

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## O NAJNOWSZYCH SPOSOBACH

### badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Zestawił **Henryk Pacanowski**, ordynator kliniki wewnętrznej.

*Dokończenie (zob. Nr. 11).*

Przypuśćmy, iż na zobojętnienie 10 c. sz. przesączu użyto 5,6 c. sz.  $\frac{1}{10}$  normalnego ługu sodowego; ponieważ 1 c. sz. ługu zobojętnia 0,00365 gram. HCl, więc przez pomnożenie  $5,6 \times 0,00365$  otrzymamy 0,02016 HCl, zaś w 100 c. sz. = 0,2016 HCl. Czyli stopień kwaśności będzie 0,2016‰.

Dla oznaczenia stopnia alkaliczności treści żołądkowej postępuje się tak samo, biorąc w obliczeniu 0,004 zamiast 0,00365.

5. Poszukiwanie kwasów w treści wydobytej z żołądka. Najważniejszym jest kwas solny, następnie kwas mleczny; prócz tego ma słowy i octowy.

Oznaczanie kwasu solnego jest pod względem praktycznym niezmiernie ważnym, gdyż kwas ten gra w akcie trawienia pierwszorzędną rolę, a brak jego całkowity lub częściowy wymaga wypełnienia odpowiednich wskazań leczniczych.

Dotychczas wykazywali praktycy niemal wyłącznie zboczenia, dotyczące zmniejszenia ilości kwasu solnego w treści żołądkowej. Miewa to miejsce przy: niezycie przewlekłym żołądka, raku żołądka (JAWORSKI i GLUZIŃSKI, REJCHMAN, VELDEN, RIEGEL, SCHELLHAAS), zwyrodnieniu mączkowatemu żołądka (EDINGER) oraz w stanach gorączkowych (MANASSEIN, UFFELMANN, EDINGER, VELDEN, SASSEZKI) i przy wysokim stopniu małopokrwistości.

Brak kwasu solnego przy raku autorowie różnie tłumaczą. Jedni przypisują samemu nowotworowi własność rozkładania kwasu (RIEGEL). Inni, jak EWALD i KIETZ, czynią brak ten zależnym od jednocześnie istniejącego niezytu żołądka i bezkrwistości; ci ostatni bowiem nawet w przypadkach raka kwas solny znajdowali.

Podług VELDEN'A takie rozszerzenie żołądka, przy którym kwas solny istnieje wprawdzie zależy od zwężenia odźwiernika, lecz zwężenie to nie będzie wywołanem przez raka, a przez inną jakąś sprawę. Dla tego poszukiwanie kwasu solnego jest tu niezmiernie ważnym w celu rozpoznawania różniczkowego.

REJCHMAN opisał dwa nadzwyczaj ciekawe przypadki bezustannego wydzielania soku żołądkowego, mającego własności soku normalnego, a więc zawierającego dostateczną, a nawet wzmożoną ilość kwasu solnego. U obudwu chorych żołądek zawierał naczcho z rana sok żołądkowy, a u jednego z nich choroba powstała po wypiciu bardzo zimnej wody.

Kiedy kwas solny przy trawieniu prawidłowem się pojawia? Jest-to jeszcze kwestyja nieustalona. VELDEN, EDINGER, znajdowali go dopiero po dwóch mniej więcej godzinach, zaś EWALD już w początku trawienia. Podług SEEMANN'A kwas

solny w początku trawienia zobojętnianym zostaje przez ślinę. REJCHMAN przekonał się zapomocą gąbek EDINGER'A, iż w godzinę po spożyciu pokarmu czy to mącznego, czy mięsnego,—kwas solny jeszcze wykazać się nie daje. GLUZIŃSKI i JAWORSKI wykrywali kwas solny już po 15—30 minutach.

Kwas mleczny pomiędzy kwasami organicznymi, w żołądku napotykanymi, najważniejsze zajmuje miejsce. Niektórzy poczytują go za integralną część soku prawidłowego. Według UFFELMANN'A bywa on przy każdym trawieniu normalnem; według LEUBE'GO zwłaszcza jako produkt trawienia węglowodów. REJCHMAN znajdował go już w początku trawienia mleka.

W sprawach chorobowych kwas mleczny pojawia się często obok innych kwasów organicznych (masłowego, octowego). Te ostatnie są zawsze wyrazem chorobowego stanu żołądka i powstają jako produkta fermentacji kwaśnej węglowodów.

Do badania kwasów w ogóle dla celów praktycznych okazały się najdogodniejszymi i najłatwiejszymi w użyciu barwniki, mające tę własność, iż pod wpływem kwasów barwę swą zmieniają. Jedne barwniki zmieniają się o wiele łatwiej od kwasów mineralnych, niż od organicznych, i te służą do poszukiwania kwasu solnego. W tem rozcieńczeniu, w jakim kwasy organiczne napotykają się w żołądku, nie wywierają one zwykle wpływu na odczynniki na kwas solny.

Z drugiej strony istnieją znów odczynniki, mające własność zmieniania swej barwy pod wpływem kwasów organicznych, zwłaszcza mlecznego.

Odczynniki na kwas solny:

a. Metyl fioletowy (*Methylaniinwiolet*). Zastosowanym został przez MALY'EGO, a później przez LABORDE'A. Następnie używali go: VELDEN, EDINGER, UFFELMANN, REJCHMAN, SCHELLHAAS i in.

Przygotowywa się roztwór wodny (0,02—0,025%-owy, VELDEN). Roztwór ten zmienia pod wpływem kwasu solnego swą barwę fioletową na jasno-błękitną; przy większem nieco stężeniu na zieloną; wreszcie barwa znika zupełnie.

UFFELMANN radzi robić próbę w miseczce porcelanowej, do której nalewa się kilka kropeł roztworu metylu, takowy rozpościera w cieniutkiej warstwie po ściankach i puszcza kroplami od brzegu miseczki treść badaną. Krople, spływając, pozostawiają smugi jasno-błękitne.

MALY zaleca wyparowanie częściowe mieszaniny barwnika z treścią żołądka na miseczce aż do pozostałości 1—2 kropeł.

Kwas solny zmienia metyl fioletowy jeszcze w rozcieńczeniu 0,04% em; cyfra ta jest m i n i m u m. Otrzymanie zatem odczynu będzie dowodem, iż dana zawartość żołądka zawiera przynajmniej 0,04—0,05% kwasu solnego.

Roztwory wodne tego kwasu dadzą się za pomocą metylu wykazać w mniejszej nierównie ilości, w treści żołądkowej bowiem odczyn zostaje utrudnionym przez obecność białka i peptonu.

UFFELMANN zwrócił uwagę na badanie w i d m a. Metyl fioletowy daje smugę absorbcyjną między D i E, która pod wpływem kwasu solnego znika. Przy bardzo małej ilości ostatniego w badanej treści żołądka, która nie jest już w stanie zmieniać barwy metylu na błękitną, zauważyć można, że zamiast smugi absorbcyjnej widmo okazuje równomiernie rozpostarty cień bez wyraźnej smugi, bardziej w kierunku ku D; natomiast występuje jednocześnie smuga wyraźna przy „δ”.

b. Tropeolina, t. zw. w handlu oo. Jest to proszek żółtawy, wpadający w kolor pomarańczowy. Przygotowywa się roztwór wyskokowy. EDINGER i UFFELMANN uważają roztwory n a s y c o n e za najlepsze.

Podług UFFELMANN'A bierze się 1 część wyskoku na 3 części wody przekropionej i dosypuje tyle tropeoliny, aby część jej pozostawała nierozpuszczoną. Wykonuje się próbę na miseczce porcelanowej, podobnie jak z metylem. Powstaje smuga brudno-fioletowo-czerwona, która po paru sekundach przechodzi w brudno-brunatną, a wreszcie w żółtawą. Dzieje się to przy 0,03—0,04% kwasu w treści żołądka.

Kwas mleczny, jakkolwiek w znaczniejszem nieco stężeniu, również może zmieniać barwę tropeoliny. Dla odróżnienia przeto kwasu solnego od mlecznego, EDINGER radzi wstrząsać treść badaną z eterem; wówczas zaczerwienie, zależne od kwasu mlecznego, zniknie, i płyn powróci do barwy pierwotnej żółto-pomarańczowej. Wszelako zaczerwienie, wywołane bardzo rozcieńczonym roztworem kwasu solnego również zniknąć może, a zatem sprawdzian ten zupełnie pewnym nie jest. Podług UFFELMANN'A kwas mleczny nie daje odcienia fioletowo-czerwonego.

UFFELMANN uważa tropeolinę za odczynnik daleko gorszy od metylu fioletowego, najprzód dla tego, że istnieje kilka różnie oddziaływających preparatów tropeoliny w handlu, powtóre—że treść żołądka zupełnie inaczej się względem niej zachowuje, niż roztwory wodne kwasu solnego. I tu bowiem białko i peptony utrudniają występowanie odczynu.

c. Barwnik wina czerwonego (*Rothweinfarbstoff*) zastosował po raz pierwszy UFFELMANN. Przekonał się on, iż od kwasu solnego tenże z sinawo czerwonego przechodzi w piękny kolor różowo-czerwony. W widmie daje z kwasem solnym smugę podobną do smugi metylu, między D i E. W treści żołądka już 0,05% kwasu solnego zmienia barwę; natomiast kwas mleczny dopiero przy 0,5%.

UFFELMANN używa mieszanin następujących:

1. 1/2 c. sz. wina czerwonego,  
3 c. sz. 90% wyskoku,  
3 c. sz. eteru.

Mieszanina ta jest prawie bezbarwną.

2. Lepszym od niej jest wyciąg wina za pomocą wyskoku amyłowego, który się barwi na brunatno-sinawo.

3. Można użyć także:

- 1/2 c. sz. wina czerwonego,  
3 c. sz. gliceryny czystej,  
3 c. sz. wyskoku bezwodnego.

Płyn prawie bezbarwny, z odcieniem szaro-sinawym.

Najdogodniejszymi jednak są papierki odczynnikowe:

Mięsza się 1 część wina z 3 częściami wyskoku bezwodnego, wstrząsa, przesącza, macza w tem cienką bibułę do filtrowania i suszy w miejscu chłodnem. Barwa papierka jest słabo sinawo-czerwoną. Papierek, zmoczony treścią żołądka, zawierającą kwas solny, daje barwę różowo-czerwoną, której eter nie zmienia.

Barwnik wina czerwonego uważa UFFELMANN za odczynnik najpewniejszy, i jeśli on da odczyn, to, gdy poprzednie nawet metody nie dopiszą, można być o obecności kwasu solnego przekonany.

Wino musi być naturalnem i nie zbyt starem; najlepsze jest Bordeaux. <sup>1)</sup>

d. Barwnik jagód czarnych uważa UFFELMANN jako jeszcze czulszy od poprzedniego. Świeżo wyciśnięty sok lub napar wodny jagód wyciąga się wy-

1) Cechy wina naturalnego: 1. z amoniakiem barwa zielonawa, 2. z wodą wapienną zielona  
3. z siarczanem miedzi odbarwia się, 4. wyskok amyłowy wyciąga mało barwnika.

skokiem amylowym <sup>2)</sup>, który otrzymuje barwę czerwono-błękitną i daje smugę absorbcyjną w widmie od D do E.

Kwas solny nadaje odczynnikowi barwę różowo-czerwoną (podobną do fuksyny w roztworze).

Najlepsze są papierki odczynnikowe, napojone wyciągiem wysokoku amylowego i suszone w ciemnym miejscu. Mają one kolor podobny do niebieskich papierków lakmusowych, tylko nieco więcej matowy. Jeśli papierek jest za dużo czerwonym, należy oblać go raz wodą przekroploną.

0,03% kwasu solnego da się wykazać, nawet w obec białka, peptonu i soli. Papierek, obłany eterem, zachowuje ładną różowo-czerwoną barwę bez zmiany.

Kwasy organiczne dają odczyn z barwnikiem powyższym przy 0,4—0,6%, przy czym od eteru odczyn znika.

e. Barwnik liści malwy. Papierki przygotowuje się w ten sam sposób, co i z jagód. W obec eteru zachowują się tak samo. Barwa ich jest niebieskawą i zmienia się od kwasu solnego w czerwonawą.

Odczynniki na kwas mleczny podane zostały przez UFFELMANN'A.

a. Półtorachlorek żelaza z kwasem karbolowym:

10 c. sz. 4%-owego kwasu karbolowego,

20 c. sz. wody przekroplonej,

1 kropla (albo 0,1 c. sz. 10%-owego) półtorachloru żelaza (koniecznie oddziaływającego obojętnie).

Otrzymuje się płyn ametystowo-błękitny, który po pewnym czasie mętnieje, skutkiem wydzielania płatków brunatnych i odbarwia się. Dla tego należy go zawsze przygotowywać świeżo.

Płyn ten zmienia barwę swą od kwasu mlecznego na czysto żółtą, albo z odcieniem zielonawym (jeśli jednocześnie istnieje i kwas solny). Nawet 0,01% kwasu mlecznego da się wykryć.

Należy brać 1—2 c. sz. odczynu i puszczać kroplami treść badaną żołądka.

Kwas solny daje z odczynnikiem barwę stalowo-szarą, która później zupełnie znika.

Utrudnia odczyn obecność w płynie badanym białka (nie peptonów) i fosforanów w znacznej ilości, gdyż następuje zmętnienie. UFFELMANN radzi w tym razie wstrząsać badany przesącz z eterem, wyciąg eterowy wyparować aż do kilku kropel i działać 2 kroplami odczynnika, który wywoła barwę żółtą.

b. Dobrym i pewnym odczynnikiem jest także roztwór rozcieńczony samego półtorachloru żelaza obojętnego:

1 kropla (albo 2—3 krople 10%-owego roztworu wodnego) półtorachloru

50 c. sz. wody przekroplonej.

