

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie 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.

## Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;

od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max. 12—12

## Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **massażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30. 10—10

W CHEMICZNO - MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI  
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

## D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesar skim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d. (Chmielna 32). 0—1

NAKŁADEM REDAKCYI KRONIKI LEKARSKIEJ

wyszła z druku praca pod tytułem:

## Nerwice żołądka (Neuroses Gastricae)

ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

przez D-ra Med. Henryka Pacanowskiego

b. ordynatora kliniki terapeutycznej.

Do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp.

Cena kop. 60 z przesyłką rekomendowaną kop. 75.

# PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSZTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,  
OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działają na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są

JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takich

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINTE-MENNEHOULD

wymagać Marki fabrykowanej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którym się odycha przejmują się wzywanymi Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wycieku rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczą o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

## ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za II-ie półroczcie 1885 r.

II. (oprawna) Rocznik lekarski, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odrutki. Tabelka porównawcza skali 3-eh ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszaniey zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujące ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rossyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwgnilny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukcji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukcji przy otruciu i III. Wzór obdukcji noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabelka do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. w miejscu, z przesyłaniem pocztą I rs. 35 kop. Skład główny u D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. St. Szcz. ZALESKI. Żelazo i hemoglobina w wolnym od krwi mięśniu. — II. K. SZADEK. Krótkie sprawozdanie z 70-ciu przypadków róży, spostrzeganych na oddziale skórnym wojskowego szpitala w Kijowie w roku 1885. — III. M. REJCHMAN. O sokotoku żołądkowym (*Gastroscorrhoea*). Przyczynek do patologii żołądka [Ciąg dalszy]. — Odcinek. Z. KRAMSZTYK. O pewności w leczeniu. — *Notatki lekarskie*. 3. WOJCIEDZKI i W. GRÖSTERN. Z kazulistyki operacyi (*thoracocentesis*). — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

## I. ŻELAZO I HEMOGLOBINA W WOLNYM OD KRWI MIĘŚNIU.

Podał

**D-r Med. Stanisław Szczepan Zaleski,**  
asystent Instytutu Farmakologicznego i docent Instytutu Weterynaryjnego w Dorpacie.

Ze względu na doniosłe znaczenie żelaza w fizjologii zwierzęcej, a być może i roślinnej, ważnem jest rozstrzygnięcie pytania, czy w każdej tkance prawidłowej i w każdym prawidłowym organie znajduje się żelazo istotnie i w jakich ilościach.

Uwzględniając rolę, jaką prawdopodobnie gra wątroba przy tworzeniu się, lub może rozpadaniu się czerwonych krążków krwi, lub wreszcie przy obu tych czynnościach jednocześnie, co także możliwe, zająłem się przedewszystkiem kwestyją żelaza w wątrobie prawidłowej, zupełnie od krwi wolnej. W odnośnych badaniach, po części już ogłoszonych<sup>1)</sup>, dowiodłem, że żelazo w tym organie stanowi jeden z jego składników fizjologicznych, wskazałem połączenia, w jakich się ono tam zawiera i oznaczyłem wreszcie ilości tego metalu dla wątroby zwierząt rozmaitych rodzajów.

Te same metody, jakich użyłem w pracy tylko co wymienionej, dały mi z kolei możność rozstrzygnąć pytanie, czy znajduje się żelazo w mięśniu zupełnie od krwi wolnym, pochodzącym od zupełnie zdrowego zwierzęcia i oznaczenia ilości wspomnianego metalu.

Wybrałem w tym celu 3-miesięcznego kociaka, którego przez nacięcie tętnicy szyjowej pozbawiłem krwi, ile się dało i którym następnie wprowadziłem

<sup>1)</sup> St. Szcz. ZALESKI. Studyja nad wątroba. I. Żelazo w wątrobie. Pam. Tow. lek. 1886, Także: Zeitschr. für physiol. Chemie. 1886.

dzilem dwie kaniule: jedną do górnej części aorty wstępującej, drugą — do tuż obok przebiegającej części żyły głównej dolnej. Zwierzę ciepłe jeszcze wtedy było, a skurcze serca, aczkolwiek bardzo słabe i rzadkie, świadczyły jednak, że czynności żywotne jeszcze niezupełnie ustały. Po dokonaniu tych przedwstępnych czynności, poddałem tak przygotowane zwierzę sztucznemu przepłukiwaniu za pomocą 2,5% roztworu cukru trzcinowego w aparacie, używanym w tutejszym Instytucie Farmakologicznym, opisanym świeżo przez SOHRT'a <sup>2)</sup> i THOMSON'a <sup>3)</sup> i modelowanym z aparatu, używanego przez szkołę SCHMIEDEBERG'a w Strasburgu. Powołując się co do szczegółów na dopiero co przytoczone prace, wspomnę tylko, że wszelkie fizjologiczne warunki, jak stała ciepłota 38,0° C., stałe i umiarkowane ciśnienie 120 mm. słupa rtęci i t. p., jak najściślej w danym przypadku były przestrzegane.

Udało mi się usunąć w ten sposób krew nie tylko z mięśni tylnej połowy ciała, lecz i z wnętrzości jamy brzusznej, o czem mię przekonało osobne badanie za pomocą drobnowidzu, spektralnej analizy i próby otrzymania kryształów TEICHMANA oraz odczyn gwajakowy.

Spopieleniu, według metody poprzednio <sup>4)</sup> przezemnie używanej, poddałem 52,05 grm. zupełnie po przepłukaniu bezbarwnych mięśni pośladkowych, lędźwi i miednicy, pozbawionych, o ile się dało, tkanki łącznej, większych naczyń, nerwów i ścięgien.

Ilość substancji suchej oznaczałem przy stałej ciepłocie 115° C., a żelazo za pomocą miareczkowania. Oto wyniki wykonanego w tych warunkach rozbioru:

---

<sup>2)</sup> SOHRT. Pharmacotherap. Studien über das Hyoscine. Diss. Dorpat. 1886.

<sup>3)</sup> THOMSON. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefäße durch pharmacologische Agentien. Diss. Dorpat. 1886.

<sup>4)</sup> St. Szcz. ZALESKI. l. c. a także: Ilość i własności żelaza w jednym przypadku cukromoczu. Przegl. lek. 1885 i Virch. Arch. 1885. Wreszcie dwie inne, obecnie się drukujące prace: 1) O żelazie przy plamicy WERLHOF'a i 2) O wydzielaniu się preparatów żelaza z ustroju zwierzęcego.

