych bliznach znajdowanych przy sekcji na miejscu wyluszczonego gruczołu. Różnice między tężyczką u człowieka a stanem poekstyrpacyjnym u psa są jedynie ilościowe, a i u człowieka nieraz po wyluszczeniu wola zjawiająca się tężyczkę odnieść wypada nie do braku czynności wyluszczonego gruczołu, lecz do zaburzeń w obrażonych nerwach.

Sądzę, że stan, w jakim się znajdują chorzy na wole, nieraz na długi czas przed operacją wytwarza u nich u s p o s o b i e n i e do tężyczki, polegające, jak to zdaje się wynikać z moich poszukiwań, również na drażnieniu nerwów w torebce gruczołowej u człowieka podobnie jak u psa, tylko w mniejszej ilości tu rozpostartych, oraz wielu innych gałęzi współczulnych, głównie w tej okolicy się rozpościerających, jak to w opisach anatomicznych przedstawiłem.

HOFFMANN mniema, że tężyczka występująca po wyluszczeniu jest pierwszym objawem charłactwa śluzowo-opuchlinowego, wyobrażając sobie, że usposobienie do napadów tężyczkowych słabnąc przechodzi powoli w początki tej choroby.

Trudno dziś, mimo tak stanowczych twierdzeń, dać odpowiedź istotnie zadowalającą na pytanie: czy charłactwo śluzowo-opuchlinowe stoi w przyczynowym związku z tężyczką występującą po wyluszczeniu wola. Kilka przypadków, w których zauważono wytworzenie się rzeczzonego charłactwa w następstwie tężyczki poekstyrpacyjnej, niczego stanowczo nie dowodzi, a nawet zmusza do pilniejszego rozróżnienia dwóch odrębnych od siebie chorób. Bo, w rzeczy samej, przy tężyczce mamy wzmózoną pobudliwość nerwową, przy charłactwie zaś uderza we wszystkich opisach stopień pobudliwości nerwowej, aż do z n i e c z u l e n i a u m y s ł o w e g o ogólnego [otępienia], i zupełnego idyjozmu i bezczulności moralnej. Do tego dołączają się zmiany w tkance skórnej w postaci mianowicie zgrubień na twarzy, górnych kończynach szyi i piersi, które można uważać również za zboczenie troficzne zależne od narządu nerwowego.

Inaczej sobie chyba niepodobna objaśnić objawów charłactwa śluzowo-opuchlinowego, zależnych niewątpliwie od układu nerwowego, jak przyjęciem zmniejszonej pobudliwości nerwów obwodowych albo ośrodków nerwowych, albo wreszcie całego układu. Łatwo pomyśleć, że wzmózona pobudliwość nerwów podczas tężyczki przejść może w ich stopień i wytworzyć obraz charłactwa śluzowo-opuchlinowego. Dotychczas nie udało się nikomu doświadczalnie wytworzyć u zwierząt stanu tej choroby odpowiedniego w przybliżeniu. Już ta okoliczność winna podać w wątpliwość te poglądy, które chcą przyczyny charłactwa szukać w braku domniemanej jakiejś specyficznej czynności wyluszczonego gruczołu, a o której jedni twierdzą, że polega na wytwarzaniu jakiegoś ciała niezbędnie potrzebnego do prawidłowej czynności istoty nerwowej i jej odżywia-

nia, inni zaś przypisują jej tylko własności pochłaniania szkodliwych dla narządu nerwowego substancyj będących wytworem przemiany materji.

Dotychczas przeto, pomimo badań i doświadczeń, etjologija charłactwa śluzowo-opuchlinowego jest jeszcze całkiem ciemną, choć wiele przemawiać się zdaje za tem, że szukać jej należy w ciągłym drażnieniu nerwów przez sprawę zablźnienia, odbywającą się w głębi ran jeszcze przez długi czas po uznaniu chorego za wyleczonego. [D. c. n.]

III. PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA CHORÓB ŻOŁĄDKA.

Napisał

Ignacy Grundzach.

1. JAKIM POKARMEM BADAĆ NALEŻY CZYNNOŚĆ ZDROWEGO I CHOREGO ŻOŁĄDKA?
2. JAKIE WNIOSKI WYSNUWAĆ MOŻNA PRZY STOSOWANIU „POKARMU MIESZANEGO” W CELACH ROZPOZNAWCZYCH?

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7].

Jak się przedstawia zawartość wydobyta po upływie 30 minut? Zarówno doświadczenia, wykonane przez JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, jak wykonane w naszej pracowni, stwierdziły, że w warunkach zwykłych znajdujemy część białka niestrawioną [mniej więcej połowę], że brzegi wydobytych kawałków białka są nierówne jakby wygryzione, nieraz białko się całkowicie rozplywa. Przesącz wydobytej zawartości wskazuje odczyn kwaśny; stopień kwasności rozcieńczonej zawartości wynosi od 0,02% do 0,04% kwasu solnego; wolny kwas solny można wykryć za pomocą odczynników [błękit metylowy, tropeolina, kongo floroglucynowanilina]; przesącz zawiera dość dużo przejściowych produktów trawienia białka, dość dużo peptonu, który z odczynnikiem PIOTROWSKIEGO [siarczan miedzi + soda gryząca] daje barwę fioletowo - różową, zależną od znacznej ilości rozpuszczonego białka i pewnej ilości peptonu. W warunkach chorobowych znajdujemy nieraz, że wydobyta zawartość jest mętna, barwy żółtej, czasem zielonej lub błękitnawej, zależnej od obecności żółci mniej lub więcej zmienionej; ilość kwasu solnego, a więc stopień kwasności wydobytego płynu może być znaczny, wynosić 0,1% lub więcej, albo też odwrotnie może być znacznie niższy, niż w warunkach prawidłowych; oddziaływanie obojętne lub alkaliczne wydobytej zawartości również należy uważać za objaw patologiczny. Dalej, w przypadkach ze zwiększoną kwasnością (*hyperaciditas digestiva*), znajdujemy znaczne ilości peptonu, małe ilości natomiast przejściowych produktów, jak parapepton, propepton; odwrotne napotykamy stosunki przy „*insufficiencia acida*”; tu również napotykamy znaczne ilości rozpuszczonego śluzu i t. d.

Białko, jak wiemy, pozostaje nieraz mniej lub więcej dłużej nad 90 minut, może ono wtedy być zmienione pod wpływem dzielnego soku żołądkowego, lub bardzo mało zmienione. Przesącz również przedstawia się rozmaicie; w szcze-

gółach możnaby powtórzyć to, cośmy powiedzieli wyżej, mówiąc o przesączu zawartości, wydobytej po upływie 30 minut. Wnioski, jakie z takiego badania wyciągamy, są tak jasne, że nie widzimy potrzeby dłużej się nad nimi zastanawiać.

Jeżeli rozejrzemy się w technice metody i wynikach, jakie osiągamy, zmuszeni będziemy przyjść do przekonania, że metoda JAWORSKIEGO i GŁUZIŃSKIEGO posiada dużo zalet, nie jest wolną jednakże od wad, które sprawiły, że nie weszła ona w powszechne użycie. Pierwszorzędną zaletą jest fakt uwzględnienia tej racjonalnej zasady „że czynność żołądka powinna być badana za pomocą pokarmu, który jest najwłaściwszym bodźcem dla takowej. Do czego bowiem w badaniu tem dążymy? Z wpływu, jaki ta czynność na pokarm wywiera, robimy wnioski o naturze samej czynności i sile, z jaką się w żołądku ta czynność odbywa. Przekonamy się jednakże, że warunkom wymaganym czyni zadość „metoda białkowa“ tylko w części. Zaletą również jest techniczna łatwość stosowania tej metody badania. Białko i wodę możemy mieć zawsze, czy to w klinice, szpitalu, czy też w praktyce prywatnej. Dalej, nie wymaga ona stosowania sztucznego trawienia i związanego z niem zachodu, czynność tę bowiem spełnia sam żołądek, peptonizując pokarmy naturalniej i lepiej niż byśmy to mogli skutecznie w najidealniejszych przyrządach, nie urządzimy sobie bowiem, jak sędzę, przyrządu, wydalającego zawartość i wchłaniającego produkty trawienia, przyrządu stopniowo wydzielającego, w którym zawartość kwasu ulegać będzie ciągłym wahaniom, nie przeszkodziśmy nagromadzeniu się produktów trawienia, upośledzających dalszą przemianę białka na peptony, co, jak wiadomo, zawsze ma miejsce w płynie sztucznie trawiącym. Zalety te sprawiły, że metodę białkową zaczęto stosować coraz częściej. W naszej pracowni przez lat kilka była ona stosowaną i ilość badań wykonanych dochodzi do cyfr poważnych. To pozwoliło nam wyrobić sobie dokładne pojęcie o jej wartości. Metoda ta nie jest jednakże wolną od wad i to poważnych.