Barwa wyraźnie żółta występuje już od 0,01% kwasu mlecznego. Białko i pepton wcale prawie na odczyn nie wpływają.

Przed przystąpieniem jeszcze do próby na kwas mleczny należy baczyć zawsze, ażeby badana treść była kwaśną (ewent. zakwasić), gdyż sole potasowe, sodowe i wapienne same przez się barwią odczynniki powyższe na brudno-żółto.

Dla sprawdzenia pewności odczynów na kwasy, pamiętać należy o zasadach następujących:

2) Świeże, dojrzałe jagody rozciska się z trochę wody, oblewa wyskokiem amylowym, mocno, wstrząsa i odciąga oddzielającą się warstwę wysokoku.

Chcąc się przekonać, czy przy danym ogólnym stopniu kwaśności takowa wyłącznie od kwasu solnego zależy, doprowadza się ją do 0,03—0,05% (stosownie do czułości odczynnika) przez rozcieńczenie wodą i próbuje odpowiednim odczynnikiem.

Gdy stopień kwaśności jest mniejszym, niż 0,03—0,05%, to dodać trzeba odpowiednią ilość rozcieńzonego kwasu solnego. Gdy np. papierek barwnika czarnych jagód nie barwi się różowo, to dodaje się do przesączu badanego równą ilość 0,05%-ego kwasu solnego i próbuje na nowo.

Tak samo należy ewentualnie dodać równą ilość 0,02%-owego kwasu mlecznego.

**Odczyny na kwas masłowy i octowy:** Wyciąg eterowy badanej treści żołądka po częściowem wyparowaniu określa się powonieniem. Prócz tego w razie obecności kwasu masłowego po dodaniu do pozostałości wyciągu tego 1—2 kropeł wody przekroplonej i kawałka chlorku wapna powstają na powierzchni płynu małe krople tłuszczowe. W razie obecności zaś kwasu octowego, po zubożeniu pozostałości wyciągu eterowego węglanem sody i dodaniu obojętnego półtorachlorku żelaza, powstaje barwa krwisto-czerwona.

Ażeby zastosowanie odczynników na kwasy ułatwić, przedstawię następującą tablicę szematyczną: na str. następnej.

Zalecano inne jeszcze barwniki, które wszelako okazały się bez wartości, porzestaną więc jedynie na wymienieniu takowych: a) Odczynnik Reoch-Szabò (rodan ammonu); b) Odczynnik Mohr'a (rodan potasu z octanem żelaza); c) Fuksyna; d) Fenol ftaleinowy.

Z przeglądu powyższego okazuje się, iż lubo odczynniki barwnikowe posiadają dość wysoki stopień czułości w stosunku do kwasów i potrzebom praktycznym prawie zawsze zadość czynią, to jednak bezwzględnie pewnymi nie są, zwłaszcza w obec istnienia kilku różnych kwasów w badanej zawartości żołądka.

Pożądanym więc byłby, szczególnie dla poszukiwań, w ściśle naukowym celu podjętych, sposób dokładniejszy odróżniania kwasów mineralnych od organicznych.

Zdawało się, iż kwestyję rozstrzygnie znakomite odkrycie BÉRTHÉLOT, zastosowane później przez RICHET'A.

Jest to t. z. w s p ó ł c z y n n i k r o z d z i e l n o ś c i (*Coéfficient de partage*). Metoda polega na tem, iż przy kłóceniu równych objętości danego płynu kwaśnego i eteru, przechodzi do eteru pewna część kwasu w stosunku stałym dla każdego kwasu, jakkolwiek stosunek ten dla różnych kwasów bywa odmiennym.

Po dłuższem kłóceniu (około 5 minut) w lejku rozdzielnym (*Scheidetrichter*) izoluje się mieszanina w 2 warstwy: dolną—treść badaną, i górną—eter. Określa się pojedynczo stopień kwaśności w treści (a) i w eterze (b). Stosunek  $\frac{a}{b}$  będzie współczynnikiem rozdzielnosci.

Kwasy mineralne posiadają współczynnik bardzo wysoki, ponieważ do eteru mała zaledwo ilość ich przechodzi; kwasy organiczne mają współczynnik niski. Dla kwasu solnego wynosi on przeszło 500; dla kwasu mlecznego 10.

Mimo, że metoda jest pomyślaną znakomicie, okazała się jednak w praktyce nie zupełnie dogodną. Najprzód jest bardzo trudną do wykonania; powtóre EWALD, który metodę i wyniki RICHET'A sprawdził dokładnie, sądzi, że cyfry otrzymane nie są bezwzględnie ścisłymi i dla tego do wykrycia drobnych różnic metoda użyć się nie da. VELDEN kilka razy określał porównawczo kwasy metodą RICHET'A i barwnikową; wyniki otrzymywał zgodne.

6. P r ó b a n a b i a ł k o (i propepton) dokonywa się za pomocą kwasu octowe-

go i żelazosinku potasu, które tworzą zmętnienie lub osad, odpowiednio do ilości białka.

### K W A S S O L N Y.

	ODCZYNNIK	SPOSÓB PRZYGOTOWANIA	Barwa odczynnika	Barwa od kwasu solnego	Badanie w i d m a	Minimum wykryć się dające
1.	Metyl fioletowy	Roztwór wodny 0,02 - 0,025%	Fioletowa	Jasno-błękitna, zielona, znika.	Znika smuga metylu między D i E; zjawia się smuga na „δ”	0,04%
2.	Tropeolina oo.	Roztwór nasycony: 1 część wysoka, 3 części wody, nadmiar tropeoliny.	Żółto-pomarańczowa	Fioletowo-czerwona, brunatnoczerwona.	—	0,03%
3.	Barwnik wina czerwonego (Bordeaux).	a) 1/2 c. sz. wina, 3 c. sz. 90% wysoku 3 c. sz. eteru; b) 1/2 c. sz. wina, 3 c. sz. gliceryny, 3 c. sz. 60% wysoku; c) wyciąg wina z wyskokiem amylowym; d) Papierki odczynnikowe: 1 c. sz. wina, 3 c. sz. wysoku bezwodnego.	Sinawo-czerwona	Różowo-czerwona. Eter nie odbarwia.	Występuje smuga między D i E.	0,05%
4.	Barwnik czarnych jagód.	a) Świeżo wyciśnięty sok lub napar wodny wyciągnąć wyskokiem amylowym.	Czerwonawoniebieska	Różowo-czerwona Eter nie odbarwia	Występuje smuga od D do E.	0,03%
5.	Barwnik liści malwy.	b) Papierki odczynnikowe.	Podobna do lakmusu niebieskiego			

### K W A S M L E C Z N Y.

1.	Półtorachlorek żelaza z kwasem karbolowym.	10 c. sz. 4% kw. karbolow. 20 c. sz. wody, 1 kropla (0,1 c. sz. 10%) półtorachloru obojętnego.	Ametystowobłękitna	Czysto-żółta. Eter odbarwia.	—	0,01%
2.	Półtorachlorek żelaza.	1 kropla (2-3 krople 10%) półtorachloru obojętnego, 50 c. sz. wody.	—	Żółta.	—	0,01%

7. Próba na śluz wpływa z poprzedniej, gdyż w razie obecności takowego powstaje zmętnienie z kwasem octowym.

8. Próba na pepton. Istnieje prób kilka; najlepszą jednak stanowi t. z. odczyn biuretowy PIOTROWSKIEGO, polegający na dodaniu do badanego przesącza roztworu siarczanu miedzi i ługu sodowego.

Dla oznaczenia postępu trawienia REJCHMAN, współcześnie z SCHMIDT-MÜLHEIMEM, użył metody kolorymetrycznej, która opiera się na tem, iż w miarę jak białko stopniowo przechodzi w pepton, odczyn biuretowy daje różne odcienie barw, począwszy od błękitnawej (białko), następnie fioletowej, aż do różowej (pepton). Skala REJCHMANA składa się z 6 barw.

Dla wykonania tej metody wymaganą jest ścisłość możliwa. Próbowki szklane winny posiadać średnicę jednakową. Bierze się 3 centym. sz. badanego przesączu i dodaje 1—2 kropel 1%owego roztworu siarczanu miedzi oraz następnie 2—4 kropel roztworu ługu sodowego lub potasowego.

9. *Parapepton* wykazuje się za pomocą zobojętnienia badanego płynu węglanem sodu. Neutralizacja musi być zupełną. Wówczas *parapepton* osiada w postaci drobnych strzępków.

10. *Metapepton* da się wykryć przez przesączenie płynu, w którym strącono *parapepton*; ostatni pozostaje na bibule. Przesącz ten zagotowuje się, przyczem *metapepton* się strąca.

11. *Trawienie sztuczne.* Mając do zbadania treść żołądka, możemy użyć jej w celu ocenienia siły trawiącej zawartego w niej soku żołądkowego. Do jednej próbówki więc wlewamy pewną ilość przesączu, dodając strzępek włókniaka lub krążek skrzepłego białka kurzego. Do drugiej próbówki, przyrządzonej w ten sam sposób, dolewamy nieco 0,1—0,2%owego kwasu solnego (w równej ilości z przesączem). Obie próbówki poddajemy trawieniu sztucznemu przy ciepłocie 40° C. i obserwujemy czas, w jakim białko czy włókniak zupełnie się rozpuści. Wówczas dokonujemy próby na *para-* i *metapepton*, a także próby biuretowej, która nam wykaże, o ile ciała powyższe uległy ostatecznemu strawieniu t. j. *peptonizacji*.

Można w trzeciej próbówce badać trawienie przez dodanie roztworu glicerynowego pepsyny (WITTICH'A), lecz to pod względem praktycznym mniejsze ma znaczenie, ponieważ poszukiwania nad trawieniem patologicznym stwierdziły, iż główne zбочenia w zdolności trawiennej soku polegają przeważnie na nieprawidłowej zawartości kwasu solnego, podczas gdy pepsyna napotyka się w soku żołądkowym prawie stale. GLUZIŃSKI i JAWORSKI wprawdzie przypuszczają możliwość istnienia zaburzeń w wydzielaniu pepsyny, lecz nie opierają tego na faktach pewnych.

12. *Badanie drobnowidzowe* czy to wymiocin, czy wydobytej treści żołądka, wykazuje obok składników pokarmowych, mniej lub więcej strawionych, niekiedy w stanach chorobowych ciała krwi, ewent. pierwiastki nowotworowe, a także grzybki drożdżowe oraz czworniak żołądkowy (*Sarcina*).

Wspomnę tu jeszcze o podjętych usiłowaniach w celu określenia zdolności chłonniczej żołądka.

PENZOLDT i FABER zadawali chorym 0,2 grm. jodku potasu w kapsułce żelatynowej do polykania; kapsułka po 1—2 minutach rozpuszczała się w żołądku. Co minuta autorowie badali papierek krochmalowy, zmaczany śliną, z dodaniem 1 kropli dymiącego kwasu saletrzanego. U ludzi zdrowych naczco stwierdzili zabarwienie papierka już po 6½—11 minutach na czerwono, a po 7½—15 minutach na niebiesko. Natychmiast po jedzeniu—dopiero po 20—45 minutach. Przy wrzodzie okrągłym wchłanianie było normalnem. Przy rozszerzeniu żołądka występowało zabarwienie papierka (nawet po przepłukaniu żołądka) po 15—45 minutach dopiero.

WOLFF powtórzył doświadczenia powyższe i określił czas wchłaniania normalnego na 15—34 minut. Przy raku żołądka jod dawał się wykazać w ślinie dopiero po paru godzinach niekiedy.

Pokrótkę przedstawię tu jeszcze główne sposoby lecznicze, jakie ostatnimi czasy, w obec dokładniejszego zbadania fizjologii i patologii żołądka, wpro-

wadzonemi zostały. Aby jednak nie powtarzać rzeczy zbyt już dobrze znanych w leczeniu chorób żołądka, poprzestaną jedynie na zacytowaniu kilku luźnych uwag, dotyczących: 1) dyjetetyki chorych, 2) kwasu solnego i pepsyny, 3) przepłukiwania żołądka i 4) elektryzacji żołądka.

1. **O d ży w i a n i e** chorych stoi niewątpliwie na pierwszym planie. Żołądek jest pierwszym pośrednikiem w dostarczaniu ustrojowi i przechowywaniu przez pewien czas pokarmów. Stąd już w stanie zdrowym tego narządu człowiek z warunkami dyjetetycznymi liczyć się musi. Tembardziej zaś warunki te są ważne w stanach **ch o r o b o w y c h** żołądka. Chodzi o to, ażeby praca, jaką żołądek chory ma spełniać, ograniczoną została do **m i n i m u m**, czyli aby otrzymywał pokarmy t. zw. **ł a t w o s t r a w n e**. REJCHMAN określił strawność w ten sposób: pokarm, wprowadzony do żołądka, dostarczać ma ustrojowi jak najwięcej materijału odżywczego przy jaknajmniejszym drażnieniu żołądka.

Jednakże pojęcie to, jakkolwiek teoretycznie zupełnie uzasadnione, w praktyce poważne spotyka trudności. Gra tu niemałą rolę indywidualność chorych, a prócz tego odpowiednie ugrupowanie pokarmów wymaga znacznego doświadczenia ze strony lekarza (LEUBE).

Najlepiej, według LEUBE'GO, nadają się do odnośnych spostrzeżeń nad strawnością pokarmów takie osobniki, których żołądek znosi wogóle bardzo mało i na lekkie skądinąd wpływy dyjetetyczne w mniej lub więcej dotykany sposób oddziałują. Należy mieć na względzie nie tylko rodzaj pokarmu, ale i czas, w przeciągu którego tenże opuszcza żołądek; dalej przypadłości podmiotowe, przez pokarm wywoływane; wreszcie wpływ pokarmu na poprawę samego cierpienia żołądka.