---

## O PEWNOŚCI W LECZENIU.

### I.

Choćby wszystkie tylowiekowe usiłowania lekarzy okazały się całkiem próżnemi, choćby ludzie nie umieli żadnemu choremu ani na jedną chwilę życia przedłużyć, choćby ani jednemu cierpiącemu najmniejszej ulgi przynieść nie zdołali, to jednak wszyscy chorzy leczyliby się, jak dotychczas i leczenie istniałoby w tych samych, jak dziś, rozmiarach.

Zdanie to nie jest wcale sofizmatem, jest ono niewątpliwie słusznem i aż nadto wiele dowodów można na jego stwierdzenie przytoczyć.

Jeżeli weźmiemy stare księgi i zobaczymy, jak w odległych wiekach lekarze swoje zdanie spełniali, to na największą liczbę ich usiłowań z politowaniem patrzeć musimy. Zapachy przyjemne lub wstrętne miały przyciągać lub odpychać

### A Oznaczenie substancji suchej.

Odważono . . . . .	2,2995	gram.
Strata po wysuszeniu . . . . .	2,0314	„
Zatem substancji suchej . . . . .	0,2681	„ czyli 11,66%

### B. Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 52,05 gram.

Miareczkowanie kameleonu dla metalicznego żelaza: 0,000457

Zużyto kameleonu 2,70 ctm. sześcienn., co odpowiada 0,00123Fe

zatem w świeżej istocie mięśni . . . . . **0,0024%Fe**

„ „ suchej „ „ . . . . . **0,0206%Fe**

Ażeby się przekonać, o ile przepłukanie mięśni może być dokładne i czy wykryte w danym przypadku ilości żelaza w samej rzeczy li tylko na istotę mięśniową, zupełnie od krwi niezależnie, przypadają, wykonałem następujące doświadczenie sprawdzające.

3-Miesięcznemu kotowi z tego samego co i poprzedni pomiotu i w ten sam sposób karmionemu i wychowywanemu, wstrzyknąłem do naczyń w trzech posiedzeniach 17½ ctm. sześciennych przygotowanego umyślnie w tym celu przemieśnie *Ferri natrio-tartarici*, nie wywołującego, jak wiadomo, zatorów w naczyniach. 1 centymetr sześcienny tego preparatu zawierał w sobie 0,0032 Fe. W ten sposób kilkaset zaledwie gramów ważące zwierzę otrzymało w ciągu 8 godzin 0,0560 Fe. Jeżeli by przepłukanie mięśni miało być niekompletne, w takim razie po sztucznem w powyższy sposób doprowadzeniu żelaza do krwi, należało się spodziewać, że więcej się tym razem okaże rzeczonoego metalu w przepłukanym mięśni, niż poprzednio. Wyniki dokonanej w tych samych warunkach analizy chemicznej zupełnie tych samych i w ten sam sposób przepłukanych mięśni nietylko że nie sprawdziły powyższych oczekiwań, lecz prze-

---

macieję; okadzania miały być dostateczną metodą, aby opadła macieję ku górze oddalać, albo zbyt wysoko stojącą ściągać ku dołowi. Jesteśmy najmocniej przekonani, że całe to leczenie żadnej nie przynosiło korzyści, a jednak najslawniejsi swego czasu lekarze taki sposób leczenia zalecali, a współcześni im chorzy z całą niewątpliwie wiarą te zalecenia spełniali. Kiedy wejrzymy w ten okres, gdzie obrządki religijne, albo dotknięcie ręki królewskiej, miały stanowić skuteczne lekarstwo, kiedy wyczytamy, jak w bardzo nieodległej od nas przeszłości przy każdym zapaleniu oka, przed operacją katarakty i przy każdej prawie chorobie lekarze krew wytaczali ze szczodrotą, która nas zgrozą przejmuję, to musimy przyjść do przekonania, że zaufanie chorych do metody leczenia wcale od jej skuteczności nie zależy; że w jakikolwiek sposób leczenie się odbywa, znajdzie zawsze swoich wyznawców a nawet i swoje ofiary. Wszakże nikt z nas nie wątpi, że niejedna sławna i szeroko rozpowszechniona metoda nie pożytek, lecz ciężką przynosiła szkodę.

Nie tylko w dawnych wiekach, dziś jeszcze w odległych stronach spotyka zawsze podróżnik ludzi, co się leczeniem zajmują, do których uciekają się chorzy, choć w naszym przekonaniu żaden, albo prawie żaden, z ich sposobów nie może przynieść choremu korzyści.

ciwnie, wykazały o wiele niższe w tym przypadku ilości żelaza, jak o tem świadczy następujący protokół:

**A. Oznaczenie substancji suchej.**

Odważono . . . . .	1,9234	gram.
Strata po wysuszeniu . . . . .	1,6351	„
Zatem w świeżej istocie mięśni . . . . .		czyli <b>14,99%</b> .

**B. Oznaczenie żelaza.**

Spopielono: 91,85 gram.

Miareczkowanie kameleonu dla metalicznego żelaza: 0,000457

Zużyto kameleonu 2,20 ctm. sześcienn., co odpowiada 0,00100Fe;

zatem w świeżej istocie mięśni . . . . .	<b>0,0011%</b> Fe
„ „ suchej „ „ . . . . .	<b>0,0073%</b> Fe.

Wniosek ztąd wyprowadzam oczywisty, że przepłukanie mięśni w obu razach było kompletne i że wykryte ilości żelaza stanowiły składnik tkanki mięśniowej.

W jakim połączeniu [lub połączeniach?], zawierało się żelazo w obu danych przypadkach, o tem trudno orzec. Przy bezpośredniem zastosowywaniu odczynników żelaza na kawałki wspomnianych mięśni, żadnej zgoła zmiany w zabarwieniu zauważyć nie mogłem. Alkohol, zawierający kwas solny, w stężeniu poprzednio <sup>1)</sup> przezemnie używanem, także żelaza z roztartej masy mięśniowej nie wyciągnął. Wnosić ztąd mogę, że albo żelazo zawiera się w mięśniach wyłącznie w połączeniu lub połączeniach tak trwałych, że wykryć się

---

<sup>1)</sup> 10 ctm. sześciennych 25% kwasu solnego na 90 ctm. sześciennych 96% alkoholu.