Przedewszystkiem zauważyłbym, że skład pokarmu, użytego w metodzie JAWORSKIEGO i GŁUZIŃSKIEGO, jest w tym celu niezupełnie właściwym. Pokarmy nasze składają się z następujących essencyjonalnych części: białka zwierzęcego i roślinnego, wodorów węgla [pokarmy krochmalowe] tłuszczu, ciał wyciągowych, soli rozmaitego rodzaju i wody, a także przypraw kuchennych i t. d. Białko zaś z jaja jest pokarmem prostym, jednolitym i warunkowi wymaganemu zadość nie czyni, nie pobudzając w sposób właściwy czynności żołądka. Drugą nie mniej ważną okolicznością jest stosunkowo mała ilość i objętość pokarmu, która nie jest w stanie wywołać większej czynności żołądka, objawiającej się znaczniejszem wydzielaniem soku żołądkowego i większą energiją ruchów wykonywanych przez błonę mięśniową. Względ ten sprawia, że łatwo bardzo ująć może naszej uwagi anomalija ruchowa, polegająca na tem, iż żołądek nie posiada dość energii, aby pokarm obfitszy wydalić do kiszek w czasie właściwym, a ujdzie naszej uwagi dla tego, że dla pokonania stosunkowo słabszego oporu jaki przedstawia białko,

blona mięśniowa dość jeszcze silną być może [białka możemy po upływie 90 minut w żołądku nie znaleźć], większym jednakże wysiłkom w danej jednostce czasu poddać nie może. Nareszcie, badając metodą białkową, nie posiadamy żadnych danych co do zmian, jakim ulegają w żołądku pokarmy krochmalowe, te bowiem w skład śniadania nie wchodzi.

Widzimy więc, że jakkolwiek metoda ta daje nam wiele cennych wskazówek, dla których i nadal powinna pozostać metodą pomocniczą, szczególnie dla celów doświadczalnych, teoretycznych, jednakże za pomocą niej nie możemy zbadać całokształtu trawienia żołądkowego i właściwego tegoż natężenia w dostępnym nam zakresie badania, a tem bardziej nie możemy sobie częstokroć wyrobić pojęcia o zбочeniach w oddzielnych czynnościach, składających się na pełną czynność żołądka.

Następną metodę badania wprowadzili EWALD i BOAS ¹⁾, którzy ją dotąd stosują i usilnie zalecają; dają oni badanym osobnikom na śniadanie bułkę, ważącą 35 grm. i 300 ctm. sześciennych wody lub herbaty bez cukru, badając naturalnie w godzinach rannych. Po upływie 60 minut zawartość wydobywają, radząc badanemu „wydąć się *resp.* wprowadzić w akcję tłocznię brzuszną ²⁾“. Mechaniczną czynność żołądka badają EWALD i BOAS za pomocą metody LEUBE'go.

Otrzymuje się więc zawartość nierozcieńczoną, składającą się z płynu, resztek bułki, ewentualnie śluzu, żółci i . d.. Badanie, po obejrzeniu cząstek bułki, ich ilości i wielkości, stopnia rozmiękczenia i rozplynięcia się na oddzielne ciała krochmalowe i masę kleistą (*gluten*), które opadają na dno naczynia w postaci szarobiałego osadu, polega na badaniu przesączu w sposób zwykły.

Odczyn zwykle bywa kwaśny. Stopień kwaśności wydobytego płynu w warunkach prawidłowych waha się pomiędzy 0,05% i 0,1% kwasu solnego [co odpowiada 0,06% i 0,12% ługu sodowego]. Znaczniejsze wahania w jedną lub drugą stronę wskazują na odpowiednie zбочenia; czasami płyn może być obojętny lub alkaliczny [zniesione wydzielanie soku żołądkowego, wydzielanie dużej ilości śluzu]. Nie należy zapominać o fakcie, jaki został przezemnie zaznaczony ³⁾, że w warunkach prawidłowych pierwsze fazy trawienia bułki charakteryzują się obecnością kwasu mlecznego, dającego się wykryć za pomocą odczynników

¹⁾ Arch. VIRCH. T. 104.

²⁾ Rada EWALD'a i BOAS'a podniesiona do godności „metody EWALD'a“ (*Ewaldsche Expressionsmethode*), daje rzeczywiście często bardzo dobre wyniki. Nie potrzebujemy stosować przy badaniu aspiratora, wystarcza bowiem zglębnik, przez który zawartość zostaje wytloczona. Jednakże, pomijając, że bezwiednie każdy badający stosuje tę „metodę“ [przy krztuszeniu się chorego zwykle trochę zawartości na zewnątrz się wydobywa], przekonaliśmy się, że 1) w ten sposób wydobywamy mniej zawartości niż za pomocą aspiratora, co często przedstawia znaczne niedogodności, 2) badany musi silnie naprężyć tłocznię brzuszną, co nieraz osłabia i męczy chorego, nie mogącego się zdobyć na tak znaczny wysiłek (*carcinoma, anaemia, cachexia*), podczas gdy aspiracja zgola chorego nie utrudza. W końcu zauważymy, że nie wszędzie można stosować tę „metodę“, są bowiem osobniki, którym, jak się przekonaliśmy, w żaden sposób objaśnić nie można, jaką czynność mają spełnić, chociażby nawet przedstawiać im to najbardziej obrazowo.

³⁾ Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego. 1887. Gazeta Lekarska. Nr 16.

Fakt ten bynajmniej nie jest spowodowany wydzielaniem lub powstawaniem drogą fermentacji w zawartości żołądka, jest on poprostu wyrazem tego, że kwas mleczny, znajdujący się w bułce w dość znacznej ilości, jak o tem próby nasze przekonały, nie znika w żołądku, lecz czas stosunkowo długi zakwasza zawartość, aby następnie ustąpić miejsca kwasowi solnemu, stopniowo się nagromadzającemu. W rzeczywistości sprawa ta zachodzi nieco inaczej. Kwas solny, jak to wykryły badania ROSENHEIM'a ¹⁾, już w początku sprawy trawienia, bo po upływie kilku zaledwie minut, wydzielać się zaczyna, lecz zostaje przez białko pochłonięty i utajony w formie kwaśnego związku z białkiem, a w tej formie za pomocą odczynników wykrytym być nie może. Kwas mleczny natomiast, z bułką do żołądka wprowadzony, można wykryć za pomocą odczynników UFFELMAN'a i REOCH-MOHR'a i na pozór sam jeden zawartość przez czas dość długi [30 minut i więcej] zakwasza. Powoli jednak ilość soku żołądkowego *resp.* kwasu solnego wzrasta, białko się całkowicie nasycza, tworząc wyżej wspomniany kwaśny związek, a wolny kwas solny stopniowo coraz bardziej się nagromadza. Ilość kwasu mlecznego przez ten czas zmalała bardzo nieznacznie [lub nawet wzrosła — ROSENHEIM], ale stosunek ilościowy kwasu mlecznego do solnego zmniejszył się znacznie, tak, że odczynniki nie są w stanie już wykryć tego pierwszego ²⁾ [1:4,1:6 lub jeszcze mniejszy] w zawartości żołądka: po upływie godziny, kwasu mlecznego w warunkach zwykłych już nie znajdujemy, z powodów dopiero co przytoczonych; wstrząsanie płynu z eterem dowodzi jednak obecności tego kwasu.