LEUBE tedy badał strawność pokarmów różnych u osób chorych wyżej wymienionych, obserwując czas, w jakim dany pokarm żołądek zupełnie opuszcza, oraz przypadłości, jakie wywołuje. Ustanowił on 4 kategorie, poczynając od pokarmów najłżejszych.

I. Buljon, roztwór mięsny, mleko i jaja surowe lub na miękko. Podaje też sucharki niecukrzane lub angielskie *Cakes*. Za napój podaje wodę lub szczywy ubogie w  $\text{CO}_2$ .

Z wyjątkiem roztworu mięsnego, innych potraw powyższych niekiedy chorzy nie znoszą. Jeden tylko roztwór mięsny bywa znoszonym przez **w s z y s t k i c h** chorych.

**R o z t w ó r m i ę s n y** (*Fleischsolution, Solutio carnis*) LEUBE przygotował wspólnie z J. ROSENTHAL'EM przed laty 13. Za pomocą wysokiej ciepłoty i ciśnienia bez dostępu powietrza doprowadzili oni drobno posiekane mięso pod wpływem kwasu solnego do peptonizacji. 1000 grm. mięsa wołowego, wolnego od tłuszczu i kości sieka się drobno i miesza w garnku glinianym lub porcelanowym z 1000 c. sz. wody i 20 grm. *HCl puri*. Naczynie wstawia się do kotła PAPINA, nakrywa szczelnie i przez 10—15 godzin gotuje się (z początku trzeba od czasu do czasu wstrząsać). Następnie wyjmuje się całą masę z garnka, rozciera w móżdzierzu, dopóki nie stanie się podobną do zawiesiny. Później ponownie gotuje się przez 15—20 godzin i zubożętnia prawie zupełnie węglanem sodu, wreszcie wyparowuje się aż do pewnej gęstości i dzieli na 4 porcje (po 250 grm. mięsa).

Wobec najuporczywszych nawet wymiotów po każdym innym pokarmie chorzy znoszą roztwór mięsny dobrze, gdyż jest on w zupełności do wessania przygotowanym, a więc nie wymaga żadnej niemal pracy ze strony żołądka. Chorzy spożywają



go bądź bezpośrednio w rosole, bądź z wyciągiem LIEBIGA; można dodać sucharków tłuczonych.

Najwłaściwsze i najlepsze zastosowanie znalazł roztwór mięsny w leczeniu wrzodu żołądka. Chory początkowo nie spożywa nic więcej, prócz roztworu, w ilości 1 puszki (odpowiadającej  $\frac{1}{2}$  *℥.* mięsa) dziennie; do tego nieco mleka.

Po 1—2 tygodniach leczenia wrzodu LEUBE przechodzi do diety następującej:

II. Pokarmy gotowane: mózdzek, grasica i nóżki cielęce, młode kurczę i gołąb; zupy kleiste, potrawa mleczna (*Milchbrei*) z tapioką i pianą z jajek.

III. Wołowina surowa i pół surowa, befszytk <sup>1)</sup>, surowa szynka skrobana. Do tego purée z kartofli, nieco bułki, kawy i herbaty.

IV. Potrawy pieczone: kura, gołąb, kuropatwa, sarna, cielęcina, karp; roast-beef na różowo (lepiej na zimno). Do tego nieco makaronu włoskiego i wina. Z jarzyn tylko szpinak siekany. Wino na 1—2 godzin przed jedzeniem (reńskie, bordeaux).

Pokarmów wymienionych nie należy naturalnie rozdzielać bezwzględnie, lecz, przechodząc stopniowo do skali coraz wyższej, można zalecać jednocześnie i łatwiej strawne. Najdłużej radzi LEUBE wystrzegać się kompotów, салат i jarzyn. Tłuszcze są wogóle niedobre; przy dyjecie IV najwyżej nieco zupełnie świeżego masła.

Mięso do potraw winno być zupełnie świeżem i mocno ubitem.

Najwłaściwiej jadać 3 razy dziennie. Podczas miesiączki ilość jadła winna być znacznie ograniczoną (KRETSCHY).

Lawaty wytrzustkowo-mięsne (*Fleischpancreasklystiere*) LEUBE'GO. LEUBE dokonał nader gruntownych i ciekawych poszukiwań nad wartością odżywczą wprowadzonego przez się w użycie preparatu powyższego.

Wskazania dlań istnieją w tych wszystkich wypadkach, w których wprowadzenie pokarmów przez usta zostaje utrudnionem, lub uniemożliwionem z jakichkolwiek względów, a zatem: przy niedrożności przełyku, po operacji wycięcia odźwiernika, a także przy zapaleniu otrzewnej, wrzodach jelit cienkich i krwotokach, oraz nawet przy przewlekłym niezycie żołądka.

LEUBE przygotował odpowiednią mieszaninę jak następuje: 150—300 grm. mięsa wołowego skrobanego i następnie drobno posiekanego z 50—100 grm. trzustki wołowej lub wieprzowej, drobno posiekanej i uwolnionej od tłuszczu, z dodatkiem 150 c. sz. wody letniej, nadając mieszaninie gęstość taką, aby z łatwością przez kankę przechodzić mogła. Można dodać też tłuszczu w ilości nie większej nad  $\frac{1}{6}$  ilości mięsa, a zatem 25—50 grm.

Przed zadaniem lawatywy odżywczej należy zawsze oczyścić odbytnicę lawatywą z wody letniej, ażeby wchłanianie uczynić łatwiejszem.

Zamiast zwykłej szprycy LEUBE podał wynalezioną przez siebie pompkę tłoczącą.

Masa wstrzyknięta dosięga nawet aż do okrężnicy poprzecznej. Sprawia ona tak małe drażnienie błony śluzowej odbytnicy, iż pozostawać może w jelitach przez 12—36 godzin.

Tłuszcze, dodane do mieszaniny w ilości najwyżej  $\frac{1}{6}$  mięsa, nie powodują biegunki; natomiast mączka wywołuje ją łatwo, i dla tego LEUBE ostatniej z lawatymi do ustroju nie wprowadza.

1) Z leżącej przez czas dłuższy połówicy zeskrobuje się trzonem łyżki tyle mięsa, ile się da bez wysiłku zeskrobać.

Pacjent nie doznaje po lawatynie żadnych przykrości; owszem, niekiedy znika nawet uczucie głodu.

Kał, oddany w 12—24 godzin po zastrzyknięciu lawatyny odżywczej, nie różni się od kału zwykłego. Zapach jego bywa daleko mocniejszym, gdy wypróżnienie następuje dość wcześnie po zadaniu lawatyny.

Pierwsze lawatyny zazwyczaj mniej bywają strawiane i wchłaniane, niż następne; to jednak nie powinno zniechęcać do dalszego ich stosowania, odbytница bowiem musi jakoby przywyknąć do nich.

Skoro jedna lawatyna przypadkowo za wcześnie ze stolcem wydalona zostanie, należy, ażeby uniknąć widocznego drażnienia odbytницы, przerwać stosowanie takich na jeden dzień.

W kale wydalonym LEUBE znajdował, prócz nieznacznej ilości białka, także słaby odczyn na peptony. Leucyny i tyrozyny nigdy nie było. Wchłanianie peptonu odbywa się szybko.

Że wchłanianie to istotnie miewa miejsce, dowodem doświadczenia, przez LEUBE'GO na zwierzętach przedsiębrane. Wykazały one u zwierząt, którym nie dostarczano części azotowych, zwiększoną ilość wydzielanego z moczem azotu. U zwierząt, znajdujących się w stanie równowagi azotowej, takowa zachowuje się i przy karmieniu ich lawatynami odżywczymi. Wreszcie ilość azotu, w kale zawarta, była bardzo małą w porównaniu z ilością azotu w masie wstrzykniętej.

Nietylko białko, lecz i tłuszcze ulegają wessaniu, gdyż komórki nabłonkowe jelita grubego były wypełnione kroplami tłuszczowemi.

Wartość odżywczą peptonów stwierdzili PŁÓSZ, MAŁY, a głównie ADAMKIEWICZ; zwierzęta, niemi karmione, na wadze zyskiwały, a ilość azotu wydzielanego była mniejszą od azotu, zawartego w peptonie.

Jeśli jednak doświadczenia na zwierzętach dały w istocie wyniki dodatnie, to spostrzeżenia u chorych nad pożywnością peptonów są dotąd jeszcze bardzo nieliczne, i dla tego nic o nich stanowczo nie wyrzeczono. ADAMKIEWICZ pepton swój (z fabryki WITTE'GO w Rostocku) bardzo zachwala. Również zalecano pepton SANDERS'A (w Amsterdamie). Lecz wiadomo, iż peptony po dłuższem użyciu sprowadzają niezbyt jelit, a w smaku bywają nieprzyjemne. Peptony daje się w rosolu lub zupie kleistej, 1—2 łyżek na filiżankę.

JAWORSKI sporządził roztwór mięsny peptonizowany: 500 grm. skrobanego, uwolnionego od tłuszczu mięsa wołowego dodaje do 1 litra wody, zawierającej 40—50 grm. 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owego kwasu solnego oraz 0,5 grm. pepsyny. Pozostawia mieszaninę przez noc w miejscu ciepłym, a rano gotuje, aż dopóki mięso się rozplynie. Następnie cedzi, dodaje dla smaku nieco zwykłych przypraw kuchennych, oraz cukru z winem lub mąki przypalanej lub mocnego rosolu (czy wyciągu LIEBIG'A) lub wreszcie sosu z pieczeni, i ponownie gotuje. Odwar zobojętnia 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owym roztworem sody, aż smak pozostanie jeszcze słabo kwaskowatym.

Potrawa ta ma wedle JAWORSKIEGO być przyjemną w smaku i wystarcza na użytek całodzienny.

2. **Kwas solny.** Wskazania dlań wypływają już z tego, co się w dziale powyższym o badaniu treści żołądka powiedziało. A zatem przedewszystkiem w tych przypadkach, w których bezpośrednio badanie stwierdziło niedostateczny stopień kwaśności soku żołądkowego wogóle lub zmniejszoną ilość kwasu solnego. To ostatnie ma daleko większe znaczenie, niż ogólny stopień kwaśności, który może odpo-

wiadać granicom prawidłowym, a jednak być zależnym wyłącznie lub przeważnie od kwasów organicznych.

Przez wprowadzenie kwasu solnego dostarcza się sokowi żołądkowemu przede wszystkim bardzo ważnego składnika, na którym mu zbywa; powtóre kwas solny ma własności w części przeciwnilne, usuwając nieprawidłowe sprawy fermentacyjne, sprzyjające rozwojowi kwasów masłowego i octowego, grzybków drożdżowych i czworniaka; wreszcie sprzyja wydalaniu produktów trawienia z żołądka, w tych szczególnie wypadkach, w których takowe zbyt długo w żołądku pozostają (rozszerzenie). Wskazaniem przeto dla kwasu solnego są: niezbyt żołądka samoistny lub towarzyszący wrzodowi czy rakowi, atonija i rozszerzenie żołądka, a także stany gorączkowe i małokrwistość.

Najracyjonalniejszym jest przepisywanie kwasu solnego w takim stężeniu, w jakim się on w soku napotyka, czyli 0,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owy. LEUBE zaleca 8—10 kropel na połowę małej szklaneczki wody w dwie godziny po jedzeniu. REJCHMAN daje w stosunku 1 skr. : 5 unc., po 1/2 szklanki na dawkę.

Zadawanie przez LEUBE'GO kwasu solnego w 2 godziny po jedzeniu ma na celu dostarczenie go sokowi żołądkowemu w chwili właśnie, gdy, jak fakta fizjologiczne stwierdziły, wolny kwas solny wykazać się już daje i gdy ilość jego około 0,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wynosi. Wszelako, ze względu na rozwijanie się częstokroć fermentacji nieprawidłowych już wkrótce po przyjęciu pokarmu, — REJCHMAN słusznie radzi stosować kwas solny natychmiast po jedzeniu; w 2—4 godzin później można dawkę powtórzyć.

LEUBE zauważył, iż niekiedy, mimo dania kwasu solnego wobec wyraźnych do tego wskazań, tenże okazuje się bezużytecznym. W podobnym przypadku trawienie przyśpieszonym zostaje dopiero po jednoczesnym zadaniu p e p s y n y. Wogóle wydzielanie pepsyny, jak mówi LEUBE, idzie mniej więcej w parze z wydzielaniem kwasu solnego w soku żołądkowym. Pozostają wszelako i takie jeszcze przypadki, w których obadwa składniki powyższe razem korzyści nie przynoszą. REJCHMAN zaleca pepsynę francuską BOUDAULT'A jakoteż niemiecką (*Peps. german. solubile*) w ilości 5—15 gran.

3. Przepłukiwanie żołądka wprowadzonym zostało w powszechne użycie głównie od czasu, gdy KUSSMAUL w roku 1869 takowe zastosował. Bywa ono wskazanem tam, gdzie chodzi o usunięcie z żołądka bądź nieprawidłowych, rozkładających się produktów trawienia, które jednocześnie, zbyt długo w żołądku pozostając, drażnią i tak już chorobliwie zmienioną błonę śluzową oraz obarczają zwiotczalą błonę mięśniową, a więc przede wszystkim w przypadkach r o z s z e r z e n i a żołądka różnego pochodzenia; dalej w razie nagromadzania się w znacznej ilości śluzu oraz płynu wodnistego (np. u pijaków). Ostatniemi czasy usiłowano stosować przepłukiwanie żołądka przy niedrożności jelit (SENATOR).