---

Ale po co uciekać w odległe wieki i w odleglejsze jeszcze od nas myśłą strony, kiedy i dziś i tuż obok znajdziemy dostateczne dowody na poparcie naszego twierdzenia. A wiejskie baby, które zamawianiem leczą wszystkie choroby; a owczarze, u których tysiące zbiera się chorych; a MESMER magnetyzujący drzewa i strumienie, aby w ich cieniu spoczywających i kąpiących się w ich nurtach poświęconych od wszelkich cierpień uwalniać, a sławne Arabcy we Włoszech, co leczą stanowczo wszystkie ślepoty i do których, gdy tylko wzmiankę przeczytają w gazetach, przez listy i osobiście udają się o radę ślepi z całego świata; a lekarz hiszpański, który szczepi cholere i od tej, taką obawą przejmującej choroby, ma uwalniać szczepionych przez siebie? Wszakże niedawno, przed paru laty, krocie zbił na swojej metodzie.

Pluż adeptów liczy wciąż homeopatya, choć podług naszego głębokiego przekonania ich dawki maleńkie, pigułki, których całą apteczkę spożyć można bez szkody, ich różnokolorowa elektryczność nie stanowi istotnego lekarstwa.

Lecz po co mnożyć przykłady, po co przykłady, gdy dość wypowiedzieć tę prawdę, aby w pamięci każdego człowieka obudzić ogromną gromadę przeczytanych i zasłyszanych i przeżytych faktów.

daje jedynie drogą spopielenia, albo też, że obok tego trwałego połączenia wchodzi w połączenia mniej trwałe, lecz w tak niewielkiej ilości, że wykryć się nie daje w tkankach za pomocą bezpośredniego zastosowania odczynników.

Wyciąganie za pomocą alkoholu, zawierającego kwas solny, przekonywa raz jeszcze, że przepłukanie było kompletne, inaczej bowiem żelazo, do krwi wstrzyknięte, przejść by bezwarunkowo do wyciągającego płynu musiało. Że do krwi wprowadzone żelazo nawet po kilku godzinach nie znika z niej zupełnie, przekonały mnie o tem osobne rozbiory.

Wyniki moje, zestawione z wynikami innych autorów, którzy jednak nie oznaczali nigdy żelaza w mięśniach od krwi wolnych, przytoczone są w niżej pomieszczonej tablicy. W tablicy tej przedstawiłem nadto wynik osobnych obliczeń dla tych przypadków, gdzie żelazo oznaczane i obliczane bywało bądź jako fosforan [JOLY], bądź jako tlenek [BUNGE].

*(Patrz tablicę na następnej stronie).*

Przepłukiwanie mięśni stawia nas zawsze oko w oko z pytaniem, czy się hemoglobina w tej tkance zawiera, czy też nie. Pytanie to w sposób twierdzący dla mięśni królika rozstrzygnął, jak wiadomo, KUEHNE, a następnie LANCASTER dla mięśni wszystkich ssących i wielu innych zwierząt. Badania i wnioski obu tych badaczy wielokrotnie podawane były w wątpliwą przez rozmaitych autorów, a między innymi przez BROZEIT'a, PREYER'a i HOPPE-SEYLER'a.

W obu danych przypadkach hemoglobiny w rozartej tkance mięśniowej w żaden sposób wykryć nie mogłem. Z drugiej znów strony znalezione przezemnie ilości żelaza, zwłaszcza w drugim przypadku, zbyt małemi się okazują, aby je można było zawartej jakoby w mięśniu hemoglobinie przypisać.

BROZEIT i RANKE czynili obecność hemoglobiny w mięśniu zależną od stanu spokoju albo czynności organu, w obec czego w miarę czynności mięśnia może weń ze krwi dyfundować hemoglobina. W obu danych przypadkach przez samo wiązanie zwierzęcia przy rozpóścieraniu go na desce, a następnie przez skurcze upustem krwi spowodowane, czynność wszystkich mięśni ciała, nie wyłączając

---

Idąc jeszcze ciągle w tym samym dośrodkowym kierunku, dojsz byśmy musieli do dzisiejszej naszej medycyny, do uznanych przez nas, urzędowych niejako, metod leczenia. Przykłady z tych naszych własnych metod najmniej są przydatne, aby nas samych przekonać, bo wierzyć musimy ich skuteczności i nie tak łatwo dojrzelibyśmy w nich nicosć, jak w upadłych już krwi rozlewach lub zamawianiach. A jednak, kto pojmuje, że zmiany w ludzkich wiadomościach i czynnościach ludzkich dokonywają się tylko stopniowo przez długi ciąg wieków, ten musi już z góry być przekonany, że i z dzisiejszych metod i z tych nawet, które się znacznym cieszą rozgłosem, nie wszystkie na przyszłość taką zachowają wziętość, jaką mają w naszych oczach; że niejeden środek, który z całym przekonaniem zalecamy, będzie odrzuconym, jako nieskuteczny, może jako szkodliwy. Kto wreszcie, niezależnie od tego ogólnego poglądu, własną swą działalność lubi sądzić bezstronnie, nie może wątpić, że bardzo często, czyniąc zupełnie zadość wszelkim wymaganiom nauki, nie spełnia wcale żądań, jakie mu chory postawił.

A skoro uznamy raz tę prawdę, zda się, widoczną, że ufność do metody leczenia wcale nie zależy, a przynajmniej nie zależy wyłącznie od jej skuteczności, to możemy sobie tę prawdę dobrze objaśnić. Ma ona nie tylko tę jedną, śmie-

Nr.	Mięśnie.	% ilość Fe na 100 części.			Autor.	Uwagi.
		świeżej istoty.	suchej istoty.	popiołu.		
1	Konia	—	—	0,7	WEBER.	} Mięśnie ra- zem z krwią.
2	Wółu	0,0048	—	—	BOUSSINGAULT	
"	"	—	—	0,66	STÖLZEL.	
"	" tłuste	0,0241	—	—	JOLY.	
"	" bez tłuszczu	0,0148	—	—	"	
"	" " "	0,0040	—	—	BUNGE.	
3	Cieleńca	—	—	0,19	STAFFEL.	
"	"	0,0027	—	—	BOUSSINGAULT	
"	"	0,0156	—	—	JOLY.	
4	Świni	—	—	0,25	ECHAVARRIA.	
5	Ryb	0,0015	—	—	BOUSSINGAULT	
6	Stokfisz	0,0042	0,0372	—	"	} Mięśnie od krwi wolne.
"	"	—	—	0,38	ZEDELER.	
7	Żółtego ślimaka	0,0012	0,0079	—	BOUCHARDAT.	
8	3-m. kota	0,0024	0,0206	—	ZALESKI.	
"	" " [doprowadz. Fe]	0,0011	0,0373	—	"	

poddanych analizie, znacznie była w chwili śmierci zwierząt podniesioną, a mimo to nie udało mi się w tkance mięśniowej stwierdzić obecności hemoglobiny. Fakt ten o tyle więcej jest zastanawiający, że badane przezemnie mięśnie należą do

szną, stronę, w której najczęściej nam się okazuje; w najgłębszych podstawach ludzkiej natury ma ona swoje uzasadnienie. W naturze człowieka leży potrzeba leczenia, niezależnie zupełnie od tego, czy ono skutkiem będzie uwieńczone. Sto razy zawiedziony, sto razy leczenie rozpocznie na nowo, chyba, że przejdzie granicę szczęścia ludzkiego, że straci nadzieję, dojdzie do rozpaczy.