O innych danych, zdobywanych tą drogą badania, szerzej tu mówić nie będziemy, spotkamy się bowiem z nimi na innym miejscu. Metoda EWALD'a oparta jest na tej zasadzie, że bułka z wodą lub herbatą [bez cukru] jest właściwym „śniadaniem“, będzie więc w sposób właściwy pobudzać sprawę trawienia. Racja to tylko pozorna. W ogóle powiedzieć tego bynajmniej nie można, pod względem spożywania bowiem pokarmów co do pory dnia, gatunku pokarmu, jego przytrotowania, panuje tak wielka różnaitość, jak różnaitemi są narody, oddzielne stany ludności, ich środki ekonomiczne, szerokości geograficzne, pod którymi się żyje, przyzwyczajenie i t. d.. Słowem panuje pod tym względem największa różnorodność i bynajmniej nie można podać jakiegoś ogólnego „typu“ śniadania. Metoda ta pozwala nam badać trawienie pokarmów krochmalowych i białka roślinnego, nie są to wszakże wszystkie główne składniki naszego pokarmu: brak w nim białka zwierzęcego [miozyna], ciał wyciągowych, tłuszczu [są zaledwie ślady] soli i t. d.. Skutkiem tego jest wada metody, wynikająca z małej stosunkowo objętości pokarmu: i tu więc żołądek pełnej swej czynności rozwinąć nie może. Jednakże pozwala to badanie na liczne wnioski i metoda ta może być uważaną jako przejściowa, uwzględnia bowiem przy badaniu pokarmy krochmalowe, białko, dekstryny [w ilości niewielkiej], cukier i wodę, czyli

¹⁾ Ueber d. Säuren d. gesunden u. kranken Magens bei Einführung von Kohlehydraten. Arch. VIRCH. T. CXI. Z. II. Praca ta była przez piszącego streszczoną w Nr. 5. Kroniki Lekarskiej. 1888.

²⁾ GRUNDZACH. O sposobach wykrywania kwasu mlecznego w zawartości żołądka za pomocą odczynników. 1887. Gaz. Lekarska. Nr. 17.

znacznie więcej składowych części pokarmu, niż to czyni metoda JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, uwzględniająca jedynie białko zwierzęce i wodę. Zaletę jej stanowi również czystość i możliwość wykonywania badań bez wszelkich technicznych trudności, materyjały bowiem potrzebne do badania zawsze znaleźć się mogą w ręku lekarza. Zalety te skłoniły EWALD'a i BOAS'a do stosowania jej w celach rozpoznawczych. Przez czas jakiś wykonywałem w ten sposób badanie i przekonałem się, że rzeczywiście jest ono prostem i dogodnym. Kardynalną jej wadą jest brak pokarmu mięsnego, tego najwłaściwszego i najsilniejszego bodźca do pobudzania czynności żołądka.

Dla dokładności wspomnę na tem miejscu, że RITTER i HIRSCH ¹⁾ stosują w celach rozpoznawczych pokarm, składający się z 500 grm. mleka, 2 jaj na miękko i bułki. Pomijając jednakże tę metodę, jako będącą w mniejszym użyciu, przejdźmy z kolei do „metody RIEGEL'a“. RIEGEL ²⁾ radzi postępować w sposób następujący: badany osobnik zjada w godzinach obiadowych pokarm, złożony z talerza kleiku jęczmiennego, befsztyku i bułki, poczem zawartość [nierozcieńczoną] wydobywa się po upływie 4—5 godzin od chwili spożycia obiadu ³⁾. Badanie powtórne, po upływie 6—7 godzin wykonane, daje miarę mechanicznej sprawności żołądka. Jest to więc modyfikacja metody LEUBE'go, w ten sposób uskuteczniiona, że RIEGEL bada zarówno chemizm jak i mechanizm trawienia za pomocą jednej i tej samej metody. Zawartość, wydobyta po upływie 4—5 godzin, bada się na ogólną ilość, jakość wydobytych cząstek pokarmowych, ich ilość i stopień strawienia, przesącz zaś bada się w sposób zwykły. Znaczenie danych, jakie przez zastosowanie „metody RIEGEL'a“ zdobywamy, zaznaczymy później, dane te bowiem w niczem się prawie nie różnią od tych, jakie otrzymujemy przez stosowanie pokarmu, przyjętego w naszej pracowni w celach rozpoznawczych, a niżej szczegółowo opisanego.

Co się tyczy wartości metody, to, bez zaprzeczenia, jest ona niepospolitą. Metoda ta posiada wielką przewagę nad innymi i jest bezwarunkowo najlepszą. Wyższość jej nad innymi polega właśnie na ilości i składzie pokarmu. Pokarm ten bowiem zawiera w odpowiedniej ilości następujące części składowe główne: białko roślinne i zwierzęce, wodany węgla, tłuszcz, ciała wyciągowe, zwykłe korzenne przyprawy, sole, wodę i t. d. Pokarm tego składu jest w celach rozpoznawczych najwłaściwszym. co nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, jest przytem, jak widzieliśmy, pokarmem obfitym, zdolnym wskazać, czy żołądek danego osobnika jest w stanie podołać swemu zadaniu. To są wnioski logiczne. Jeżeli przejdziemy do faktycznych i zapytamy się, czy rzeczywiście metoda daje wyniki zgodne z wynikami innych metod lub niezgodne z nimi, wypadnie odpowiedzieć, że na zasadzie prac RIEGEL'a, STICKER'a i innych, jest ona w najzupełniejszej zgodzie

¹⁾ Zeit. f. klin. Med. T. XIII. Z. 5.

²⁾ Zeit. f. klin. Med. T. XII. Z. 5.

³⁾ Berl. klin. Woch. 1887. V. SOHLERN radzi brać po upływie 3 godzin, a zamiast kleiku jęczmiennego stosuje ryż.

z innymi metodami, posiada jednakże tę wielką nad nimi przewagę, że pozwała oprócz tego na pewne wnioski, których za pomocą innych metod zdobyć nie możemy. Niezgodność, zresztą, wypadłaby tylko na niekorzyść tych ostatnich. Jeżeli jednakże posiada metoda ta i wady, to wszystkie one płyną raczej ze strony technicznej, niż podstawowej, zasadniczej. Techniczna bowiem strona jest o tyle niedogodną, tak często wprost do wypełnienia niemożliwą, że zmuszeni jesteśmy od badania tego odstąpić, jakkolwiek uznajemy całą jego wyższość, i jać się metody prostszej, dogodniejszej w zastosowaniu swojem. Zapytajmy się bowiem, czy jesteśmy w możności w zwykłych warunkach stosować te badania w klinice, szpitalu i praktyce prywatnej? Napotkamy trudności częstokroć nie do przewyciężenia. Trudnem to jest niezmiernie, a nieraz wprost niemożliwem, by lekarz odmierzał i odważał ilość mięsa potrzebnego na befszytk, dalej, aby pilnował przyrządzania zupy, dbał o to, by mięso było w odpowiedni [zawsze dla ścisłości jednakowy] sposób przygotowane, pewną ilością tłuszczu o pewnym składzie w sposób odpowiedni przyprawione, upieczone lub usmażone! Jeżeli to jest, jak mi wiadomo, niemożliwem w praktyce szpitalnej i zakładach leczniczych, czyż możliwem będzie w praktyce ambulatoryjnej, domowej? Wypada więc, albo dla ścisłości w otrzymywaniu porównać się dających rezultatów, wszędzie urządzać specjalne kuchnie, pod ścisłą kontrolą lekarza będące, co, jak widzimy, byłoby bardzo kłopotliwem, albo też wybrać drugą alternatywę — zrzec się tego rodzaju badania. Względy, wyżej przezemnie poruszone, w istocie sprawiły, że wielu lekarzy, badających czynność żołądka, korzysta z metody LEUBE'go, JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, EWALD'a ¹⁾, jako bardziej prostych, przystępnych. W polemice, jaką prowadzili EINHORN ²⁾ i EWALD ³⁾ z jednej strony, a STICKER ⁴⁾ z drugiej, zarzuty te nie były dostatecznie uwzględnione. Jednakże na punkt ten położyłbym pewien nacisk. Jeżeli RIEGEL, STICKER i inni stosują te badanie szeroko, muszą albo nie zwracać uwagi na szczegóły i ścisłość drobiazgową, albo dużo temu przedmiotowi poświęcać czasu i mozółu.