W razie właściwego zastosowania przepłukiwań osiąga się wyniki pomyślne w krótkim stosunkowo czasie. KUSSMAUL, LEUBE i inni już po pierwszych kilku razach sprawiali chorym znaczną ulgę. Fakt ten posłużyć może nawet za wskazówkę; jeśli bowiem po pierwszych przepłukaniach stan chorego się nie polepszy, należy dalsze stosowanie tej metody uważać za nieprowadzące do celu i takowego zaniechać.

LEUBE, KUSSMAUL i WIESNER radzą przepłukiwać żołądek z rana naczczo, nie zaś wieczorem, a to w tym celu, aby nie odbierać żołądkowi pokarmów, które bądź co bądź przez noc mogą choć częściowo być wessanemi. Prócz tego przez oczyszczenie żołądka nadaje mu się więcej energii do czynności w przeciągu dnia. W tych przypadkach, w których spostrzegamy zbyt późne opróżnianie się żołądka (więcej niż po

7 godzinach), lecz gdzie tenże z rana bywa próżnym, LEUBE zaleca przepłukiwanie wieczorem, ażeby dać żołądkowi możność wypoczynku przez noc.

Przepłukiwanie skuteczniejszą się najdogodniej za pomocą lewara (JÜRGENSEN, ZIEMSEN, ROSENTHAL). Ponieważ jednak na dnie żołądka pozostają często masy gęstsze, nie dające się łatwo usunąć, należy w końcu aktu przepłukania uciekać się w niektórych razach i do pompki. Wówczas przekonać się, można, iż jakkolwiek woda, z lejka lewarowego wypływająca, była zupełnie czystą, pomka wydobywa jeszcze mniej lub więcej znaczne masy pokarmowe.

Zamiast wody letniej można brać rozczyzny 1—2% sody, wodę Vichy lub Karlsbadzką, odpowiednio ogrzane (do 35—37° C.) lub też nawet środki przeciwnilne, jak kwas borny i karbolowy (0,5%).

JAWORSKI zastosował kąpiel gazową żołądka za pomocą CO<sub>2</sub>, mającego własność silnego pobudzania błony śluzowej do wydzielania mocno kwaśnego soku. Jest ona według niego wskazaną przy atonii błony mięśniowej, braku kwasu solnego, rozkładaniu się treści żołądka, braku łaknienia wogóle, w celu usunięcia niemiłych sensacyj, zwłaszcza u hypochondryków, i w celu uśmierzenia bólów kardyjalgicznych. Używa zgłębnika *à double courant*, który łączy z dzióbem syfonu z wodą sodową.

4. Elektryzacja. Podjęte zostały w ostatnich czasach próby bezpośredniego *faradyzowania* żołądka (FÜRSTNER, SCHLIEP, NEFTEL, KUSSMAUL). Za jedną elektrodę służy drut miedziany, wprowadzony do zwykłego zgłębnika; żołądek napełnia się do połowy wodą. Drugą elektrodę daje się w rękę choremu. SCHLIEP użył też struny C z wiolonczelli, oplecionej drutem miedzianym posrebrzonym i wprowadzonej do zgłębnika.

KUSSMAUL zauważył przy takiej *faradyzacji* kurczenie się wyłącznie nadpępkowej połowy lewego mięśnia prostego i tegoż skośnego zewnętrznego. Wogóle nie otrzymał on dotychczas wyników nazbyt pomyślnych.

## LITERATURA.

- Jaworski. 1) Przegląd Lek. 1883, Nr. 31—37. 40—45.—2) Medycyna 1882, Nr. 37.—3) Deutsches Archiv für Klin. Med. T. 33, str. 227.—4) Ibidem. T. 35, str. 38. 79.—5) Gaz. Lek. 1882, Nr. 11.
- Gluziński i Jaworski. 1) Przegl. Lek. 1884, Nr. 16—18.—2) Ibidem. 1885, Nr. 3—5.
- Rajchman. 1) Niestrawność.—2) Gaz. Lek. 1881, Nr. 32, 33.—3) Ibidem. 1882, Nr. 3.—4) Ibidem. 1882, Nr. 26.—5) Ibidem. 1883, Nr. 44.—6) Ibidem. 1883, Nr. 20—23.—7) Ibidem. 1884, Nr. 29.—8) Ibidem. 1884, Nr. 50, 52.
- Leube. 1) Ziemssen's Handbuch der spec. Path. u. Ther. VII.—2) Volkmann's Vorträge, Nr. 62.—3) Magensonde.—4) Virchow's Arch. T. 88.—5) Zeitschr. f. Klin. Med. T. 6, str. 189.—6) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 10, str. 1.—7) Ibid. T. 15, str. 394.—8) Ibid. T. 18, s. 496.—9) Ibid. T. 23, s. 98.—10) Ibid. T. 33, s. 1.—11) Berl. Kl. Woch. 1873.
- Ewald. 1) Die Lehre von der Verdauung.—2) Virch. Arch. T. 90, s. 333.—3) Berl. Klin. Woch. 1885, Nr. 9.—4) Zeitschr. f. Kl. Med. T. 1, s. 619.—5) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 27, s. 389.
- Kussmaul. 1) Volkmann's Vorträge, Nr. 181.—2) Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. T. 8, s. 205.—3) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 6.
- Edinger. 1) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 29, s. 555.—2) Berl. Klin. Woch. 1880, Nr. 9.
- Velden. 1) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 23, s. 369.—2) Ibid. T. 25, s. 105.—3) Ibid. T. 27, s. 186.—4) Berl. Klin. Woch. 1877, Nr. 42.
- Uffelmann. 1) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 20, s. 535.—2) Ibid. T. 26, s. 431.—3) Ztschr. f. Kl. Med. T. 8, s. 392.
- Maly. 1) Herrmann's Physiologie.—2) Hoppe Seyler's Ztschr. f. phys. Chemie, T. 1.
- Jürgensen. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 7.
- Riegel. 1) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 36.—2) Berl. Kl. Woch. 1885, Nr. 9.
- Seemann. Ztschr. f. Klin. Med. T. 5, s. 272.

- Malbranc. Berl. Kl. Woch. 1878, Nr. 4.  
 Fleischer. Berl. Kl. Woch. 1882, Nr. 8.  
 Kretschy. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 18, s. 527.  
 Kredel. Ztschr. f. Kl. Med. T. 7.  
 Ebstein. 1) Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 26, s. 295.—2) Volkmann's Vortr. Nr. 155.  
 Purgesz. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 23, s. 554.  
 Haenisch. D. Arch. f. Kl. Med. T. 23, s. 579.  
 Schliep. D. Arch. f. Kl. Med. T. 13, s. 455.  
 Wiesner. Berl. Kl. Woch. 1870, Nr. 1.  
 Huber. D. Arch. f. Kl. Med. T. 21, s. 315.  
 Buchner. D. Arch. f. Kl. Med. T. 29, s. 537.  
 Schreiber. 1) D. Arch. f. Kl. Med. T. 33, s. 425.—2) Ibid. T. 19, s. 616.  
 Rosenbach. Volkmann's Vortr. Nr. 153.  
 Glax. Volkmann's Vortr. Nr. 223.  
 Talma. Ztschr. f. Kl. Med. T. 8, s. 407.  
 Schellhaas. D. Arch. f. Kl. Med. T. 36, s. 427.  
 Ziemssen. 1) Volkmann's Vortr. Nr. 15.—2) D. Arch. f. Kl. Med. T. 10, s. 65.  
 Wolff. Ztschr. f. Kl. Med. T. 6, s. 113.  
 Rosenthal. Berl. Kl. Woch. 1870, Nr. 24.  
 Schiffer. Berl. Kl. Woch. 1870, Nr. 27.  
 Szabó. Hoppe-Seyler's Ztsch. f. physiol. Chemie. T. 1.  
 Sassezki. Petersb. med. Woch. 1879.  
 Hoppe-Seyler. Physiol.-chem. Untersuchungen.  
 Penzoldt u. Faber. Berl. Kl. Woch. 1882, Nr. 21.  
 Kietz. Zur Lehre von der Verdauung im Magen. Dissert. Erlangen. 1881.  
 Bauer. Ziemssen's Allg. Therapie, T. I. Cz. I (Dietetik).  
 Richet. 1) Du suc gastrique chez l'homme et les animaux etc. Paris, 1878.—2) Comptes rendus. T. 84, s. 410.—3) Ibid. T. 84, s. 1514.—4) Ibid. T. 85, s. 155.—5) Ibid. T. 86, s. 676.—6) Gaz. méd. de Paris. 1877, s. 313.—7) Progrès méd. 1881, Nr. 10, 13, 16.  
 Bérthelot. Annales de chimie et de physique, 1872 T. 26, s. 396.

## I. Chirurgija i Syfilidologija.

166. Prof. E. BOTTINI. **Przerost prostaty, przyżeganie termogalwaniczne, wyleczenie.** (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1885, Nr. 23).

Metoda radykalnego leczenia przerostu prostaty, zwłaszcza przerostu środkowego płatu (pars supramontana), nie cieszy się, jak dotąd, ogólnym uznaniem, choć w zupełności na nie zasługuje. Obecne leczenie objawowe, polegające na zaprowadzaniu systematycznym cewnika, przemywaniu pęcherza środkami przeciwnilnymi (kwas borny i t. d.) i pobudzeniu mięśni pęcherza czyni leczonych w ten sposób kalekami, niewolnikami kateteru.

Bottini przytacza najświeższy swój wypadek. Chory 68-letni oddaje mocz co 2 godziny w bardzo małej ilości (20—50 gramm.), w pęcherzu pozostaje stale oko-

ło litra moczu; mocz posiada zapach mocno amoniakowy i zawiera nieco śluzoropy; pęcherz sięga stale do pępka; przerost środkowego i prawego płatu prostaty.

Przygotowaniem do operacji były przemywania pęcherza (kwasem bornym i siarko-karbolanem cynku), które wkrótce zmieniły odczyn moczu z mocno alkalicznego na kwaśny, jako też zimne natryski.

Żegadło Bottiniego zniszczyło w ciągu 45 sekund przerosły płat środkowy prostaty, poczem zaprowadzony został i pozostawiony miękki cewnik.

Po 5 dniach cewnik usunięto i zakładano już tylko co 6 godzin. 22-go dnia po operacji, chory poraz pierwszy oddał mocz bez użycia cewnika. Ilość oddawanego moczu wzrastała bardzo szybko; w 5 tygodni po operacji wynosiła już przeszło 700 grm., resztę usuwano pomocą cewnika. W dwa miesiące po ope-

racy chory oddaje już bez użycia cewnika 1680 grm. na dobę, t. j. wszystek moc. Mocz jest czysty i posiada kwaśny odczyn.

Dla pobudzenia osłabionych detruzorów od początku stosowano Extr. nuc. vomic. i stałe prądy miejscowo.

W smutnem świetle przedstawia się zwykle objawowe leczenie wobec podobnych wyników—przedłuża ono tylko życie, nie usuwając rozlicznych cierpień.

*Funk.*

167. LUSTGARTEN. **Die Syphilisbaccillen.** (*Separat-Abdruck aus den Med. Jahrbüchern der. k. Gesellschaft s. Aertzte, Wien—1885*).

L. znalazł w pierwotnych stwardnieniach, łepieżach i guzach syfilitycznych laseczniki, zbliżone postacią i zachowaniem się względem barwników do lasecznika gruźlicy i trądu.

Metoda badania jest następująca: skrawek pozostaje 12—24 godzin w roztworze gencyanu-fioletu Ehrlich—Weigerta (100 cz. wody anilinowej; 11 roztworu wysokiego gencyana-fioletu), poczem jeszcze w ciągu 2 godzin przy ciepłocie 40° C. Następnie splókuje się skrawek w bezwodnym wysoku i umieszcza na szkiełku zegarkowem, zawierającym około 3 ctm. 1½/₀ roztworu wodnego nadmanganianu potasu. Tu zostaje skrawek około 10 sekund; na skrawku i w płynie powstaje przytem brunatny osad nadtlenu manganu. Skrawek przenosimy wtedy do roztworu wodnego czystego kwasu siarkowego (który otrzymujemy ogrzewając miedź metaliczną z kwasem siarczanym). Tu następuje natychmiast częściowe odbarwienie. Oplókujejemy wtedy skrawek w wodzie przekroplonej i umieszczamy powtórnie w roztworze nadmanganianu potasu na 3—4 sekund, poczem znów umieszczamy w kwasie siarkowym i t. d. aż do zupełnego odbarwienia skrawka, co następuje zwykle po 3—4-krotnem powtórzeniu tej procedury. Skrawek następnie zostaje odwodniony w wysoku, przezroczyoczony w olejku gwoździko-

wym i zachowany w balsamie kanadyjskim.

W ten sam sposób postępujemy z zasuszoną na szkiełku wydzieliną, tylko odbarwienie odbywa się tu szybciej.

Przy użyciu opisanej metody znalazł L. w tworach i wydzielinach syfilitycznych charakterystyczne, nieopisane dotąd *laseczniki*. Podobne są one na pierwszy rzut oka do gruźliczych i przedstawiają się jako proste, zgięte, esowato zakrzywione, lub załamane pręciki, długość ich wynosi 3½—4½ mm., niektóre jednak dochodzą do 7 mm. Zwykle są one mocno zabarwione, ale nieraz obok tych znajdujemy blado-niebieskie, które łatwo przeoczyć można. Przy znacznem powiększeniu rozpoznać można, że zarysy laseczników nie są gładkie, lecz lekko faliste, a wewnątrz znajdują się *zarodniki*. Te ostatnie, jasne, owalne, błyszczące ciała, leżą w ilości 2 do 4 w równych odstępach, nigdy u końców lasecznika.