Szcześnie człowieka polega na pragnieniach, na nadziei. Człowiek cierpiący. chory, ma jedno pragnienie — wyzdrowieć, żyć dłużej, doznać ulgi w cierpieniach. Pragnieniu towarzyszy nadzieja; człowiek wierzyć musi, że spełni się to, czego pragnie. Ale wraz z nadzieją idzie przekonanie, że, aby pragnienia się spełniły, aby nadzieja się urzeczywistniła, działać potrzeba, potrzeba samemu do tego się przyczynić. To splećanie pragnienia, nadziei i potrzeby działania jest i w chorobie i w każdym innym zagadnieniu życia głównym motorem, który człowieka do ruchu, do prawdziwego życia pobudza. Wielka część chorych jest przekonaną, że nie może wyzdrowieć, jeżeli się coś w tym celu robić nie będzie; chorzy lubią zwykle, gdy dużo około siebie widzą zabiegów. Ale najlepiej ta naturalna potrzeba działalności przejawia się w nagłej chorobie. I chory i jego otoczenie są rozgorączkowani; jakiegokolwiek na myśl przyjdą środki, co ktokolwiek poradzi, spełnia się natychmiast; a im więcej było ruchu i działania, tem



kategorji mięśni tak zwanego ruchu dowolnego, w których, według twierdzeń LANCASTER'a, bezwarunkowo ma się zawierać hemoglobina. Zresztą oprócz hemoglobiny istnieją wszak w ustroju zwierzęcym inne, mniej albo więcej trwałe, związki organiczne żelaza, jak to kilkakrotnie w ostatnich czasach zaznaczono [BUNGE, GIACOSA, ZALESKI i inni]. Dla czegożby jeden z tych związków, analitycznych może z hemoglobina, lecz bynajmniej z nią nie identycznych, nie miał istnieć w mięśniach?

Wobec powyższych okoliczności skłonniejszym jestem przypuszczać, że tkanka mięśniowa hemoglobiny w wogóle nie zawiera wcale.

Co do poruszonej kwestji połączeń żelaza w wolnym od krwi mięśniu, to być może, że mikrochemiczne badania dadzą pod tym względem jakiegokolwiek wskazówki. Temi właśnie badaniami jestem obecnie zajęty i wyniki ich podam w jednej z prac następnych.

---

## II. KRÓTKIE SPRAWOZDANIE

z 70-ciu przypadków róży, spostrzeganych na oddziale skórnyim wojskowego szpitala  
w Kijowie w roku 1885.

Podał

**D-r Karol Szadek** [z Kijowa].

---

W ciągu 1885 r. na oddziale skórnyim Kijowskiego szpitala wojskowego spostrzegano 70 przypadków róży, z których 3 zakończyło się śmiercią. U pozostałych 67-miu chorych róża zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem, chociaż niektórzy chorzy po pomyślnem przejściu róży przepisani zostali na inne

---

większe zadowolenie, tem większy spokój, że, jeżeli nawet skutek zawiódł zupełnie, spełniono wszystko, co było można, co spełnić należało.

Kilka praktycznych wniosków wyciągnąć można z powyższego rozumowania.

Każdy chory ma prawo być leczonym i obowiązkiem jest społeczeństwa zadowolić go pod tym względem. Kto nie może mieć prawdziwego, dyplomem opatrzonego lekarza, temu należy się choćby owczarz, albo znachorka. Nie mamy prawa tępić i przesładować tych najostatniejszych przedstawicieli sztuki leczenia, jeżeli wzamian za to nie damy prawdziwych lekarzy.

A druga praktyczna uwaga, musi być w wielu przypadkach osłoda dla każdego lekarza. Nawet tam, gdzie lekarz jest przekonany, że żadnej choremu nie przyniesie korzyści, obecność jego nie jest wcale zbyteczną. I w tych razach lekarz jest potrzebnym i samą obecnością swoją i samą, nawet w istocie nieczynną swoją działalnnością przynosi pożytek. I w zupełnie zrozpaczonych już przypadkach, u umierających, aż do ostatniej chwili życia, lekarz jest na swoim miejscu i spełnia swe powołanie, choć wie, że nie leczy.

---

oddziały szpitalne, w celu leczenia chorób pozostałych w następstwie róży [11 przypadków].

Całą ilość chorych, dotkniętych różą, dzielimy pod względem częstotliwości przebywania w oddzielnych miesiącach na liczby następujące:

Z roku 1874 pozostawało w oddziale 7; w ciągu Stycznia 1885 przybyło 11; w ciągu Lutego 1885 przybyło 5; w ciągu Marca 1885 przybyło 13; w ciągu Kwietnia 1885 przybyło 7; w ciągu Maja 1885 przybyło 6; w ciągu Czerwca 1885 przybyło 0; w ciągu Lipca 1885 przybyło 2; w ciągu Sierpnia 1885 przybyło 2; w ciągu Września 1885 przybyło 5; w ciągu Października 1885 przybyło 3; w ciągu Listopada 1885 przybyło 2; w ciągu Grudnia 1885 przybyło 7. Razem 63.

Z powyższego zestawienia wynika, że największa liczba zachorowań na różę przypada na miesiące zimowe i pierwsze wiosenne [Styczeń, Marzec, Kwiecień i Grudzień].

Co do oddziałów wojskowych, to chorzy zapadający na różę dzielą się dość równomiernie, przyczem  $\frac{1}{3}$  wszystkich chorych przypada na pułki 33 dywizji piechoty.