W pracowni D-ra REICHMANA od roku badanie chorych uskutecznia się w sposób niżej opisany. Chciałbym jeszcze na tem miejscu zwrócić uwagę na jedną okoliczność. Otóż nie możemy przystąpić do badania za pomocą jakiegokolwiek metody, nie przekonawszy się o stanie czczego żołądka. Musimy się bowiem przekonać, czy żołądek naczeczko jest pusty, czy nie zawiera znacznej ilości płynu [kwaśnego lub alkalicznego] lub śluzu; czy nie zawiera cząstek pokarmowych, drożdży, czworniaka lub innych drobnoustrojów, czy nie zawiera krwi, mniej lub więcej zmienionej, żółci i t. d.. W tych bowiem razach zmuszeni jesteśmy żołądek z zawartości opróżnić, z resztek dokładnie wypłukać, wodą destylowaną przemyć kilkakrotnie, przepłuczyny następnie przez aspirację wydobyć, poczem dopiero

¹⁾ EWALD w swej pracy „Klinik der Verdauung“ [Berlin, 1888] usilnie zachwala swoją metodę badania, stawiając ją wyżej od innych, pod pewnemi względami.

²⁾ Probemittagbrod oder Probefrühstück. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 34.

³⁾ Probefrühstück oder Probemittagbrod. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 36.

⁴⁾ Die Probemittagsmahlzeit und das Probefrühstück als Grundlage für die Diagnostik der chemischen Function des Magens.

badać za pomocą jakiegokolwiek pokarmu. Ostrożność, o której w tej chwili wspomniałem, jest niezbędną przy wszelkich metodach badania czynności żołądka; bez zwracania uwagi na tę okoliczność doszlibyśmy bowiem do najfatalniejszych błędów, co się też niejednokrotnie przytrafiało.

Badany osobnik, po przekonaniu się naszem o stanie czczego żołądka, otrzymuje pokarm następującego składu: w 200 ctm. sześciennych wody rzecznej ciepłej rozpuszcza się [lub raczej rozprowadza się] 30 grm. „sproszkowanego mięsa“, które tworzy zawiesinę bardzo dokładną; płyn ten soli się następnie 2 grammami soli kuchennej. Chory zjada małą bułkę [około 50 grm. ważącą], dobrze przeżuując takową, a następnie zapija powyższą mieszaniną, posiadającą smak wcale znośny. Po upływie 1½ godziny od chwili spożycia tego pokarmu wydobywa się nierozcieńczoną zawartość i bada takową. Na drugi dzień zaś, po spożyciu tegoż pokarmu, bada się po upływie 3 godzin. Jeżeli zawartości po upływie 3 godzin wydobyć nie możemy, przepłukujemy kilka razy żołądek letnią wodą, aby się przekonać o obecności lub nieobecności w żołądku resztek spożytego pokarmu.

Przy badaniu zwracamy uwagę na następujące okoliczności. Przedewszystkiem zasługuje na uwagę ilość wydobytego płynu.

Następnie zwracamy uwagę na 1) barwę, na 2) zapach, na 3) ilościowy stosunek [objętościowy] płynu do wytwarzającego się w naczyniu osadu z cząstek pokarmowych; w końcu, na 4) charakter i barwę samego osadu, jakoteż jego ilość ogólną.

Po upływie 3 godzin zawartości normalnie nie znajdujemy. Jeżeli zaś znajdujemy takową, badamy ją w sposób dopiero co opisany, gdyż wnioski, jakie przez to badanie otrzymujemy, również dużej są wagi. Do wniosków, jakie wogóle przez to badanie zdobywamy, powrócimy, poprzednio jednakże omówimy szerzej wartość porównawczą metody przez nas opisanej, dodatnie i ujemne strony, jakie w niej znajdujemy.

Zarzuty, jakie zrobić można naszej metodzie, są następujące: 1) „pokarm, w tej postaci podany, nie jest pokarmem zwykłym“, 2) „przy stosowaniu tegoż w celach rozpoznawczych pomijamy jedną z ważnych składowych części naszego pokarmu, jaką stanowi tłuszcz“, 3) „pokarm ten stosujemy w niewłaściwej porze“. Naszem zdaniem, na największą uwagę zasługuje zarzut pierwszy, dotyczący się składu pokarmu, a mianowicie jego cech fizycznych. Mówię tu o mięsie, którego w formie roztartej w warunkach zwykłych nie przyjmujemy; jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że mięso w większych kawałkach, w jakich zwykle bywa polykane, inaczej wpływać może na czynność żołądka, niż mięso sproszkowane. Co się tyczy drugiej części zarzutu, jest on słuszny w części zaledwie. Bułka bowiem i mięso, jak to wykrywa ścisła analiza chemiczna ¹⁾, zawiera pewne, jakkolwiek nieznaczne, ilości tłuszczu.

¹⁾ W bułce znajdujemy według KÖNIG'a. 7%N; 0,5% tłuszczu; 4% cukru; 53% materij wyciągowych bez azotowych i 1% popiołu. W „proszku mięsny“ [Bożydar] analiza wykonana w Pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali Warszawskich wykazuje: 78% białka [cyfry okrągłe], 13% tłuszczu, 6%