Laseczniki nie leżą swobodnie w tkance, lecz zamknięte są w *komórkach*. Te ostatnie są większe, nieraz dwa razy, od białych ciałek krwi, są okrągłe, podłużne, lub nieregularnie wielokątne, posiadają duże owalne jądro. Znajdują się zarówno w pierwotnem stwardnieniu, jak i w guziczkach i guzach syfilitycznych. Laseczniki leżą w opisanych komórkach to pojedynczo, to w grupach po 2 do 8. Znajdujemy komórki te, nieraz w większych grupach, u brzegu nacieczeń i w otaczającej pozornie niezmięnionej tkance.

Zdaje się pewnem, że komórki te mogą wędrować; autor znalazł je raz między komórkami sieci Malpigiego w szerokim guziczku syfilitycznym, drugi raz w świetle naczynia chłonnego.

W wydzielinie pierwotnych stwardnień i szerokich guzków znajdujemy po zabarwieniu wiele różnorodnych drobnoustrojów, ale po odbarwieniu tylko wyżej opisane laseczniki; wszystkie inne drobnoustroje tracą barwnik.

Opisana metoda odbarwienia daje tak-

że dobre wyniki przy badaniu laseczników gruźliczych i trądowych—inne znane drobnoustroje, jako to laseczniki węglika, durzycy, nosacizny, koki zapalenia płuc, endocarditidis ulcerosae, ropy odbarwiają się przy tej metodzie.

Badanie *krwi* syfilityków opisaną metodą dało dotychczas autorowi ujemne wyniki. W dwóch wypadkach miękkiego szankra nie było opisanych laseczników.

Wogóle ilość laseczników nie bywa znaczną i tem jest mniejszą, im dłuższy przeciąg czasu upłynął od zakażenia. W guzach syfilitycznych ilość laseczników bywa stosunkowo najmniejszą. *Funk.*

168. A. BOCKHART. **Wstrzykiwania podskórne sero-sublimatu przy syfilisie.** *Blutserum-Quecksilber, ein neues Präparat zur Injectionsbehandlung der Syphilis.* (*Monatshefte f. Dermatologie*, 1885, Nr. 5).

B. dodaje roztwór sublimatu do sterylizowanej surowicy krwi, rozpuszcza tworzący się osad białkanu rtęci zapomocą roztworu soli kuchennej i otrzymuje w ten sposób 1½%—3% przetwór, bardzo trwały (jeśli zamknięty w ciemnym naczyniu) i nie sprawiający bólu przy wstrzykiwaniu, czego o żadnym ze znanych przetworów nie można powiedzieć. (3% roztwór sero-sublimatu sprawia nieco bólu, ale nie więcej od 1% formamidanu rtęci. Przetwór ten pozostaje według autora w ustroju dłużej od innych mało bolesnych przetworów np. formamidanu—wymaga to jednak potwierdzenia.

Sero-sublimat działa szybko na objawy syfilisu—mniej więcej jak peptonian rtęci, ale trwałość i zupełna niebolesność stawia pierwszy przetwór daleko wyżej.

Wbrew ogólnemu mniemaniu, wpływ rozlicznych przetworów rtęci stosowanych podskórnie nie jest jednakowy. Autor, poszukując rtęci w moczu zapomocą metody Fürbringera, przekonał się, że po 25 wstrzyknięciach roztworu sublimatowego (Lewina) rtęć wydzielala się z moczem 18 tygodni po ostatniem wstrzyknięciu; roztwór sublimatu z solą kuchenną (Stern,

Auspitz) tylko 13 tygodni; białkan i peptonian 10—11 tygodni; formamidan i inne związki amidowe—6 tygodni. O wiele dłużej pozostaje rtęć w ustroju po wcieraniach szaruchy, bo 6 miesięcy i dłużej. Autor przypuszcza, że z pomiędzy przetworów rtęci wprowadzanych podskórnie najdłużej pozostaje w ustroju kalomel—należy to jednak potwierdzić.

Dłuższe lub krótsze pozostawanie rtęci w ustroju zależy w pewnej mierze od bolesności, od tworzenia się guzów po wstrzyknięciu: osadzony w guzie takim białkan rtęci później ulega wessaniu. To też nie ulega wątpliwości, że przy nader bolesnych wstrzykiwaniach roztworu Lewina rtęć stosunkowo długo pozostaje w ustroju.

Bardzo bolesne są wstrzykiwania kalomelu, roztworu sublimatu (Lewina), roztworze sublimatu z solą kuchenną; mniej bolesny peptonian i białkan, jeszcze mniej związki anido-rtęciowe, zupełnie niebolesny serosublimat (Bockhart).

W blizkim związku z szybkim lub wolnym wydzieleniem rtęci z ustroju pozostaje szybkość recydyw. Najpóźniej też występują powroty po wcieraniach szaruchy, mydła rtęciowego lub olejanu rtęci, bardzo zaś szybko (9 tygodni do 4 miesięcy) po wstrzykiwaniach formamidanu. Lepsze wyniki pod tym względem daje peptonian i białkan, jeszcze lepsze roztwór sublimatu z solą kuchenną. Sero-sublimat nie może być tu brany pod uwagę z powodu krótkiego czasu obserwacji.

Przy gwałtownych, niebezpiecznych objawach można bez obawy wstrzykiwać codziennie po 1 grammie 3% roztworu sero-sublimatu—działanie rtęci występuje tu na jaw bardzo szybko. *Funk.*

## II. Farmakologija.

169. UNNA. **O mydlach leczniczych.** *Ueber medicinische Seifen.* (*Sammlung Klin. Vorträge—Volkman* Nr. 252—1885).

Znajdujące się w handlu t. z. mydła le-

cznicze są produktem niepewnym, o niestałym składzie, najczęściej złego gatunku, z odczynem mocno alkalicznym. Działająca część składowa często ulega w mydlach tych rozkładowi lub ulatnia się (tak np. mydła karbolowe najczęściej nie zawierają wcale karbolu). Nie dziw więc, że mydła lecznicze, jako bezskuteczne lub wprost szkodliwe, zostały prawie wykluczone z racjonalnej dermatoterapii. A jednak za stosowaniem mydła w chorobach skóry przemawia wiele względów, między innymi czystość metody, oszczędność (rzecz niemałej wagi zwłaszcza przy rozlanych chorobach skóry), łagodzący, rozmiękczejący, przeciwwzapalny wpływ czystego mydła na skórę i t. d. Niezbędnym tylko warunkiem jest czystość i pewność fabrykatu.

Mydło lecznicze wyrabiane (w Hamburgu) według przepisów autora z czystego tłuszczu wołowego i świeżo przygotowanego ługu (sodowego 2—3 części, potażowego 1 część), posiada *odczyn ściśle obojętny*, zawiera zawsze 3—4% wolnego tłuszczu w nadmiarze (dla zobojętnienia odtłuszczającego działania mydła na skórę), wolne jest od wszelkich zanieczyszczeń, specjalnie od nadmiaru alkaliów, nie zawiera oleju kokosowego, gliceryny i t. d. Jest to możliwie łagodne, obojętne mydło, nieocenione dla osób z delikatną skórą, lub zmuszonych do bardzo częstego mycia rąk (np. dla lekarzy). Tylko takie mydło zmieszane z pewnymi środkami leczniczymi w określonym stosunku może być uważane za prawdziwe mydło lecznicze, i przepisywane jak maść lub pasta.

Tak np. na uwagę zasługuje *mydło ichtyolowe* (10%). Jest ono niezwykle skutecznym przy wszelkiej *rosacea*, tak z przekrwieniem tętniczym jak żylnym; zmywanie piany gorącą wodą dzielnie dopomaga leczeniu.

*Mydło salicylowe* i *salicylo-cynkowe* zaleca autor zwłaszcza w przewlekłym mocno swędzącym wyprysku, starym trądzi-

ku i jako środek pomocniczy przy grzybkowych chorobach skóry (w tym ostatnim celu działa też dobrze a łagodnie *mydło rhabarbarowe*.

*Mydło tanninowe* (3% zinci tannici) stosowne jest jako środek wzmacniający przy wrażliwej, delikatnej skórze, skłonnej do intertrigo i wyprysku.

*Mydła sublimatowe* (1%) może oddać wielkie usługi, ale nie jest bardzo trwałe. Stosowane było z korzyścią przy grzybkowych chorobach skóry, pigmentacjach, syfilisie skóry, trądniku, lichen ruber i t. d. Wskazania dla mydła sublimatowego są bardzo obszerne.

Inne mydła nie zostały jeszcze należyście zbadane.

*Funk.*

### III. Hygijena.

170. John TRIPE. **O środkach dezynfekcyjnych i o użyciu takowych w praktyce sanitarnej.** (Odczyt miany na posiedzeniu Stowarzyszenia inspektorów sanitarnych w marcu r. b. *The Sanitary Record*. April, 15—1885).

Użycie dezynfekcyi sięga nader odległych epok: w *Odyssei* Homera wspomnianem jest użycie dymu siarkowego w celach sanitarnych, w księgach Mojżeszowej wymienioną jest cała technika dezynfekcyi przy trądzie i t. p.; prawdopodobnie zaś Egipcjanie o wiele dawniej posługiwali się środkami przeciwarzakowymi. Dokładnie nie jest znaną droga, jaką nieczystości stają się szkodliwymi; według nader rozpowszechnionego poglądu, szkodliwymi są nie same nieczystości, ale pewne elementy chorobotwórcze, zawarte w takowych. Że zaś zarazki dzielą się wogólności na: 1) powstające wyłącznie w ciele ludzkim i 2) powstające nazewnątrz człowieka, więc zakres użyteczności środków dezynfekcyjnych zostaje w ten sposób znacznie ścieśnionym. Dr. Sanderson mniema, że wiadomości o działaniu zarazków oraz różnic specyficznych pomiędzy niemi o tyle są jeszcze



niezupełne, że niepodobna jeszcze przewidzieć nawet, czy odkrycie specyficznych środków przeciwko takowym jest możliwem, lubo w każdym razie nadeszła już chwila stosowna do rozpoczęcia poszukiwań w tej mierze. Trudną do określenia jest ilość środka przeciwarzakowego niezbędna do dezynfekcyi w tej lub owej chorobie, choć istnieją pewne dane co do niektórych zarazków: wiadomo naprzykład, że milionowa część kropli krwi zarażonej posocznicą zabijała młode króliki, i że ogrzewanie krwi takiej w ciągu sześciu godzin przy 212° F., a potem przez godzinę przy 25° F. niszczyło zarażającą własność krwi.

Wszystkie środki dezynfekcyjne podzielić można na cztery kategorie, a mianowicie: na 1) środki wysuszające, 2) utleniające, 3) przeciwparazytowe i 4) przeciwgnilne. W liczbie pierwszych najważniejszym jest gorące powietrze i para, w liczbie drugich nadmanganian potasu, terpentyna i inne ciała rozwijające tlenik wodoru, w liczbie trzecich sublimat, chlorek cynku, kwasy: arsenikowy, siarczany, azotny, chlorny, kwas siarkowy i t. p., wreszcie w liczbie przeciwgnilnych—hałun, sól kuchenna, kwas karbolowy, sole żelaza, miedzi i t. p. Rozumie się, że kategorie te nie dają się ściśle rozdzielić, posiadają bowiem wiele cech wspólnych.

Przy wyborze środków dezynfekcyjnych bierze się pod uwagę ich siła, brak trujących własności i wreszcie cena. Przechodząc do oceny niektórych środków w szczególności, rozpoczyna autor od gazów, mianowicie zaś od chloru i kwasu siarkowego. Dr. Klein wykonał szereg doświadczeń odnośnych nad wieprzami. Przedewszystkiem wykazał on, że roztwór kwasów fenilpropionowego i feniloctowego w takiej koncentracji, iż ilość kwasu w stosunku do krwi wynosi  $\frac{1}{800}$ , pozbawia w ciągu dwudziestu minut zaraźliwych własności płyn z płuca wieprzy dotkniętych zarazą wieprzową (swine

peague). Wykazał on również, że zarazek udziela się od chorych zwierząt zdrowym nawet wówczas, gdy wieprze umieszczone są na pewnej przestrzeni jeden od drugiego w tym samym budynku. 6-go listopada 1883 r. umieszczono zdrowego wieprza w chlewie mającym 18 stóp długości, i zarażono go tegoż dnia; 13-go listopada rozwinął się proces choroby w obydwóch płucach. Tegoż dnia wykadzono chlew chlorem, umieszczono w nim zdrowego wieprza i zamknięto drzwi na trzy godziny, poczem znowu wykadzono chlew chlorem i pozostawiono zwierzę znowu na trzy godziny. Powtarzano to do 18-go listopada, w którym dniu chore zwierzę zdechło, gdy drugi wieprz pozostał zupełnie wolny od choroby. W innym wypadku, gdy dezynfekcja była w ciągu jednego dnia zaniedbaną, zwierzę zdrowe uległo zarazie. Cały ten szereg doświadczeń stwierdził, iż przy niedokładnem okadzeniu choroba udzielała się zdrowym wieprzom. Inne doświadczenia wykonane były w ten sposób, iż chore zwierzęta umieszczano w oddzielnych chlewach, poczem wydalano je ztamtąd i stawiano natomiast zdrowe zwierzęta po uprzednim dokładnem okadzeniu chlewa; zwierzęta pozostawały wówczas zdrowe. W każdym razie o wiele silniejszy środek i zarazem najlepszy ze wszystkich lotnych, przedstawia, według autora, kwas siarkowy (1 funt siarki na 1,000 stóp sześciennych przestrzeni). Nader problematyczne znaczenie posiada natomiast pulweryzacja terpentyny, kwasu karbolowego i t. p. w celu dezynfekcyi powietrza.