Znaczną większość przypadków róży, leczonych w samym oddziale, należy odnieść do kategorii róży samoistnej, idyopatycznej, przy której sprawa chorobowa zajmuje zazwyczaj skórę twarzy i części głowy pokrytej włosami (*erysipelas faciei et capilitii*). Róży chirurgicznej lub przyrannej mieliśmy tylko 3 przypadki.

W samym szpitalu zakażenie różą nastąpiło w 10 przypadkach; z tych ostatnich 4 odnoszą się do służby szpitalnej [uczniowie felczerscy i posługacze]; w 6 pozostałych przypadkach zachorowali na różę żołnierze, pozostający jeszcze w szpitalu z różnymi chorobami wewnętrznymi na innych oddziałach szpitalnych. Przypadki te jeszcze raz stwierdzają zaraźliwość róży, niedawno jeszcze zaprzeczaną przez niektórych autorów [Després<sup>1)</sup>]; w samej rzeczy, nie mówiąc już

---

<sup>1)</sup> Traité d'erysipéle. Paris. 1862.

## II.

Ludzie więc ludzą się bardzo często, gdy idzie o leczenie chorób, a te złudzenia nie trudno zrozumieć. W każdym dążeniu do prawdy, przy każdej działalności swojej napotyka człowiek zawsze na mnóstwo złudzeń, które go z drogi prawdy zbijają; ale żadna może działalność tak łatwo do błędnych wniosków nie prowadzi, jak leczenie, jak chęć przywrócenia zdrowia choremu przez czynne pośrednictwo.

Zawiła a cudowna budowa organizmu, którą zaledwie gdzieniegdzie pojmujemy, działa w tym samym kierunku, w jakim lekarz działać pragnie, pomaga mu więc, albo go wyręcza, albo nawet razem i chorobę i błędy leczenia usuwa. Jest to zasadnicza i pierwszorzędnej wagi własność organizmu, że każde zboczenie od stanu prawidłowego, każda szkodliwość, jaka nań podziała, wywołuje oddziaływanie, czynności, których celem wyraźnym jest usunięcie owych szkód i wyrównanie zboczeń, przez nie sprawionych. Kiedy na rogówce z jakiegokolwiek przyczyny powstanie brak substancji, wypełnić i zagoićby się nie mógł, bo rogówka naczyń nie posiada. Dzięki niepojętemu mechanizmowi na beznaczy-

o licznych faktach klinicznych, dowodzących zaraźliwości róży, a podanych przez różnych spostrzegany [ARNOTT <sup>2)</sup>, PAEBLES <sup>3)</sup>, ERICHSEN <sup>4)</sup>, CAMPBELL DE MORGAN <sup>5)</sup>, LABBÉ <sup>6)</sup>, FENESTRE <sup>7)</sup>, MARTIN <sup>8)</sup>, BLIN <sup>9)</sup>, PUYOT <sup>10)</sup> i inni]. zaraźliwość tę niewątpliwie stwierdzono i na drodze doświadczalnej [TILLMANN <sup>11)</sup>].

Co się tyczy punktu wyjścia choroby, to w znakomitej większości przypadków nie można było znaleźć żadnych pewnych wskazówek, pomimo najstaranniejszego badania chorych [w 50 przypadkach]; z pozostałych przypadków, 3 razy róża przyłączyła się do ran pooperacyjnych [2 przypadki róży tułowia i kończyn po rozcięciu dymienia i 1 przypadek róży czupryny przy ranie stłuczonej], w pozostałych 17 przypadkach „róży samorodnej” udało się także znaleźć punkt wyjścia choroby, a mianowicie: w 6 przypadkach róża rozwinęła się po podrapaniu skóry przy wyprysku twarzy, w 5 przypadkach róża zaczęła się na muszli usznej po zapaleniu ucha zewnętrznego; w 2 przypadkach różę, powstałą na nosie, poprzedzał wyprysk nozdrzy. W 1 przypadku róża przyłączyła się do wrzodziańki na policzku; w 1 przypadku różę twarzy i głowy poprzedzał uporczywy nieżyt nosa ze złuszczeniami w nosie, na koniec w 1 przypadku róża rozwinęła się wokół miejsca oparzonego na skórze.

2) London medical and physical Journal. 1827. March.

3) Americ. Jour. of medic. sciences. 1846. January. str. 23—44.

4) Sienee and aut of Surgery. Deutsch. v. Thamhayn I. str. 33.

5) Holm's System of Surgery I.

6) Thèse de Paris. 1853.

7) Canstatt's Jahresbericht pro 1861. IV. str. 195.

8) ebenda. pro 1865. IV. str. 97.

9) Gazette des Hôpitaux. 1864. 48.

10) Virchow's Jahresbericht pro 1873. II. str. 295.

11) Deutsche Chirurgie von BILLROTH und LÜCKE. Stuttgart. 1880. Lief. 5 Erysipelas. str. 12—24 und 81.

niowej błonie pojawiają się owe, chwilowo potrzebne, naczynia i trwają tak długo, póki zadania swego nie skończą, póki się znowu nie staną zbyt wielkimi i szkodliwymi, wtedy znikają. I podniesieniu temperatury, gorączce, takie samo zjawienie, lecznicze, przypisujemy znaczenie. Ale zapewne i wiele innych objawów chorobowych ma to samo zadanie; nieraz może przeciw takim objawom usiłujemy zwrócić naszą działalność. Potęgą tej „siły leczniczej” nie jest wszechmocną i bezgraniczną, bo ludzie chorują i umierają, ale że potęga ta jest wielką, wątpić nie można.

Medycyna dzisiejsza, naukowa, ta w którą wierzymy, istnieje nie od pierwszych chwil życia ludzkości, i dziś jeszcze działalność jej jest ograniczoną do niewielkiego obszaru ziemi, a i w tych granicach służy ona tylko wybranym.

A choroby istnieją z pewnością tak dawno, jak ludzkość, istnieją wszędzie, a jednak mijają, choć nie zawsze leczone, choć często leczone błędnie. Ież razy lekarz ma sposobność widzieć, że choroby, które, podług jego przekonania, umiejętnego i pilnego wymagają leczenia, przemijają same. Ież ciężkich, ostrych zapaleń łącznicy, gdzie według zdania niektórych lekarzy, tuszowanie lapisem powinno być „policyjnie nakazanem”, ustępuje bez żadnego pośrednictwa, albo przez okłady z mięsa, przemywanie moczem i tym podobne lekarstwa.