Płość ta jest, co prawda, może nie wystarczającą, lecz jeżeli uwzględnimy okoliczność, że tłuszcz, aczkolwiek działa drażniąco w wysokim stopniu na błonę śluzową żołądka, sam ulega w żołądku zmianom minimalnym, jak tego dowodzą badania, a dalej, że mało wpływa na trawienie innych pokarmów, przyjdziemy do przekonania, że zarzut ten jest mniejszej wagi. Trzeci, wreszcie, zarzut zawiera się w zdaniu: „pora ranna jest dla takiego pokarmu nieodpowiednią“. Na to zdanie nigdy bym się nie zgodził. W rzeczy samej, czyż pokarm mięsny jest w istocie o rannej porze niewłaściwym? Wszakże wielu jada śniadanie mięsne, co ani z punktu widzenia klinicznego ani w ogóle higieny nie może ulegać najmniejszemu zarzutowi. Argument, jaki w swej polemice przytacza STICKER ¹⁾, że ranna pora nie sprzyja jakoby znaczniejszemu wydzielaniu pepsyny [EWALD], bynajmniej nie zasługuje na szersze uwzględnienie. Jeżeli bowiem rozejrzemy się w rezultatach badania naszego, przekonamy się z łatwością że w warunkach zwykłych przy stosowaniu naszego pokarmu *resp.* „śniadania“ [w rozmaitych klasach ludności] zawsze znajdujemy po upływie 90 minut znaczne ilości peptonu i mniejszą ilość produktów przejściowych, powstających z trawienia białka, a dalej, że „siła trawienia“ przesącza jest bardzo znaczna [próba sztucznego trawienia], co daje dowód niezbity, że wydzielanie zaczynów trawiennych *resp.* pepsyny odbywa się z energią, odpowiadającą warunkom prawidłowym trawienia tego rodzaju pokarmów. Zarzut ten, nieco szerzej uwzględniony, byłby zresztą wielce drażliwym, nasuwa bowiem myśl następującą: „mięso i w porze obiadowej jest dla wielu pokarmem niezwykłym“. Tyczy się to wielkiej kategorii ludzi [włóścianie, robotnicy, drobni handlarze]. Czyż więc zarzut ten może być racyją do niestosowania go w celu rozpoznawania czynności zdrowego i chorego żołądka? Bynajmniej. Warunku „zwykłości“ stosować przy badaniu w żaden sposób nie możemy, musieliśmy bowiem badać włóścianina, jedzącego przeważnie pokarmy roślinne [chleb, kasza, kartofle] lub biednego żyda, jedzącego na śniadanie rzodkiew z cebulą i chlebem, albo też człowieka zamożniejszego, jedzącego na śniadanie mięso i t. d. jego „zwykłym“ pokarmem. Doszlibyśmy tą drogą do absurdu. Takich subtelności uwzględniać przy badaniu nie możemy. Pokarm, przez nas w celach rozpoznawczych używany, ma charakter „pokarmu mieszanego“, zawiera bowiem białko roślinne, białko zwierzęce [miozynę], krochmal, zawiera w niewielkiej ilości tłuszcz, dalej materyje wyciągowe, sole, dekstryny i cukier. Że skład chemiczny, podany powyżej, jest w tym celu najodpowiedniejszym, t. j. że za pomocą pokarmu mieszanego należy badać czynność żołądka, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, gdyż w tym razie stosując „pokarm mieszany“ kierujemy się raczej danymi fizjologiczno-antropologicznymi. Ustrój człowieka, jak to wskazuje dobitnie jego układ zębowy, odpowiada typowi „wszystkożernego“. Bez względu więc na indywidualne przyzwyczajenia, na które w każdym konkretnym przypadku zwracać uwagi nie możemy, powinniśmy stosować w celach rozpoznawczych „pokarm mieszany“, jako właściwy ustrojowi człowieka. [C. d. n.]

wody i 3% popiołu. 20 gramów proszku mięsnego odpowiada 180 gramom mięsa [bez kości, tłuszczu i ścięgien], co stanowi $\frac{9}{20}$ funta, a więc prawie pół funta [połędwicy].

¹⁾ L. c.

NOTATKI LEKARSKIE.

3. Zarośnięcie odbytu i odbytnicy Proctotomia. Wyzdrowienie.

Wieczorem I. XII. 1887 przywieziono do mnie dziecię płci męskiej, niejąkiego Zdanowicza ze wsi około miasteczka Sobotnik [pow. Oszm.], urodzone w przeddzień wieczorem. Dziecię, wkrótce po urodzeniu, podano matce do nakarmienia. Od urodzenia aż do rana dziecię ciągle krzyczało i biło nóżkami. Od rana zaczęły się wymioty. Przy szczegółowych oględzinach przez baby wiejskie okazało się, iż dziecię nie posiada wcale żadnego otworu stolcowego i od urodzenia nie oddało kału ani moczu. Wskutek tego przywieziono je do mnie.

Znalazłem co następuje.

Chłopczyk donoszony, niezłe i prawidłowo zbudowany, dość tłusty. Odbytu brak zupełny, a na jego miejscu znajduje się trochę ciemniej zabarwione zgrubienie skóry, w postaci płaskiej, trochę nad powierzchnię otoczenia wzniesionej 1,5 ctm. średnicy brodawki. Ucisk na ową brodawkę nie wykazuje miejsca podatnego pod nią. Przy napinaniu się dziecka całe krocze zleka się wypycha. Prącie i moszna prawidłowe. Opukiwanie brzuszka nad spojeniem łonowem wykazało miernie wypełniony pęcherz moczowy. Ślad odbytu w postaci brodawki i wypinanie krocza w czasie krzyku upoważniły mię do przyjęcia, iż części odbytnicy brakuje, lecz ją mogę znaleźć przy posuwaniu się w głąb w zwykłym miejscu. Z tego też powodu postanowiłem utworzyć odbytu na naturalnym miejscu.

Przystępując do operacji, nie mogłem wypuścić moczu, gdyż przedtem jeszcze złamał mi się zgłębnik dziecięcy. Mogło więc zdarzyć mi się, że zranie w trakcie operacji pęcherz moczowy, tembardziej, że EMMERT radzi szukać odbytnicy nie przy kości krzyżowej, lecz więcej ku przodowi. Mając na widoku to nieprzyjemne zdarzenie, przystąpiłem do wykonania odbytu przy oświetleniu lampy i przy braku umiejętnej pomocy.

Po dokładnym oczyszczeniu pola operacyjnego, poprowadziłem cięcie w kierunku przednio-tylnym na 0,5 ctm. przed i na 1 ctm. w tył od opisanej brodawki. Po przecięciu skóry i powięzi, nie mogłem namacać pęcherza, jaki przedstawia rozdęta kolbowato odbytnica. Warstwami zagłębiałem się dalej aż do 2 ctm. od powierzchni. Włożony mały palec lewej ręki wskazał podatne miejsce. Miałem zamiar, robiąc płytkie cięcia, dotrzeć do odbytnicy, i oddzieliwszy ją, zciągnąć w dół i przyszyć do rany skóry, utworzywszy w ten sposób podobny do prawidłowego odbytu, pokryty błoną śluzową [proktoplastyka]. Dziecko się poruszało i przeciąłem odbytnicę; z otworu pokazało się nieco smołki. Musiałem więc zaniechać pierwotnego zamiaru i zrobić tylko proctotomię. W tym celu w otwór кишки wstawiłem zgłębnik rowkowy i po nim rozszerzyłem cięcie кишки w kierunku kości ogonowej. Wyszła olbrzymia ilość zgęstniałej smołki, a potem i płynnego kału, złożonego przeważnie z niestrawionego mleka i masy wody. W chwilę potem odeszła dobrowolnie przez cewkę znaczna ilość moczu. Krwawienie w czasie operacji było nieznaczne. Otwór w kiszce zrobiony był o tyle dostatecznym, że walek smołki wydalonej miał grubość średniego wskaziciela. Po wydaleniu wszystkiej smołki, założyłem do zrobionego otworu grubą rurkę drenową i stopniowo ją wysuwając, przemyłem ranę 0,5% roztworem sublimatu; poczem odciąłem 3 ctm. grubej drenowej rurki i wysmarowałem ją wasełiną karbolową założyłem *à demeure* do odbytnicy, umocowałem zewnątrz jej koniec do brzuszka i do ud paskami plastru lepkiego. Zrobiłem to w celu uchronienia rany przed zanieczyszczeniem kałem, a głównie, w celu przeszkodzenia kurczenia się blizny. Upomniałem, aby w razie wypadnięcia rurki, przyniesiono do mnie dziecię natychmiast. Nie łudziłem się wcale nadzieją doszczętnego wyleczenia dziecka. Owszem byłem przekonany, że w prędkim czasie będę zmuszony rozszerzać krwawą drogą kurczącą się bliznę. Jako też po 2 tygodniach

przywieziono do mnie dziecie powtórnie. Przez 4 dni rurka znajdowała się we włożonym miejscu; rodzice, widząc, że dziecie odbywa akt defekacji prawidłowo, sądzili, że już jest wyleczone, i wyjęli rurkę. Po kilku dniach zrobiony otwór zaczął się zwać. Powtórnie więc po zgłębniku rowkowym zrobiłem cięcie w kierunku kości egonowej na 1 ctm. długie i mniejsze 2 cięcia boczne. Na przyszłość dałem do wstawiania do odbytu zwykłą kankę kauczukową do lawaty w stosownie odpiloną i wygładzoną, długości 4 ctm. Kankę kazałem osmarować wazeliną i zakładać ją do odbytu 3 razy dziennie, zostawiając w nim na 2 minuty. Rozszerzenie to było bez przerwy skrupulatnie stosowane przez 2 miesiące, poczem zaprzestano. Od tego ostatniego terminu upłynęło 3 kwartały. Odbyt funkcjonuje wybornie. Należy więc przyjąć, iż w tym przypadku miało miejsce to szczęśliwe zdarzenie, o którym wspomina KOENIG, że blizna, kurcząc się, zciągnęła ku sobie błonę śluzową odbytnicy z jednej i skórę z drugiej strony i spoiła je. Kurczenie się blizny odbywało się tylko w kierunku pionowym. W obrączkowym zaś kierunku blizna kurczyć się nie mogła, gdyż stało temu na przeszkodzie ustawiczne rozszerzanie jej wstawioną kanką. Otrzymał się przez to pokryty nabłonkiem odbyt.