Suche gorąco przedstawia wyborny środek dezynfekcyjny. Jeden z najlepszych bezwątpienia przyrządów do tego rodzaju odwietrzania służących przedstawia komora Jennings'a opalana gazem, w której ciepłota w ciągu pół godziny dochodzi do 262° F. Para gorąca działa jeszcze dokładniej, albowiem lepiej przenika w materyjały. Doświadczenia Hen-

ry'ego wykazały, iż krowianka traci własność zarażającą po ogrzewaniu do 150° Fer. w ciągu dwóch godzin, gdy zachowuje je po ogrzewaniu do 120° F. w ciągu trzech godzin. Zaszuszone limfa znosi większe gorąca. Ciepłota 140° F. zabija wszystkie bakteryje i inne żyjątka w wypróbnieniach. Autor mniema, że wogólności odwiertanie dokładne po każdej chorobie zaraźliwej może być osiągnięciem przez wystawienie przedmiotu na działanie ciepłoty 240° F. w ciągu godziny.

Czysty kwas karbolowy, jak wyżej wspomniano, należy raczej do środków przeciwnilnych, niż przeciwpasorzytowych. Według obserwacyi autora, 1% roztwór kwasu karbolowego No 5 na długi czas niszczy bakteryje, po upływie zaś około 28 dni takowe pojawiają się znowu w roztworze, prawdopodobnie wskutek ulotnienia się kwasu. Roztwór 1/4% niszczy wymoczki tylko; 1% roztwór kwasu karbolowego, według doświadczeń d-ra Baxter'a nie niszczy zarażających własności krowianki, 1 1/2% roztwór zmniejsza takowe, 2% zaś roztwór niszczy zupełnie. Żaden środek chemiczny nie wstrzymuje rozwoju laseczników karbunkulowych w płynie odżywym.

Chlorek cynku w odpowiedniej koncentracji niszczy zaraźliwość krowianki. Środek ten użyty w postaci płynu Burnett'a w stosunku: 200 objętości wypróźnień, wstrzymuje rozwój żyjątek; takż skutek osiągnąć można zapomocą kwasu solnego, który wszakże mały wpływ wywiera na wyziewy smrodliwe. Środki te w każdym razie, jako pewien stopień niebezpieczeństwa przedstawiające, nie mogą być na wielką skalę stosowane; ze wszystkich środków pomienionych najsilniej działa na krowiankę kwas siarkowy.

Do odwiertania wychodków i dołów kloacznych używają się najpospoliciej siarczan i chlorek żelaza, przyczem siarkowodór strącony zostaje w postaci siarku żelaza, a węglan amonu rozkłada się. Na galon (około 2 garncy) wypró-

źnień używa się 20—30 gran siarczanu żelaza. Dobrze działa mięszanina środka tego i kwasu karbolowego, podobnie jak azotan ołowiu. Dla otrzymania tego ostatniego rozpuszcza się funt blejwasu w 2 galonach wody i dodaje się 7 uncyj mocnego kwasu azotnego. Dalej wymienić należy mięszaninę wapna i kwasu karbolowego (6 funtów wapna i kwarta kwasu). Stosunkowo dobrze odwiania wychodki mięszanina terpentyny, siarczanu miedzi lub żelaza (lub obydwóch), alunu, i dwuchromianu potasowego. Chlorek wapna o wiele gorzej działa, gdyż wskutek ulatniania się czynnych składników pozostawia przykre wyziewy. Do odwiania kanałów jednym z najlepszych środków jest, jak wiadomo, węgiel kamienny w otworach wentylacyjnych kanałów.

Pomienione środki w szeregu obrzymiej ilości materyjałów odwianiających odpowiadają najbardziej przytoczonym powyżej wymaganiom. J. P.

## MISCELLANEA.

171 Dr. M. Kortum przytacza **przypadek wlewania roztworu soli kuchennej do żyły w stanie przewlekłej niedokrewności**, godny uwagi ze względu na szczególnie pomysłny wynik. Dotąd wlewania podobne robione były przy ostrej niedokrewności, wskutek nagłych, obfitych krwotoków, pod groźbą zapaści, niniejszy przypadek pod tym względem stanowi wyjątek.

Chora wieku lat 26 w ciągu ostatnich trzech tygodni podlegała kilkakrotnie silnym krwotokom z części rodnych, (2 lata temu poronienie, poprzedniego roku ciężka, nieokreślona choroba), które doprowadziły ją do najwyższego stopnia wycieńczenia i niedokrewności. Wlano 400 ctm. szesć. 0,6% roztworu soli kuchennej do żyły środkowej ręki prawej. Natychmiast zjawilo się uczucie przyjemnego ciepła, wyraz twarzy ożywił się, tętno dało się wyczuć (80 uderzeń na minutę). Przytem zjawilo się łaknienie, którego nie było już od kilku tygodni. Zdrowienie następowało zwolna, ale stale, obecnie po upływie 3/4 roku pacjentka czuje się zupełnie dobrze.

Podobny wynik operacyi u osobnika nader wycieńczonego cierpieniami długotrwałymi z upośledzoną, wskutek niedokrewności przewlekłej, czyn-

nością wszystkich narządów, był prawie nadspodziewanym. Wiadomo, że małe, lecz powtarzające się, utraty krwi upośledzają więcej stan ogólny, niż pojedynczy chociażby b. silny krwotok. Przypadek ten zachęcić powinien do powtórzenia omawianej operacji, pomimo wątpliwości, z jaką spogląda na nią C. Maydl. (*Berl. Kl. Woch.* 25).

172 Dr. Vogelsang z Biel (Szwajcaryja) podaje opis dwóch przypadków **dyfteryi**, w których stosował z wyborynym skutkiem **dwutlenek wodoru**. Środek ten podawano w następującej postaci:

*Rp.* Solution. Hydrogenii hyperoxydati (2%) 120 grm.

Glycerini purissimi 3 grm.

MDS. Co 1/2—2 godziny łyżeczkę od kawy.

Już po pierwszych dawkach nastąpiła ulga w ogólnym stanie; gorączka spadła zaraz na drugi dzień, a gardło oczyściło się nadzwyczaj szybko. H<sub>2</sub> O<sub>2</sub> może być stosowanym i w postaci wziewań. Autor zachęca do dalszych prób.

(*Memorabilien*, 3 Hft.).

173 **Jak po polsku „syphilis“ mianować należy?** Taki tytuł posiada obszerna monografia lingwistyczna d-ra Józefa Peszke'go umieszczona w księdze pamiątkowej ofiarowanej prof. Hoyer'owi przez redakcję „Gazety lekarskiej“, oraz—obszerniej nieco rozwinięta—w „Pamiętniku towarzystwa lekarskiego“ (ostatni zeszyt). Dr. Peszke podaje w sposób wyczerpujący historję nomenklatury syfilisu, a głównie rozbiera krytycznie historję powstania i racyję bytu najużywanych obecnie nazw prastarej „francy“. Ostateczny wynik jest ten, iż obydwa najużywানে obecnie w Polsce termina: „przymiot“ i „kita“ powinny być zastąpione nowym, a mianowicie wyrazem „lubieżyca“ utworzonym z używanego przez Ściborowskiego terminu „lubież“, który jest bardziej dwuznaczny, oznaczając to samo co rozkosz. (Wyraz odpowiadałby niemieckiemu „Lustseuche“). Jakkolwiek wyraz przymiot dość jest utarty i dość obrazowy, a nieobwiniający pacjenta w ten sposób jak nazwa lubieżyca, sądzimy, że wobec przykrych różnic w terminologii i zaciętej walki warszawskiego „przymiotu“ z krakowską „kitą“, troskliwa praca d-ra Peszke'go, powinna być poddana obszernej dyskusji przez specjalistów najbardziej kompetentnych w lingwistyce naszej, do której rozprawa ta stanowi cenny przyczynek.

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

### — Towarzystwo lekarskie berlińskie.

P. Hirschberg—o *operacjach w ciele szklistem*. Wydobywanie ciał obcych z głębokości ciała szklistego np. odprysków metalowych, węgłów nie udaje się z taką pewnością jak np. operacje zaćmy starczej. Właściwy kierunek cięcia jest określony;

ale pomimo tego często miewa miejsce uszkodzenie i wypadnięcie ciała szklistego, wskutek czego po upływie kilku tygodni następuje kurczenie się jego i odklejenie siatkówki. Najpewniejszy sposób uniknięcia następczego kurczenia się ciała szklistego polega na tem, aby natychmiast po przecięciu powłok gałki dojść nożem wgłąb ciała szklistego aż do samego ciała obcego i sprowadzić jego samodzielne wydalenie. Prelegent przedstawia trzech chorych, dwóch po operacyi wągra (cysticercus) i jednego po wyjęciu kawałka żelaza—z bardzo dobreimi rezultatami.

P. Remak przedstawia dziecko 20 miesięczne, szóste dziecie zdrowych rodziców, które przyszło na świat z guzem w okolicy kości krzyżowej. W czwartym miesiącu stosowano wstrzykiwania jodu i przekłócia; guz się zmniejszył, natomiast wystąpiło porażenie dolnych kończyn i pęcherza. Obecnie guz—w okolicy pierwszych lędźwiowych kręęgów i k. krzyżowej—przedstawia się w postaci dwóch grubych fałd skóry z pepkowatym wciągnięciem w środku. Była to niewątpliwie spina bifida. Istnieje porażenie pęcherza. Górne kończyny nie przedstawiają zbroceń. Na dolnych, będących w położeniu szpotawem (p. varus)—czucie jest osłabionem. Przy podrażnieniu elektrycznym m. strzałkowych (m. peroneus) kurczą się m. goleniowe przednie. Pozostałe mięśnie są zupełnie nieruchome, odczynu zwyrodnienia nie ma. Prawdłowo rdzeń sięga tylko do wysokości pierwszych lędźwiowych kręęgów, przy tarni dwudzielnej (spina bifida) jednak rdzeń wchodzi aż wgłąb przepukliny oponowej (Meningomye locule). W danym przypadku zapewne górna część zgrubienia lędźwiowego zachowaną była w całości, dolna zaś część, zaopatrująca całą muskulaturę goleni oprócz m. goleniowych przednich, została zniszczona, jak również i ośrodek opróżnienia się pęcherza, który należy przypuszczać w samym conus terminalis. Położenie szpotawe zależy tylko od wczesnego przykurczenia mm. goleniowych przednich, mamy więc tu do czynienia z wrodzoną porażeniową szpotawą stopą, zalezną od zmian w rdzeniu kręgowym.

P. Hadra przedstawia chorą, której zrobiono kilka *wstrzykań podskórnych* eteru w różnych miejscach przedramienia; zaraz po przyjęciu do siebie (chora omdlała wskutek krwotoku przy porodzie) chora uczuła w zdrowej dotąd kończynie palenie, przedramie spuchło, było słabem, bezsilnem. Obecnie, po upływie 13 dni, obwód przedramienia chorego przewyższa o 2 1/2 ctm. obwód zdrowego. W dziedzinie nerwu środkowego i łokciowego żadnych zaburzeń. Za to nieznaczne zgęście dłoni i znacznie większe 2, 3 i 4 palca które nie mogą być samowolnie wyprostowane. Wielki palec obwisły, nie może być wyprostowanym i tylko zlekka daje się odprowadzać. Palec mały nie zajęty. Mamy tu do czy-

nienia z częściowem porażeniem gałęzi głębokiej nerwu promieniowego po odejściu gałązki dla małego palca. Pobudzalność elektryczna w odpowiednich mięśniach znacznie niższa. Przypadek obecny jest 10-tym z rzędu opisanych dotąd i zwraca uwagę na konieczność ostrożności w wyborze miejsca w wstrzykiwaniach podskórnych.

P. Mendel pokazuje mózg chłopca, którego obserwowano od lat kilku. W drugim roku życia dziecko to przechodziło cholerynę, w trzecim odrę, przeszłego roku płonice; w kwietniu zeszłego roku wystąpiło drżenie prawej ręki, zwłaszcza przy wysiłkach woli, w kilka miesięcy później osłabienie nogi prawej i pociąganie za sobą przy chodzeniu; w listopadzie skrzywienie lewego oka i twarzy. Odżywianie ogólne dobre, stan umysłu normalny. 6-go stycznia znaleziono: ptosis et paralysis recti interni dilatatio pupillae w lewym oku. Twarz wskutek porażenia n. twarzowego skrzywiona. Język po wysunięciu zwraca się w prawo. Czuć zachowane jak również odruchy.

Na podstawie tych danych rozpoznano: *guz w lewej odnodze mózgowej*. Zmiany w wierzchołku płuc, które podczas tego wystąpiły—pozwołyły określić guz jako gruzełek. Badanie dna oka gruzelków nie wykazało. Przed 14 dniami przyłączyło się porażenie lewego okoruchowego nerwu. Pozwoliło to na przypuszczenie, że i w prawej odnodze mózgowej rozwinął się gruzełek. Dziwnem było tylko, że lewa ręka i noga jak również lewy n. twarzowy i podjęzykowy nie zostały porażone. Dziecko zmarło wśród objawów śpiączki. Przy pośmiertnym badaniu znaleziono wielki gruzełek (wysokości 1,25 ctm., długości 1 ctm.), który zniszczył prawie całą lewą odnogę mózgu. Ku przodowi guz sięgał do c. subthalamicum lewego wzgórka ocznego. Oprócz tego znaleziono zapalenie opon gruclicze w przestrzeni międzyodnogowej, które było przyczyną porażenia prawostronnego n. okoruchowego.

— **Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.** Posiedzenie d. 29 maja, 1885.