W niektórych przypadkach zauważono, że sprawa chorobowa, punktem wyjścia której były jakoby naruszenia całości skóry [złuszczenia, złuszczenia naskórka wypryskowe i t. p.] nie zaczęła się z tych miejsc właśnie, lecz w pewnym od nich oddaleniu, np. przy zapaleniu ucha zewnętrznego, pierwsze zmiany na skórze zauważono w okolicy przedusznej; róża powstała przy wyprysku nozdrzy, zaczęła się obrzmieniem i zaczerwienieniem wypukłej części nosa.

Umieszczenie róży w naszych przypadkach nie zawsze było jednakowem: w 36 przypadkach róża zajmowała twarz, oprócz tego w niektórych lżejszych i poronnych przypadkach zmiany chorobowe skóry spostrzegano na niewielkich tylko obszarach twarzy, tak, że róża zajmowała policzki, czoło, muszlę uszną i nie rozszerzała się na części sąsiednie, w 25 przypadkach róża zajmowała całą twarz i głowę, zachodząc dość często na szyję i górną część klatki piersiowej i grzbietu; w 2 przypadkach obesła całą twarz i czuprynę, przeszła następnie na kark, a wreszcie na tułów, nie szczędząc prawie żadnej okolicy tegoż; w jednym z tych przypadków, róża, począwszy się na twarzy i głowie, obesła szyję, cały tułów, a wreszcie zajęła prawe ramię i udo; w jednym przypadku umiejscowiła się na tylnej i bocznych powierzchniach szyi, nie rozszerzając się dalej; w 1 przypadku zajęta była różą boczna strona tułowia, również po jednym przypadku wypada na rózę przedramienia i goleni.

Z 70 przypadków róży, 49 należy zaliczyć do umiejscowionych, stacyjonarnych, t. j. do takich, przy których skóra była dotknięta na niewielkim obszarze ciała i choroba w małym stopniu rozszerzała się na części sąsiednie; w 21 przypadkach sprawa objawiała skłonność do rozszerzania się na coraz nowe obszary skóry. W 6 przypadkach spostrzegano wytworzenie się wielkich pęcherzy na zajętych miejscach skóry. W żadnym przypadku nie zauważono zgorzelinowego zajęcia skóry, lub tkanki podskórnej (*erysipelas gangraenosum*).

Pod względem właściwości i charakteru sprawy chorobowej, oraz jej przebiegu, przypadki róży, spostrzegane na naszym oddziale, podzielić można na dwie grupy: przypadków lekkich i ciężkich. Lekkich przypadków mieliśmy 49 po-

---

Zdarza się widzieć łącznie zmienione w gładkie, cienkie i blade blizny, które niewątpliwie są rezultatem bardzo długo trwającej jaglicy. Chorzy prawie nie wiedzieli o swej chorobie i stanowczo nigdy się nie leczyli, a jednak ostateczny rezultat tak wypadł, że każdemu leczeniu zaszczyt by mógł przynieść. Często u chorych, którzy ospę przebyli, widać plamy na rogówkach, które są następstwem wrzodów głębokich; wrzody się zagoiły, choć nikt podczas trwania choroby oczu nie oglądał. Każdy bezstronny spostrzegacz bardzo dużo podobnych przypadków znajdzie z łatwością.

Ale chorzy, a nawet po części i lekarze, tej tajemniczej, niepojętej działalności organizmu nie widzą najczęściej. Ludzie są skłonni chwilowy stan czy organizmu swego, czy nawet zewnętrznych okoliczności uważać za trwałe; a skoro w tym stanie jaka zmiana wyraźna nastąpi, starają się zawsze znaleźć przyczyny zewnętrzne, dostrzegalne, które te zmiany spowodowały i tłumaczą. Jakiekolwiek czynniki, które same są zmienne, które w coraz odmiennej występują postaci, bardzo łatwo za takie przyczyny uchodzą. Niespodziane, a więc i niepojęte, zmiany pogody odnoszą ludzie lubią do zmian lunacyi, bo wszak księżyc coraz inną ma postać i codziennie się zmienia. Każdą chorobę dziecka objaśniać lubią ząbkowaniem, bo ta sprawa u dziecka bardzo żywo sięto czy: albo ząb

zostałe 21 odnoszą się do róży połączonej z zapaleniem tkanki łącznej podskórnej i do róży pełzającej; również zaliczyć tu należy i te przypadki, które były powikłane zajęciem narządów wewnętrznych i następczem zapaleniem tkanki podskórnej (*phlegmone*).

W większości przypadków róży odczyn gorączkowy był wyrażony bardzo wybitnie. Gorączka zwykle rozwijała się bardzo szybko i prawie zawsze zaczynała się dreszczem, po którym następowało podwyższenie ciepłoty, ból głowy i t. p., objawy właściwe stanowi gorączkowemu; stan gorączkowy rozwijał się równoległe z zajęciem skóry i w większości przypadków natężenie gorączki zupełnie odpowiadało natężeniu zmian chorobowych na skórze. Tylko w przypadkach róży powrotnej, stopień gorączki nie zawsze odpowiadał natężeniu objawów miejscowych na skórze i dość często w takich przypadkach zajęciu miejscowemu nie towarzyszyło zupełnie podwyższenie ciepłoty ciała, albo też gorączka była słabego natężenia. Naodwrot w jednym przypadku, w którym było po kolei 7 powrotów róży twarzy, każdemu nowemu napadowi choroby towarzyszyło znaczne, chociaż krótkotrwałe podwyższenie ciepłoty [40°—41° C.]. W przypadkach średniego natężenia oraz w ciężkich przypadkach, ciepłota wieczorna dochodziła zazwyczaj do 39,5°—40,5° C., niekiedy nawet do 41° C. i trzymała się na tej wysokości od 4—10 dni.