Przypadek mój, jak sądzę, należy do wyjątkowo szczęśliwych; zwykle bowiem przy prostym przecięciu w głębokości więcej niż 2 centymetry, następuje wcześniej lub później zwężenie odbytu, nie wysłanego nabłonkiem. Sądzę, że 9 miesięczny przeciąg czasu wydaje się być dostatecznym do poczytania tego wyniku za stały. Do szczęśliwych cech tego przypadku należy zaliczyć i to, że się nie rozwinęło zapalenie tkanki miednicy, co przy niemożliwej w tym wieku i w tem miejscu antyseptyce mogło mieć miejsce.

Okoliczności te skłoniły mię do podania do wiadomości ogółu niniejszego przypadku.

Zarośnienie i brak odbytu i odbytnicy są wadą rozwojową dość rzadką i powstałą w pierwszych okresach rozwoju płodu. Jeżeli odbytnica została zupełnie odsznurowaną od kloaki, nie weszła zaś w związek z zagłębieniem skóry na kroczu, mamy wtedy zarośnięcie odbytu z brakiem częściowym albo i bez braku odbytnicy. Jeżeli zaś zatrzymanie rozwoju nastąpiło jeszcze wcześniej, będziemy wtedy mieli, prócz braku odbytu, odbytnicy, jeszcze połączenie kiszki z pochwą [u dziewcząt], z pęcherzem moczowym i cewką [u chłopców], albo też inne otwory nieprawidłowe.

KOENIG, zgodnie z ESMARCH'em, w następujący sposób klasyfikuje odnoszące się tu przypadki.

1. *Atresia ani*. Odbytnica istnieje, nie otwiera się jednak na zewnątrz. Skóra nad odbytnicą przechodzi bez zagłębienia, nawet ze wzniesieniem pewnym, albo też odbyt przedstawia lejek, zarośnięty skórą, [skórzaste] albo sklefony nabłonkiem.

2. *Atresia recti et ani*. W przypadkach tego rodzaju, [do których należy i mój] prócz zamknięcia odbytu, brak część odbytnicy.

3. *Atresia recti*. Odbyt wraz ze zwieraczami istnieje; kiszka kończy się ślepo i czasem nawet jest luźną w jamie miednicy. Nakoniec do drugiej kategorii przypadków należy.

4. *Atresia ani cum ano praenaturali*. Odbyt nie istnieje; odbytnica zaś otwiera się do pęcherza moczowego, do pochwy, do cewki moczowej, posiada otwory na rozmaitych miejscach ciała, nawet w ustach [BILS].

Objawy przy zupełnym braku komunikacji kiszki ze światem zewnętrznym są objawami zamknięcia światła kiszki i przy takowych też dziecie giną najdalej 4 dnia życia; czasem przyłącza się zapalenie otrzewnej i kiszek. Zdarzało się jednak, że ludzie z tą wadą dochodzili do późnego wieku, uwalniając się od kału wymiotami [KOENIG]. Czasem przy błoniastem, albo nabłonkowym zarośnięciu

odbytu takowe pęka i uleczenie następuje dobrowolnie. Lepszem jest rokowanie przy otworze odbytnicy do pochwy albo pęcherza, szczególnie pierwszej.

Rozpoznanie nieraz natrafia na niepokonane trudności. Czasem odbyt istnieje; odbytnica zaś jest luźną w jamie miednicy. Przy otworach w niezwykłym miejscu do rozpoznania pomaga wstawienie zgłębnika do otworu i odszukanie po nim odbytnicy, jak również spostrzeżenie, że przy komunikacji z pęcherzem moczowym odbytnica znajduje się wysoko; z pochwą zaś, nisko. Przy braku śladu odbytu można z pewnem prawdopodobieństwem sądzić o istnieniu kiszki w zwykłym miejscu [tylko głęboko], jeżeli krocze podaje się przy wydmianiu dziecka. Jeżeli zaś przy wypinaniu się dziecka krocze pozostaje wciąż gnętem, odbytnica leży wysoko i nawet może luźno w jamie miednicy.

Przy tak ciężkiej wadzie rozwojowej operacja utworzenia odbytu jest często wskazaniem życiowom; często znowuż dokonywa się jej ze względu na przyszłe niedogodności i niebezpieczeństwa. Sposoby postępowania, zależnie od rozmaitych odmian w położeniu odbytnicy, są rozmaite.

Przy błoniastem zarośnięciu odbytu wystarcza nieraz przedziurawienie zgłębnikiem, albo przecięcie na krzyż z zawinięciem trójkątnych płacików wewnątrz przy pomocy rurki drenowej [EMMENT].

Przy głębszem położeniu odbytnicy należy zrobić cięcie na kroczu w zwykłym miejscu w kierunku przednio-tylnym. Stopniowo posuwając się wgłąb, należy odszukać rozdętą kolbowato i przeświecającą błękitnawo odbytnicę, oddzielić ją od części otaczających, zciągnąć w dół, przeciąć i po wydaleniu smołki, brzezi jej przyszyć do rany w skórze. [Proktoplastyka]. Gdy to się nie udaje przy głębokiem położeniu kiszki, poprzestajemy na prostem przecięciu kiszki [proktotomija] i wydaleniu smołki. Leczenie następce powinno polegać na ciągłym rozszerzeniu otworu bliznowatego. Dla uprzystępnienia dostępu do kiszki, cięcie przedłuża się do kości ogonowej, nawet cięciem widelkowatym ją się otacza, nawet wyluszcza [AMUSSAT]. Wyższość naturalnie ma proktoplastyka, jako dająca odbyt, zbliżony zupełnie do prawidłowego, zaś proktotomija zawsze każe się obawiać następczego skurczenia zrobionego otworu. Gdy jednak odszukać odbytnicę się nie daje, jedni radzą sztuczny pachwinowy odbyt; drudzy [LEISZINK], po przecięciu krocza i otrzewnej, zciągają w dół najbliższą leżącą pętlicę kiszki [najczęściej bywa nią S rzymskie] i wszywają ją w ranę na kroczu. KROENLEIN zrobił sztuczny pachwinowy odbyt, a po 7 miesiącach przezeń odnalazł odbytnicę i zrobił nowy odbyt w zwykłym miejscu. LANNELONGUE radzi zrobić odbyt sztuczny, przezeń wprowadzić zgłębnik i odszukać kierunek odbytnicy i stosownie do tego zrobić odbyt na prawidłowem miejscu. Jeżeli odbytnica nie daje się odnaleźć w zwykłym miejscu, MACLEOD radzi wykonać laparotomię poniżej pępka, odnaleźć odbytnicę, zrobić otwór na kroczu w zwykłym miejscu. KOENIG nawet jest zdania, że dzieci nie bardzo są skłonne do zapalenia otrzewnej.