Prof. Leidesdorf przedstawia rodzinę mikrocefalów i przy tej sposobności omawia kwestyję mikrocephalii. Jest-to zatrzymanie się rozwoju czaszki, zależne od pierwotnego cierpienia mózgu. Objętość czaszki bywa niekiedy o  $\frac{1}{4}$  mniejszą niż normalnie. L. zaprzecza pogładowi Vogta, że jest-to sprawa atawistyczna. Osobniki przedstawione przez autora pochodzą od zdrowych rodziców, inteligencja ich jest bardzo zmniejszoną, nie robią jednak przykrego wrażenia. Klebs objaśnia powstanie mikrocefalii wskutek kurczów macicznych podczas ciąży.

Dr. Hofomkl przedstawia kobietę, wyleczoną po cholecystotomii, wykonanej z powodu wodnej puchliny pęcherza żółciowego w następstwie kamieni żółciowych.

Prof. Kaposi demonstruje dziewczynkę z naevus verucosus universalis i mówi o niektórych złośliwych dermatozach.

— **14-ty kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.** Streścił W. H. Krajewski.

Zjazdy chirurgów niemieckich, odbywające się corocznie w Berlinie, zgromadzają w stolicy państwa niemieckiego wszystkich znakomitszych przedstawicieli chirurgii niemieckiej, ztąd też prace każdego kongresu mają bardzo doniosłe znaczenie dla chirurgii, są ostatnim wyrazem postępu tej gałęzi medycyny. Przepuszczamy, iż nieobojętnem będzie dla naszych Czytelników obznajmienie się z pracami ostatniego kongresu i dla tego przytaczamy je tu w streszczeniu z oryginalnego sprawozdania pomieszczonego w „Deutsche Medizinal-Zeitung“ Nr. 30, 31, 32 i 33 z r. b.

Ostatni zjazd trwał od 8-go do 11-go kwietnia r. b. Po otworzeniu posiedzeń przez prezesa prof. Langenbecka i wybraniu na członków honorowych Towarzystwa James Paget'a i J. Lister'a, pierwszy zabrał głos:

Prof. Volkmann: Odczyt jego pod tytułem: „*Chirurgiczne doświadczenia nad gruclicą*“ ze względu na jego ważność, przytaczamy prawie dosłownie:

Dwa główne fakty, zdobyte na drodze doświadczenia, urobiły obecny pogląd większości lekarzy na kliniczny charakter i znaczenie gruclicy.

1) Zejście prawie zawsze śmiertelne, a przynajmniej wielkie niebezpieczeństwo jakie pociąga za sobą gruclica organów wewnętrznych, szczególnie płuc, krtani i kiszek. (Nauka o gruclicy rozwinęła się z danych zdobytych przy obserwacji suchot płucnych, to też znalazłszy u jakiegoś osobnika gdziekolwiek bądź gruclicę, niepodobna się oprzeć przypuszczeniu, iż jego płuca są już chore, lub przynajmniej zachorują w niedalekiej przyszłości).

2) Ogólne przekonanie, iż gruclica jest chorobą zakaźną, że szczepienie lub wstrzyknięcie mas, grucliczych do krwi wywołuje ostrą ogólną prosówkową gruclicę, że nakoniec w laseczniku grucliczym znaleziono bezspornie przyczynę zarazy.

Doświadczenia zdobyte przez klinicystów wewnętrznych nie mogą mieć znaczenia dla wywołania przez gruclicy zarzek chorób takich organów i tkanek, które znajdują się w zupełnie innych fizjologicznych warunkach, i nie są niezbędne dla podtrzymania całego organizmu. Nie ma się też co dziwić, że doświadczenie chirurgów nad gruclicą nie zupełnie się zgadzają z doświadczeniami terapeutów.

Szczepienie mas grucliczych i czystych hodowli lasecznika, jako też wstrzykiwanie ich do krwi rozjaśniły wprawdzie powstawanie ostrej ogólnej prosówkowej gruclicy, nie były jednak w stanie wywołać miejscowych zmian, któreby anatomicznie a tembardziej klinicznie przypominały chociażby w części

gruźlicze ognisko (Herd-Tuberkulose). Gruźlica pojedynczych organów rzadko tylko i to dopiero po dłuższym trwaniu przy niekorzystnych towarzyszących okolicznościach wywołuje gruźlicę prosówkową. Dla tego też faktów zdobytych drogą szczenia mas gruźliczych i obserwacji wywołanej przez takowe gruźlicy ogólnej, nie można wprost przenosić na gruźlicę miejscową, ogniskową. W ostatnich 15 latach wiele bardzo cierpień miejscowych, zaliczanych poprzednio do różnych kategorii chorób, powiększyło grupę gruźlicy ogniskowej, tak, że obecnie chirurg prawie że więcej ma do czynienia z gruźlicą niż terapeuta, to też wiele kwestyi, następujących się przy obserwacji chorób gruźliczych, musi być przez chirurgów rozstrzygnięte. To właśnie skłoniło prof. V. do podania krótkiego przeglądu chirurgicznych chorób gruźliczych:

A) Gruźlicze cierpienia różnych tkanek i organów.

I. *Gruźlica skóry i tkanki łącznej.*

1) *Lupus-wilk* jest prawdziwą gruźlicą skóry, trzeba go jednak uważać za odrębną formę gruźlicy, występującą często u osobników nie mających dziedzicznego usposobienia. Klinicznie różni się od innych form gruźlicy skórnej wielką skłonnością do powrotów cierpienia. Często można spotkać formy przejściowe pomiędzy wilkiem i innymi formami gruźlicy skórnej. Dla tych form przejściowych przepowiednia co do miejscowego wyleczenia jest lepsza niż dla wilka, lecz za to co do pojawienia się choroby w innych miejscach, tkankach lub organach przepowiednia jest gorszą.

2) *Inne gruźlicze cierpienia skóry* dawniej nazywano wrzodami skrofulicznymi. Rozwijają się najczęściej u dzieci i w młodzieńczym wieku. Jeśli wyłączymy z tej grupy wszystkie wrzody powstające na skórze wtórnie wskutek gruźlicy gruczołów lub kości, to się okaże, iż forma ta jest stosunkowo rzadką. Prawie bez wyjątku przy odpowiedniej interwencji chirurgicznej trwale wyleczoną być może.

3) *Pierwotna gruźlica* i będące jej następstwem *pierwotne ropnie gruźlicze głębokiej tkanki łącznej* (międzymięśniowej, około kości i stawów) są naderwzyczą rzadkie, i dla tego winny być rozpoznawane z wielką ostrożnością. Zazwyczaj znajdują się one w związku z pierwotnymi cierpieniami kości, stawów lub gruczołów limfatycznych, gruźliczej natury. Obecny sposób leczenia takich ropni, polegający na szerokim przecięciu i wyskrobianiu, zwykle łatwo wykaże ten związek. W wypadkach, w których pomimo skrzętnych poszukiwań, przyczyny takich ropni nie odkryjemy, nie należy jeszcze wywnioskowywać, iż w danym wypadku jest pierwotny ropień gruźliczy, gdyż zdarzają się w kości naprzykład tak małe ogniska, że ich dojrzeć trudno, a w dodatku ponieważ ropnie te zwykle bardzo powolnie się rozwijają, to ognisko w kości

mogło się przez ten czas wyleczyć. To ostatnie ma szczególnie często miejsce przy ropniach naciekowych powstałych wskutek spondylitis. W szczęśliwych wypadkach ropnie takie, po przecięciu, wypłukaniu przeciwnymi środkami, kilkuniedniowem drenowaniu i ucisku, goją się prawie per primam. V. obserwował pomiędzy 57 wypadkami, w powyższy sposób leczonemi, 23 razy taki rodzaj primae intentionis. Dowodzi to, iż kość jeszcze przed otwarciem ropnia była wyleczoną.

4) Jako pierwotne cierpienie występuje *gruźlica tkanki łącznej* w tkance tłuszczowej podskórnej u dzieci. Powstaje mianowicie pod skórą pewna liczba guzików (Gommes tuberculeuses), które wkrótce miękną i znikają, częściej jednak cierpienie rozprzestrzenia się na samą skórę, ta ostatnia staje się sino-czerwoną, cienieje, aż nareszcie ropień pęka. Po wczesnem przecięciu i wyskrobianiu zwykle goją się takie ropnie bez miejscowej recydywy. Czasami z guziczków takich powstają ropnie większej objętości, rozprzestrzeniając się w głąb. Wtedy ma się do czynienia z prawdziwym pierwotnym ropniem gruźliczym tkanki łącznej, nie zależącym ani od cierpienia kości, ani stawów, ani pochewek ścięgniętych, ani wreszcie gruczołów limfatycznych.

5) *Ropnie gruźlicze*, bez względu na to, czy powstały wskutek cierpienia tkanki łącznej, czy też gruźlicy kości lub stawów są zawsze wyszere charakterystyczną fioletowo-szarą lub żółto-szarą błoną, grubość której dosięga nieraz kilku milimetrów. Błona ta na swej powierzchni zwróconej do jamy ropnia składa się z masy prosówkowych gruzelków i stosunkowo mało jest unaczyniona. Błona ta łatwo się daje od otaczających tkanek oddzielić czasem nawet pod postacią kawałków, dosięgających wielkości cała kwadratowego. W tkankach leżących pod taką błoną zazwyczaj dostrzeżemy nieznaczne odczynowe zapalne nacieczenie, prawie nigdy jednak nie znajdziemy w nich nacieczenia serowatego—gruźliczego. V. na 1000 wypadków tego rodzaju zaledwie 2 razy obserwował rozlane gruźlicze nacieczenie mięśni tworzących ścianę takiego ropnia. Jak tylko po przecięciu ropnia z serowatą zawartością spotkamy się z rozlanem nacieczeniem mięśni, możemy prawie na pewno przypuszczać, iż w danym wypadku jest syfisz, żeśmy otworzyli gummat uległy serowatemu zwyrodnieniu. Nie masz tu charakterystycznej błony wyścielającej ściany ropnia, a nacieczna tkanka stawia wielki opór ostrej łyżeczce i nawet przy użyciu znacznej siły nie daje się zupełnie usunąć. Obie podane wyżej różnice postępują też do odróżnienia ropni gruźliczych od przypominających je z pozorów rozpadowych ognisk powstających przy Aktinomycozis. Tak więc fioletowo-szara, łatwo od podściółki oddzielająca się błona zawierająca gruzelki jest patognomiczną oznaką ropni gruźliczych.

6) Pytanie, jak często zdarzają się *zimne ropnie nie gruźliczego pochodzenia*, jak to naprzykład się zdarza po chorobach zakaźnych, może być rozstrzygnięte dopiero na zasadzie nowych poszukiwań. W każdym razie są one daleko rzadsze, niż ropnie gruźliczej natury.

(d. c. n.)

## Wiadomości bieżące.

— **Dwie lekcje próbne** dla otrzymania stopnia *privat-docenta* na wakującej w tutejszym uniwersytecie katedrze chorób dziecięcych, miał w ubiegłym miesiącu kolega Julian Kramsztyk. Na pierwszej lekcji, na temat dowolnie przez siebie obrany d. 6 czerwca mówił kol. Kramsztyk „o etyologii ostrych zaburzeń kanału pokarmowego u dzieci”. Rozebrawszy wszystkie momenta etyologiczne, jak wpływ wysokiej temperatury, niehygieniczne warunki żywienia dzieci, mieszkania i t. p., jakoteż nowsze badania, dotyczące zmian anatomicznych i obecności ustrojów drobnowidzowych w zawartości i ścianach żołądka i kiszki, prelegent doszedł do wniosku, że t. z. cholera dziecięca jest chorobą infekcyjną, zależną od rozwoju specjalnych bakterji.

Przedmiotem drugiej lekcji, dnia 10 czerwca, na temat zadany przez wydział lekarski były „choroby serca u dzieci”, tak wady wrodzone, jak i choroby serca nabyte, zapalne.

Obydwie lekcje zrobiły nader dodatnie wrażenie i uzyskały prelegentowi aprobatę wydziału.

— **Kwestyja instytutu dezynfekcyjnego** załatwioną została po znanych debatach opisywanych peryjodycznie w pismach tutejszych i załatwioną mianowicie została w ten sposób, że komory wkrótce przyjadą z Berlina. Przyrządy te, wykonane ze współudziałem doradczym Virchow'a, funkcyjnować mają bez zarzutu.

— **Instytucja lekarzy sanitarnych rewirowych** urządzona wobec grożącej epidemii, przechodzi w stan czynny, jak to wynika z ogłoszenia, które czytelnik znajdzie poniżej. W tym celu złożono w urzędzie lekarskim pięć tysięcy książeczek zawierających szematy do opisu sanitarnego domów. Odpowiednia ilość książeczek takich dostarczoną będzie—w tych dniach zapewne—każdemu z lekarzy rewirowych.

— **Niewłaściwy przemysł.** W handlu aptekarskim pojawiać się zaczyna limfa ospowa pochodzenia zagranicznego. Pominąwszy już, że warszawskie zakłady szczepienia, a mianowicie instytut rządowy i zakład prywatny d-ra Mączewskiego zupełnie wystarczają dla potrzeb ogółu, sprowadzania limfy z zagranicy do aptek jest wysoce niewłaściwym już dla braku dostatecznej gwarancji co do czystości materji, już dla tego, że limfa taka, przebywszy podróż kilkudniową w porze cieplej i leżąc

potem przez czas długi w aptece, traci łatwo wszelkie własności świeżej materji.

— **Nowe wydawnictwo popularno-hygieniczne** p. t. „Wykłady popularne zasad fizjologii i higieny” przez K. Mill'a (przekład Wernica) ukazało się w tych dniach w handlu księgarskim. Książka ta obejmuje blisko 300 stron, formatu małej ósemki, jest ilustrowaną i zawiera elementarne wiadomości o dziedzinie anatomii, fizjologii i higieny. Wobec obóztwa literatury naszej, w dzieła krzewiące poglądy na budowę i funkcje ciała ludzkiego, książka do pożytecznych wydawnictw zaliczoną być musi. Wadę jej stanowi nazbyt szczupły rozmiar działu higienicznego w stosunku do innych. Tylko dwa natogi społeczne: pijaństwo i palenie tytoniu traktowane są obszerniej.