W lekkich przypadkach gorączka była słabiej wyrażoną [38,5°—39,5° C.] i trwała zazwyczaj niedługo, od 3—7, rzadziej do 16 dni. Typ gorączki najczęściej był ciągły z nieznacznymi zwolnieniami rannemi; w lżejszych przypadkach, typ gorączki bardziej odpowiadał typowi gorączki zwalnającej (*febr. remittens*). Po upływie 3 do 15 dni ciepłota zwykle spadała krytycznie z obfitemi potami, przyczem przelom gorączki był poprzedzony niekiedy przez pogorszenie się wszystkich przypadłości gorączkowych (*perturbatio critica*); przelomowi w ciężkich przypadkach dość często towarzyszył groźny upadek sił (*collapsus*), wymagający natychmiastowego i energicznego stosowania środków pobudzających. W podobnych przypadkach dość często zauważono bardzo niską ciepłotę [35°—35,5° C.];

---

wyrznął się niedawno, albo się właśnie wyrzyna, albo się nowego zęba spodziewają. Poglądy te zmieniają się, znikają dla wielu, którzy przyczyny danej zmiany pojmują lepiej, ale dowodzą trwałej własności umysłu ludzkiego, który nieraz po odrzuceniu jednego błędu, wpada w drugi, bardziej ukryty i może bliższy prawdy. Człowiek śledzić musi przyczyn każdej zmiany, jaką dostrzeże i w braku prawdziwej, wierzy w przyczynę błędną, ludzi się. A ponieważ każdy chory bezustanku jakiegoś lekarstwa używa, więc też zmiany, w obrazie chorobowym zachodzące, najłatwiej do tych lekarstw odnieść się dają; nawet takie przekonanie będzie tu daleko bardziej uzasadnionem.

Kiedy lekarstwo przepisujemy choremu, mamy wtedy cel wyraźny dla naszej działalności — pragniemy, aby choroba ustąpiła. Skoro więc ten spodziewany skutek nastąpi, to już najwyraźniejszy mamy dowód, że lekarstwo dobrze było zaleconem; wszak tu nie tylko nastąpiła zmiana, ale zmiana przewidziana i przepowiedziana. Trzeba ciągle mieć na pamięci leczniczą własność organizmu, aby w tym razie od złudzenia się ochronić. Ze środków zaleconym przypisujemy często chwałę, która się samej należy naturze, na tem właśnie polega sława wszystkich cudownych doktorów i wszystkich cudownych środków.

Ale nie tylko cudowni lekarze, nie tylko szarlatani na tem opierają swoje

w kilku przypadkach napady upadku sił pojawiały się oprócz tego i u szczytu choroby (*acme*) w drugim tygodniu; upadek sił we wszystkich przypadkach udawało się przerywać wielkimi dawkami wina i eteru, jak również, niejednokrotnie wstrzykiwaniami podskórnymi tego ostatniego. Daleko rzadziej obserwowano spadek ciepłoty *per lysin*, przyczem gorączka ustępowała nie w ciągu jednego dnia, ale stopniowo zmniejszała się w ciągu 2 do dni; tutaj zjawiały się poty, ale nie tak obfite; upadku sił w podobnych przypadkach nigdy nie zauważono.

W żadnym z naszych przypadków nie zauważono wyraźnie występującego obrzmienia sąsiednich gruczołów limfatycznych, ale za to w wielu przypadkach róży twarzy i głowy można było wyczuć na karku, za uszami, w okolicy podszczękowej, ciastowate, nieznacznie powiększone i nieco bolesne gruczoły limfatyczne. W wielu przypadkach zauważono objawy ze strony żołądka, wyrażające się nudnościami, uczuciem ściskania w dołku sercowym, uczuciem ciśnienia w okolicy żołądka, brakiem łaknienia, obłożeniem języka, zatrzymaniem lub też nieprawidłowością wypróżnień. Co się tyczy działalności serca, to tętno było zazwyczaj w początku przyspieszone, lecz pełne, w miarę jednak dalszego rozwoju sprawy chorobowej, działalność serca wyraźnie z każdym dniem słabła, a w ciężkich przypadkach róży, u szczytu choroby, tętno stawało się bardzo małym, miękkim i przyspieszonym [120—140 uderzeń na minutę]. Dość często także zauważono gwałtowny upadek tętna, mianowicie w takich przypadkach, gdzie wśród prawidłowego nawet przebiegu choroby następował upadek sił.

Z przypadłości nerwowych najczęstszymi były: bóle głowy, półśpiączka i ciche bredzenie w nocy; wszystkie te objawy następowały w niektórych przypadkach bardzo wcześnie, w pierwszych dniach choroby; przypisać je należy przede wszystkim następstwu zakażenia krwi aniżeli uważać je za objawy, zależne bezpośrednio od działania wysokiej ciepłoty na ośrodki nerwowe, ponieważ natężenie ich nie zupełnie odpowiadało stopniowi gorączki, a nawet w niektórych przy-

---

powodzenie. Lekarze naukowci, podług zasad nauki i w najlepszej wierze działający, tak samo często się ludzą.

Gruczołki pomieszczone w chrząstce powiekowej wypełniają się czasem wydzieliną, zapewne skutkiem zatkania przewodu. Powstają wtedy guziczki na powiekach, torebki gęstą masą wypełnione. Podług dzisiejszej naszej wiedzy jest tylko jeden sposób pewny usunięcia owych guziczków—przecięcie ich i opróżnienie. Ale wiemy też dobrze, że po długim trwaniu te guziczki nieraz same znikają. W oftalmologii niedawno, bo przed 50 laty, napisanej autor radzi leczyć te guziczki środkami przeczyszczającymi, podawanymi przez czas długi, przez całe tygodnie, wraz z obszernymi na kark wizykatoryjami. Każdy z nas jest pewnym, że leczenie więcej krzywdy, niż pożytku przynosiło chorym, a jednak lekarz w najlepszej myśli i z wiarą w skuteczność stosował swoją metodę; każdy znikający *chalazion* utwierdzał go w tej wierze. Ten sam autor z zapalem powiada, że dopiero w ostatnich czasach, w epoce jego działalności, nauczono się pomyślnie leczyć ciężkie zapalenia łącznicy. Ten świetny wynalazek polegał na niemilościernym rozlewie krwi; lekarze nie tylko wierzyli tej metodzie—byli nią olśnieni. A dziś powiedzieć musimy, że dobra natura nie tylko z cho-

padkach, którym towarzyszyła wysoka i długotrwała gorączka, objawów ze strony układu nerwowego brakło prawie zupełnie.

W żadnym z spostrzeganych przez nas przypadków do róży twarzy i głowy nie przyłączyło się zapalenie opon mózgowych; w kilku ciężkich przypadkach róży głowy zauważono objawy przekrwienia opon, które szybko zresztą przeminęły.

Z powikłań, spostrzeganych przez nas przy róży, należy wymienić następujące:

1) Włóknikowe zapalenie płuc stwierdzono w 2 przypadkach róży twarzy i głowy; rozpoznanie w jednym z tych przypadków, zakończonym śmiercią, stwierdzono przez sekcję; oba płuca były zwątrobiałe (*hepatizatio*); w tym przypadku oprócz tego znaleziono przerost lewej komórki i drobnoziarniste zwyrodnienie mięśnia sercowego.