Przy *atresia ani vesicalis s. urethralis* należy wykonać proktoplastykę [albo proktotomię] nie bardzo zwracając uwagę na pozostałą przetokę pęcherzową, albo cewkową. Stanowi ona jednak znaczną niedogodność i niebezpieczeństwo na przyszłość [kamienie pęcherzowe]. ESMARCH radzi z tego powodu oddzielić kiszkę w około i przeciąć miejsce przetoki. Zsunięta w dół kiszka tem samem zakryje otwór do pęcherza albo cewki. Przy *atresia ani vaginalis* operacja nie jest życiowo wskazaną, jednak nie ma przedstawiać znacznych trudności. Sposobem, przez DIEFENBACH'a proponowanym, prowadzi się cięcie na kroczu od kości ogonowej aż do pochwy prawie, oddziela się na tępo i nożem kiszkę od pochwy, zciąga się ją w dół i wszywa w ranę krocza. KOENIG poprzestaje na wszyciu kiszki w ranę krocza, a dopiero po kilku miesiącach operuje w ten sposób pozostałą przetokę: po zgłębniku, wstawionym przez odbytnicę do pochwy, rozcina przegrodę pochwo-odbytniczą, wycina brzezi przetoki i nakłada szwy

w głębi i na powierzchni. Przy nieprawidłowym odbyciu na kroczu należy rozczepić przetokę i zwykłym sposobem utworzyć odbyt. Najracjonalniejsze są te metody, które dają odbyt, wysłany błoną śluzową. Tym tylko sposobem napewno się zabezpiecza od zapalenia tkanki łącznej i od następczego zwięzienia odbytu.

S. Kraszewski [Iwie].

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W d. 16 b. m. o godz. 1-iej w południe zakończył życie ś. p. WŁADYSEAW ORŁOWSKI, Doktor Medycyny, starszy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, konsultant szpitala na Pradze, członek czynny i były Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Już od kilku tygodni bardzo ciężko zaniemógł, a choroba Jego nie pozwalała niestety ludzi się nadzieją możliwości wyzdrowienia. Leczni przyjaciele nieboszczyka, przejęci boleścią, spoglądali na ów dogasający płomyk życia, na owo konanie powolne, złorzeczac może w duszy nieudolności sztuki naszej, nie umiejącej pomimo wysiłków podtrzymać dłużej żywota tak pożytecznego dla społeczeństwa, a tak potrzebnego jeszcze dla osieroconej rodziny.

Zwłoki ś. p. ORŁOWSKIEGO z kościoła Karmelitów na Krakowskim Przedmieściu, w d. 19-ym o godzinie 2 popołudniu przeniesione zostały na miejsce wiecznego spoczynku.

Nader liczne grono lekarzy i inteligencji tutejszej towarzyszyło smutnemu obrzędowi. Trumna ozdobioną została mnóstwem wieńców, na których widniały napisy: „od Towarzystwa Lekarskiego“, „od Redakcyi Gazety Lekarskiej“, „od kolegów szpitala Dzieciątka Jezus“, „od szpitala pragskiego“, „od Młodych chirurgów, asystentów zmarłego“, „od młodzieży uniwersyteckiej“ i t. d.

Postępując za trumną, czuliśmy w sercach naszych żal szczerzy i głęboki, oraz to smutne przeświadczenie, że nasza społeczność lekarska poniosła stratę nadzwyczaj doniosłą, że składamy do grobu ciało wiernego przyjaciela naszej Gazety i kierunku, w którym ona kroczy.

Nad grobem przemówił kol. JAWDYŃSKI w następujących słowach:

„Ciężka i niewysłowiona boleść ogarnęła serca nasze, gdyśmy przed 3 dniami ujrzeli wyciągnięte na marach zimne zwłoki ś. p. ORŁOWSKIEGO. Chociaż cios ten nie ugodził nas znieuważa i nie spodziewanie, chociaż do niego już od dość dawna przygotowani byliśmy, to jednak siła boleści, przezeń wywołanej, w niczem przez to zmniejszoną nie została. Trudno zawsze umysłowi ludzkiemu pogodzić się z faktem śmierci, tego niezbędnego następstwa każdego życia, ale o ileż trudniej to przychodzi, kiedy ona wyrывa z pośród nas drogą nam Osobę. I dzisiaj, kiedy tu stoimy nad zimnym i ciemnym grobem, do którego za chwilę złożymy na wieczny spoczynek zwłoki zmarłego Kolegi, jakże trudno i okropnie pogodzić się z myślą, żeśmy na zawsze utracili tego szlachetnego i tak serdecznie ukochanego przez nas Towarzysza. Utraciliśmy go nie w głębokiej starości, ale w tym wieku, kiedy człowiek z całym zapalem jeszcze może oddawać się pracy, jakiej swe życie poświęcił.

W bardzo młodocianych latach, bo w 20 roku życia, rozpoczął ś. p. ORŁOWSKI zawód lekarski i odtąd 35 lat spędził na twardej, ciężkiej i mozolnej pracy jako ordynator szpitala, jako lekarz, obszernej ciesząc się klientelą, jako członek i przez pewien czas przewodnik Towarzystwa Lekarskiego i jako bardzo czynny biorący udział w ruchu piśmienniczym lekarskim. Nie tu miejsce na szczegółowy rozbiór działalności jego na tych różnorodnych stanowiskach, dość będzie jeżeli zaznaczę to, czego każdy z nas był świadkiem, a mianowicie, że nieodżałowanej pamięci ORŁOWSKI spełniał wszystkie swe obowiązki z głęboką znajomością rzeczy, z niezwykłą sumiennością i pracowitością, a zarazem z młodzieńczym zapalem i gorącym zamiłowaniem. Nie będę się również silił na wysławianie cnót zmarłego. Znaliliśmy wszyscy dobrze tę niezwykle piękną i szlachetną duszę. Na jeden wszelako szczegół zwrócić muszę uwagę, na jeden z najpiękniejszych rysów tego nieposzlakowanego charakteru, a mianowicie na wysoce i szlachetnie pojmowane koleżeństwo. Pod tym względem nikt z ś. p. ORŁOWSKIM równać się nie mógł. Wszyscy nieomal młodsi koledzy w zawodzie korzystali z usłużności jego. Gotów zawsze na wszelkie wezwanie, spieszył ze swą radą i pomocą moralną, nie żałując ni czasu, ni trudu. Będąc już styranym na siłach, nie wymówił się nigdy od asystowania znacznie młodszemu od siebie kolegom przy ciężkich operacjach, pracował wspólnie po kilka godzin, równie gorąco jak i sam operator zajmując się chorym. Posiadając zasobną bibliotekę i niezwykłą znajomość lite-

ratury chirurgicznej, był źródłem, z którego bardzo wielu kolegów czerpało obficie materiały do swych prac naukowych.

Los jednak nie nagrodził tej zacnej duszy za jej czyny szlachetne. W ostatnich latach ciężka, przewlekła choroba zwolna ale ustawicznie rujnowała organizm i podkopywała jego siły. W chwilach też poufnej rozmowy z kolegami, z goryczą spoglądał w przyszłość, przeczuwając, że pasmo życia jego wkrótce się przerwie; myśl Jego trawił niepokój o los żony i małoletnie j córeczki, której pieczęty już niezbyt długo miały rozgrzewać jego zastygające serce. Nareszcie uległszy nowemu, a ciężkiemu powikłaniu dawnej choroby, skłonił swą głowę do snu wiecznego w dniu 16 b. m.—Zgasił się p. WŁADYSŁAWIE, pogrążając w serdecznym żalu tych, którzy bliżej poznawszy Ciebie, tak serdecznie Cię umiłowali. Dzisiaj, gdy zimnej i zeszywniałej Twej dłoni nie możesz już wyciągnąć do nas po ciepły i serdeczny uścisk, gdy zamglone Twe oko nie widzi wyrazu boleści na twarzach naszych, gdy Twe zamknięte serce nie odczuwa już tych uczuć, jakie dla Ciebie żywiłiśmy, niech Twoje prochy przyjmą to żałosne i ostatnie od nas pożegnanie. Żegnam Cię zacny i szlachetny Kolego w imieniu Towarzystwa Lekarskiego, któregoś przez tak długi szereg lat był dzielnym i pracowitym członkiem, żegnam Cię w imieniu czasopism lekarskich, któreś zasiliał swemi licznymi pracami naukowymi, żegnam Cię w imieniu kolegów w zawodzie, którym zawsze tyle uprzejmości okazywałeś, żegnam Cię wreszcie w imieniu tej licznej drużyny przyjaciół, którym sercem za serce płaciłeś. Utraciliśmy Cię na zawsze, ale myśl i pamięć o Tobie póty w nas istnieć będzie, póki i nas wszystkich wieczny sen nie zmorzy“.