— „Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte” Nr. 12, donosi z Berna o wyborze prof. **Nenckiego** na członka honorowego Akademii krakowskiej i członka korespondenta Akademii w Turynie.

— **Międzynarodowa konferencyja sanitarna w Rzymie.** Komitet techniczny konferencyi tej, o której pisaliśmy już krótko w poprzedzających numerach „Kroniki” odbywał codziennie posiedzenia pod przewodnictwem prof. Moleschotta'a, który uchodzi za najbieglejszego z delegatów włoskich w używaniu obcych języków (głównym reprezentantem medycznym ze strony rządu włoskiego był prof. Baccelli). Już na początku posiedzeń uznano kwarantannę lądową jako bezużyteczną. Drugie i trzecie posiedzenie poświęconem było kwarantannom morskim, i przedewszystkiem odrzucono propozycję d-ra Kocha, nakazującą odmienną kwarantannę dla rozmaitych rodzajów statków. Następnie dyskutowano obszernie nad kwestyją kwarantann morskich, które zdaniem delegatów Stanów Zjednoczonych, Anglii i Indji, jako zupełnie bezużyteczne, powinny być zastąpione starannym nadzorem sanitarnym i izolacją. Kwestyję główną odłożono jeszcze na czas pewien, a przystąpiono do szczegółów nadzoru sanitarnego. Konferencyja przyjęła projekt delegowanego portugalskiego, iżby konsul był obecnym przy oględzinach każdego okrętu odpływającego z portu dotkniętego zarazą do kraju, którego jest przedstawicielem. Przyjęto też wniosek Brouardel'a, iżby okręt odpływający z portu dotkniętego cholera do wolnego od epidemii posiadał lekarza mianowanego przez rząd państwa, do którego okręt należy, a pobierającego zapłatę od właścicieli okrętu. Lekarz ten ma prawo badać i niedopuszczać na okręt osoby podejrzane o zarażenie się cholera. Odzież chorych zmarłych na cholera ma być niszczoną. W razie wybuchu cholery na okręcie mającym odpłynąć, chorzy natychmiast mają być usunięci i odwiezieni do szpitala, a odzież ich niszczoną lub odwieziona. Wszystkie okręty odpływające z miejscowości dotkniętych cholera, po-

siadać winny oddzielną salę dla chorych cholerycznych. Pomimo pewnej opozycji ze strony angielskich delegatów, zdecydowano następnie, że wszystkie okręty przepływające cieśniną Babelmandeb, muszą podlegać nadzorowi sanitarnemu, a mianowicie w Suezie, jeżeli okręt nie staje w portach morza Czerwonego lub Egiptu, a w Babelmandeb i Suezie, jeżeli pasażerowie wylądowują w Egipcie. Jeżeli przytem pokaże się, że wszystkie środki sanitarne zostały zastosowane i wypadków cholery nie ma, wówczas podróż przez kanał odbywa się bez przeszkód, w przeciwnym razie pasażerowie udawać się winni na brzeg i ulegają pięciodniowej kwarantannie, okręt zaś i rzeczy poddane zostają ścisłej dezynfekcji. Kapitan okrętu otrzymuje pomoc sanitarną od lekarza po odwołaniu się do swego konsula.

2-go czerwca rozpatrywano i przyjęto wnioski podkomitetu wyznaczonego w celu oceny środków dezynfekcyjnych. Podkomitet składał się z następujących osób: dr. Koch, Sternberg, Thorne Thorne, Proust, prof. Semola, von Hofmann. Polecono następujące środki: parę wodną 100° C. ciepłoty mającą, kwas karbolowy i chlorek wapna (2% pierwszego i 1% drugiego albo silniejsza mieszanina z 5% i 4% roztworów); wreszcie wentylację. Zastosowuje się dezynfekcja: 1) do osób w postaci kąpieli i omywań słabą solucją, 2) do bielizny i odzieży w postaci pary działającej przez godzinę lub zapomocą gotowania w wodzie przez pół godziny, albo przez pogrążenie w słabym roztworze w ciągu 24 godzin, wreszcie zapomocą przewietrzania w ciągu 3—4 tygodni, i to wówczas tylko, gdy inne sposoby są niewykonalne. 3) Do wymiocin i wypróżnień stolcowych zastosowuje się silny roztwór dezynfekcyjny. Trupów myć nie należy, ale natychmiast owijać w przesieciaradła napojone mocnym roztworem dezynfekcyjnym i kłaść do trumny. 5) Dezynfekcja towarów i listów jest zbyt ciężką. 6) Ściany kajuty, w której znajdował się chory, myją się podwakroć słabym roztworem dezynfekcyjnym, poczem kajuta wietrzy się; waterklozety omywają się podwakroć mocnym roztworem. 7) Woda podejrzanych własności musi być gotowaną, gdy zaś stoi następnie w ciągu 24 godzin zagotowaną ma być powtórnie. 8) Dezynfekcja szpitali na brzegach odbywa się w podobny sposób jak odwietrzanie kajut. 9) Osoby pielęgnujące chorych używać mają roztworów słabych do umywań rąk i t. p. oraz mają poddawać dezynfekcji swą odzież.

4-go czerwca rozprawiano o kontroli sanitarnej pielgrzymów udających się do Mekki. Statki przewożące takowych, muszą ulegać ścisłej kontroli medycznej. W parowcach przestrzeń wynosić winna najmniej 54 stopy sześciennie na osobę, a w okrętach żaglowych 72 stopy sześciennie. W razie wypadku choroby, nadzór pięciodniowy jest nakazany;

w Jeddach następuje druga rewizja; obserwacja trwa 24 godzin.

Ostatnie posiedzenie miało miejsce 6-go czerwca; rozprawiano o zapobieganiu szerzenia się cholery drogami ładu statego. Delegat angielski wykazał pożyteczność adoptowanej przez Anglię taktyki sanitarnej w tej mierze. Obalając rozpowszechniony w Europie zarzut, że Anglija odrzuca kwarantannę tylko z widoków egoistycznych i handlowych, nadmienil Thorne Thorne, że od czasu konferencji wiedeńskiej Anglija sama wydała 27 milionów funtów na asenizację miejscową i że suma ta powetowaną została nietylko przez uniknięcie cholery, ale i przez zmniejszenie ilości wypadków śmierci od chorób endemicznych. Smutne czasy nastąpiłyby dla Anglii, powiedział delegat, gdyby kiedykolwiek miała ona przyznać, że obserwacja pięciodniowa może zastąpić asenizację miejscową.

Wreszcie przyjęto następujące wnioski co do zapobiegania szerzeniu się cholery na lądzie:

1) Asenizacja ogólna poleca się wszędzie, a pierwsze przypadki muszą być odosobnione i dezynfekcja przeprowadzona.

2) Wypadki mają być meldowane i stwierdzone przez lekarzy.

3) W każdym kraju urzędową ma być służba sanitarno-medyczna.

4) Urzędnicy zdrowia upoważnieni być mają w przypadkach nagłych do wydawania bezpośredniego rozkazów względem władzy wykonawczej.

5) Największa uwaga zwróconą ma być na miejscowość, z kąd cholera przeniesioną została.

6) Pociągi przechodzące z kraju dotkniętego epidemiją do zdrowego, zastąpione mają być nowemi i znajdować się winny pod kontrolą lekarza.

7) Statki osobowe na rzekach muszą być ściśle rewidowane, zabezpieczone od nagromadzenia pasażerów i znajdować się winny pod kontrolą lekarską.

(*The Brit. Med. Jour.* 6-go i 13-go czerwca 1885).

— **Kwestyja szczepienia cholery** rozpatrywaną była w *Real Academia de Medicina* w Madrycie na posiedzeniu 30-go kwietnia 1885. Dotychczasowe wnioski, dające się wyciągnąć ze wszystkich prac Ferran'a, są następujące, według tejże Akademii;

1) Laseczniki przecinkowate Koch'a są tylko pewnym stopniem rozwoju pasożyta „*Perinospora Ferran*“ okazującego się w wielu nader interesujących postaciach.

2) Szczepienie może spowodzić śmierć przy objawach cholery.

3) Kultury na buljonie otrzymane właściwemi sposobami mogą spowodować osłabienie jadu.

4) Następujące kolejno po sobie szczepienie wykonywają się podobnie jak z jadem karbunkulowym.

5) Objawy chorobne od zaszczepienia trwają u człowieka 24—48 godzin. (*D. M. Z.* 50—1885)

— **Towarzystwo lekarskie warszawskie** zawiadamia pp. lekarzy, którzy przyjęli obowiązki lekarzy rewirów sanitarnych, ustanowionych na wypadek wybuchu cholery w m. Warszawie, że na zasadzie decyzji JW-go Warszawskiego General-Gubernatora, już obecnie mają przystąpić do odbycia, w przerwach dwutygodniowych, 4-ch przedwstępnych rewizyj sanitarnych swoich rewirów, z zapewnieniem im za każdą rewizyję wynagrodzenia po rs. 5. W tym celu pp. lekarze rewirów wkrótce otrzymają od Władzy policyjnej drukowane egzemplarze odpowiedniej instrukcji, oraz książeczki, czyli szematy do notowania rezultatów pomienionych rewizyj.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały  
*Dr. Szokalski.*

*Towarzystwo lekarskie warszawskie* ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. d-ra Adama Helbicha.

1) Określić drogą krytyczną znaczenie patogeniczne i kliniczne podwyższenia ciepłoty ciała w gorączce (temat z poprzedniego konkursu przedłuża się do dnia 31 grudnia 1885).

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to: Busk, Ciechocinek, Druskienniki, Iwonicz i inne (temat z poprzedniego konkursu przedłuża się do dnia 31 grudnia 1886).

3) Termin na dowolnie obrać się mający temat z działy historii medycyny w Polsce przedłuża się do dnia 31 grudnia 1886).

4) Nowy temat: „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 grudnia 1888.

5) Nowy temat: „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z tematem do dnia 1 Lipca 1887.

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 stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,  
*Dr. Szokalski.*

## Nekrologija.

— Dnia 11-go czerwca r. b. zmarł w Nałęczowie dr. **Fortunat Nowicki**, założyciel i b. dyrektor tamtejszego zakładu leczniczego. Ś. p. Fortunat urodził się w Borowicach na Wołyniu 1834 roku.

*Wydawca:*

**Dr. Wł. Mączewski.**

Początkowe wychowanie otrzymał w Łucku i Kamieńcu, nauk lekarskich słuchał w Kijowie. W r. 1858 otrzymał stopień lekarza i osiedlił się w Żytomierzu. W roku 1864 zmuszony był osiedlić się w gub. Tambowskiej, w Lipecku, gdzie przyczynił się głównie do wzniesienia, urządzenia i rozwoju miejscowego zakładu wód mineralnych. W r. 1877 powrócił do kraju i był głównym inicjatorem założenia zakładu w Nałęczowie i pierwszym jego dyrektorem. Zmarły pisywał dużo, przeważnie w kwestyjach balneologicznych, niektóre prace swe drukował w języku rosyjskim (o wodach Lipeckich), pisywał też do „Gazety Lekarskiej“, „Medycyny“ i „Przeglądu Lekarskiego“. Oprócz tego w latach dawniejszych był czynnym współpracownikiem „Biblioteki domowej“ i pisywał artykuły treści nielekarskiej. Ś. p. Fortunat odznaczał się w całym swym życiu szlachetną, li-tylko dobro ogólne na celu mającą, inicjatywą i niewzruszoną energią w przeprowadzeniu swych planów. Takim znaleźmy go jako dyrektora w Nałęczowie.

Nieuniknione trudności przy wprowadzeniu w czyn tak wielkiego przedsięwzięcia, niewdzięczną pracą pioniera na gruncie najeżonym najróżnorodniejszymi przeciwnościami—ze strony okoliczności i ludzi—nie zniechęciły go, nie zdołały osłabić jego energii i wiary w pomyślną przyszłość dzieła, niestety jednak stępały jego siły i zdrowie. I ostatnio, chociaż usunięty od bezpośredniego udziału w zarządzie zakładu, ś. p. Fortunat zawsze żywo zajmował się losem „swego dziecka“, jak nazywał Nałęczów—tu też złożył swe kości, w ziemi uznajonej własnym potem i pracą.

Cześć Jego pamięci!

Niech-że mu ta ziemia będzie lżejszą niż za życia!

## — Nadesłano do Redakcyi:

*Dr. J. Bogdanik* w Białej. Przypadek poprzecznego złamania rzepki, leczony przez zeszytce odłamków drutem srebrnym. Uwagi o leczeniu tych złamań. (Osobne odbicie z „Przegl. lek.“).

*Dr. B. S. Kozłowski.* Epidemija dżentarii w wojskach raspołożonych w Kijewie w 1883.

*Dr. Funk.* Ueber einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum.

*Dr. Funk.* Ueber Schankerbubo. Sep. Abdr. aus „Monatshefte f. Prakt. Dermatologie“.

*Dr. J. Zit.* O měření teploty u děti a praktickém jeho významu. V Praze, 1885.

*J. Szawajcer.* Ślepoty i ślepoty połowiczna w przebiegu tyfusu brzuszego. Odb. z „Gaz. Lek.“ 1885.

*Dr. J. Zit.* Ctvrtý sjezd polských lékařův a priedozpytcův. V Praze, 1884.

*Redaktor odpowiedzialny*  
**Dr. Otton Hewelke.**