Ograniczając się dzisiaj na tej krótkiej wzmiance, obszerniejszy życiorys, pomieścimy w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

— **Pan Wincenty Karpiński**, Magister farmacyi, w sposób wspaniały i niezwykły uczcił stuletnią rocznicę założenia swej apteki. Oto wielkim kosztem wydał przekład dzieła HERMANA HAGER'a p. t. „Wykład Chemii farmaceutycznej“ w 126 lekcjach, z 4-o wydania z r. 1885 przetłómaczył i opracował p. MAKSYMILIJAN FLAUM, kandydat chemii. Tłómacz w dodanej przez siebie lekcji 125 pomieścił brakujące w oryginale niemieckim nowe środki lecznicze, jako to: antyfebrynę, antypirynę, salol, kokainę, sulfonal, fenacytynę i t. d. oraz sacharynę, a nadto niektóre teoretyczne poglądy zmodyfikował w świetle najnowszych zdobyczy nauki i dopełnił dopiskami. Dzieło przeznaczone jest nietylko dla farmaceutów; zawierając bowiem przystępny w średnim zakresie wykład chemii mineralnej i organicznej, może być z korzyścią używane za podręcznik przez wszystkich uczących się chemii, zwłaszcza wobec tego, że w tym zakresie książki w polskim języku nie posiadamy. Dzieło wiernie i starannie przetłómaczone przez p. FLAUMA, zawiera przeszło 50 arkuszy druku i 231 drzeworytów. Zewnętrzność książki przedstawia się bardzo pięknie. Przyznać należy, iż pan KARPISKI dobrze przysłużył się literaturze polskiej wydaniem tego pożytecznego dzieła.

OGŁOSZENIE KONKURSOWE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, że przedłużyło termin do dnia 1 Kwietnia roku 1889 do złożenia rozpraw na następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra ADAMA HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1. „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“.
2. „Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siareczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne“.
3. „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“.
4. „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*)“.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwiecznionej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały D-r Szokalski.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni p. E. Wendego i S-ki za Styczeń r. b., oraz broszurkę P. W. Grüniga p. t. „Liquor ferri albuminati“.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE POŚWIĘCONE HYGIENIE

Pod redakcją J. Polaka.

Celem czasopisma „Zdrowie”, jest badanie postępów i potrzeb sanitarnych kraju naszego oraz przedstawianie postępów nauki sanitarnej w ogólności. „Zdrowie” nie będąc przeznaczonym dla naszej publiczności uwzględnią przede wszystkim potrzeby osób ściślej z higieną stosunek mających, a więc przede wszystkim lekarzy. Od ich też poparcia wyłącznie zależy trwałość istnienia i pomyślny rozwój wydawnictwa, należącego do kategorii pism jakie zwykle przez instytucje rządowe lub przez stowarzyszenie są podtrzymywane.

Treść „Zdrowia” stanowią: Stosunki ludnościowe u nas i w innych krajach, stosunki meteorologiczne, epidemiologia, stan sanitarny miast, asenizacja, kanały i wodociągi, higijena mieszkań, ogrody i place publiczne, kąpiele, zakłady dobroczynne, zdrojowiska i miejscowości klimatycznie-lecznicze, higijena żywienia, rozbiory wody, powietrza, pokarmów i gruntu, szczepienia ochronne, wynalazki i przyrządy sanitarne, higijena szkół, fabryk, rzemieślni i t. d.

W ogóle pismo składa się z następujących działów: 1) artykuły wstępne, 2) rozporządzenia rządowe w zakresie praktyki sanitarnej, 3) prace oryginalne, 4) sprawozdania, 5) notatki o postępach praktyki sanitarnej, 6) krytyka i bibliografja, 7) protokoły posiedzeń komitetu higienicznego warszawskiego towarzystwa lekarskiego i prace towarzystw higienicznych w ogóle, 8) korespondencje krajowe i zagraniczne, 9) kronika, 10) wiadomości statystyczne.

Każdy numer zawiera około 30—40 stron (60—80) szpalt) druku. W miarę potrzeby dołącza się drzeworyty i litografje.

Komitet redakcyjny stanowią obecnie: D-r Odo Bujwid, Bolesław Danielewicz, mag. nauk fiz. mat., Alfons Grotowski, główny inż. m. Warszawy, Wojciech Górski, dyr. szkoły, prof. Henryk Łuczkiwicz, D-r Alfons Malinowski, ord. szpitala dla dzieci, D-r Henryk Nussbaum, D-r Józef Polak, Wincenty Rakiewicz budow., Emil Sokal, inż. kanał. D-r Szumlański ord. klin., Kazimierz Wenda redaktor Wiad. farm.

WARUNKI PRZEDPŁATY:

w Warszawie.	Na prow. i Ces.	Za granicą
Rocznie rs. 4	rs. 5 kop. —	6 flor. 10 m. 10 s. 1-4 tr.
Półrocz. „ 2	„ 2 „ 50	3 „ 5 „ 5 „ 7 „

Cena pojedynczego numeru 45 kop.

Prenumerować najlepiej w Redakcyi. — i W Austrii można prenumerować w administracyi Przeglądu lekarskiego w Krakowie lub u D-ra Merunowicza (12 Piekarska) we Lwowie, do którego też można składać rękopisma dla pomieszczenia w „Zdrowiu”. — W Niemczech przedpłatę przyjmuje księgarnia Zupańskiego w Poznaniu. — We Francji księgarnia Luksemburska.

Nadto „Zdrowie” otrzymało złoty medal na wystawie higienicznej w Paryżu, oraz list pochwalny towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Adres: Redakcyi „Zdrowia” 25 Ś-to Krzyzka w Warszawie. 0—2

Do nabycia we wszystkich Księgarniach:

- J. Cohnheim. Odczyty z patologii ogólnej 3 tomy rs. 5.
 S. Jaccoud. Wykład patologii szeregowej 3 tomy rs. 3.
 Bireh-Hirschfeld. Wykład anatomii patologicznej. Część ogólna. Przekład D-r W. Mayzla kop. 30.
 H. Haeser. Historyja Medycyny. Tom drugi. Przekład D-r H. Łuczkiwicza rs. 5.
 A. K. Celsa. O lecznictwie ksiąg ośmioro. Przekład D-r H. Łuczkiwicza rs. 2.
 I. D. Everett. Jednostki i stałe fizyczne. Przekład J. J. Boguskiego kop. 30.
 T. X. Huxley. Wykład biologii praktycznej. Przekład A. Wrześniowskiego kop. 30.
 W. F. Szokalski. Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie kop. 60.
 K. Fillpowicz. Wiadomości początkowe z botaniki. Kartonowane kop. 25.
 W. K. Mapa hydrograficzna dawnej Słowiańszczyzny kop. 10. Tekst objaśniający kop. 10.
 E. Strasburger. Krótki przewodnik do zajęć praktycznych z botaniki mikroskopowej Rs. 2.
 H. Mohn. Zasady meteorologii Rs. 2. 3—1