2) W jednym przypadku, zakończonym śmiercią przy objawach obrzęku płuc i niedostateczności mięśnia sercowego, sekcja wykazała silną rozedmę płuc, wysięki w osierdziu i zwyrodnienie mięśnia sercowego.

3) W pięciu przypadkach róża twarzy i głowy była powikłaną ostrym zrazikowym zapaleniem płuc; przypadki te zakończyły się zupełnym wyzdrowieniem, pomimo ciężkiego przebiegu choroby w 2 przypadkach, przyczem zauważono kilkakrotnie napady upadku sił.

4) W czterech przypadkach do róży twarzy przyłączył się ostry nieżyt drobnych oskrzeli. W wielu przypadkach oprócz tego zauważono objawy więcej lub mniej silnego nieżytku oskrzeli: oddech zastrzony, rozsiane rżenia i t. d.. Zauważona przez wielu spostrzegaczy skłonność róży do kojarzenia się z różnymi chorobami płuc stwierdzona więc była i w naszych przypadkach, w żadnym atoli z naszych przypadków nie spostrzegano t. z. róży płuc, t. j. wędrującego zapalenia płuc opisanego w ostatnich

---

roby uleczyła, ale wyrównała niepożądane skutki wdania się lekarskiego. Nasze dzisiejsze metody i poglądy oceni przyszłość dopiero.

Wreszcie ostatni, nie małej też wagi czynnik, który złudzenia ułatwia, leży w miłości własnej człowieka. W chorobie nastąpiła zmiana pożądana; zmianę sprowadził zapewne środek w tym celu zalecony. Wątpić o tem nie chcę, bom ja ten środek zalecił, bo sam fakt wyzdrowienia świadczy o mojej sztuce, pochlebia mi i sławę podnosi. Ażeby wątpić o skuteczności leczenia, potrzeba przezwyciężyć słabość natury swojej.

Dwa słowa wyrażają powrót do zdrowia, jedno nijakie, drugie czynne: wyzdrowieć i wyleczyć. Jakkolwiek w istocie pierwsze słowo częściej zapewne może być stosowanem, faktycznie jednak drugiego częściej się używa. [D. c. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

czasach przez wielu badaczy [WALDENBURG <sup>12)</sup>, FISCHL <sup>13)</sup>, WEIGAND <sup>14)</sup>, KELEMEN <sup>15)</sup>, HERSCHELLMANN <sup>16)</sup>, DE LUCA <sup>17)</sup>].

5) Powikłanie ze strony serca i osierdzia, stwierdzono w 2 przypadkach [w jednym przerost lewej komórki, w drugim wysięk w osierdziu].

6) Tak często przylączające się do róży twarzy ropienie w skórze i w tkance podskórnej spostrzegaliśmy w 10-ciu przypadkach; we wszystkich tych przypadkach po przejściu róży, w okresie zdrowienia, rozwijały się ropnie na twarzy, głowie i szyi; osobliwie często spostrzegano zapalenie tkanki podskórnej na powiekach górnych, zwiastanem tego ropienia było silne i uporczywe obrzmienie powiek już w samym początku róży. Ropnie powiek cechowały się bardzo znacznem ropieniem. W większości przypadków ropniom nie towarzyszyło podwyższenie ciepłoty, w niewielu tylko przypadkach ta ostatnia podnosiła się o 1° do 1½° C.. Liczba ropni była różną, w niektórych przypadkach spostrzegano ich kilka; w jednym przypadku, zakończonym zupełnie pomyślnie, rozwinęło się kolejno, jedno za drugim, siedm ognisk ropnych, które do zupełnego zagojenia potrzebowały długiego przeciągu czasu; ropnie te goiły się przy odpowiedniem leczeniu chirurgicznem [przecięcie, opatrunek jodoformowy].

W niektórych przypadkach niewielkie ogniska rozchodziły się, nie przechodząc w ropienie, co niejednokrotnie zauważyliśmy na czuprynie, gdzie dość często spostrzegano miękkie, sprężyste, ograniczone obrznięcia z chęłbotaniem niewyraźnem, nie przechodzące w ropienie.

7) W trzech przypadkach towarzyszyła róży *angina phlegmonosa* z przejściem w ropienie.

8) W pięciu przypadkach róża twarzy i głowy była powikłaną zapaleniem ucha zewnętrznego i średniego (*otitis externa et media*).

9) W dwu przypadkach, jednocześnie z różą skóry twarzy i głowy, spostrzegano analogiczne zajęcie paszczy cechujące się błyszczącą czerwonością właściwą róży i suchością błony śluzowej łuków, języczka i gardzieli, a także jej obrzmieniem (*erysipelas faucium*). Pierwotnej róży paszczy spostrzeganej przez wielu autorów [GULL <sup>18)</sup>, TODD <sup>19)</sup>, LAKOEDE <sup>20)</sup>, SIMON <sup>21)</sup>, BROUARDEL <sup>22)</sup>],

---

<sup>12)</sup> Berliner klinische Wochenschrift. 1873. 41.

<sup>13)</sup> Prager Vierteljahresschrift. 1871. Bd. 114.

<sup>14)</sup> Berliner klinische Wochenschrift. 1872. 1.

<sup>15)</sup> Pester medizinisch-chirurgische Presse. 1876. 45, 46.

<sup>16)</sup> HERSCHELLMANN. Über Pneumonia crouposa und Pneumonia migrans. Ein Fall von pneumonia migrans verbunden mit Erysipelas faciei. Berliner klinische Wochenschrift 1885. str. 660—663.

<sup>17)</sup> DE LUCA. Ein merkwürdiger Fall von Lungenrose. Prager medicin. Wochenschrift. 1886. 10. str. 94—96.

<sup>18)</sup> London medical Gazette. 1849. June.

<sup>19)</sup> Medical Times and Gazette. 1852. June. 1885 July.

<sup>20)</sup> Gazette des hôpitaux. 1861. str. 581.

<sup>21)</sup> Archives générales des médecine. 1865 Octobre.

<sup>22)</sup> Gazette des hôpitaux. 1874. 5. 6.



DELAVAUNE <sup>23)</sup> i inni], ani razu nie spostrzegaliśmy. W obu przypadkach róży błony śluzowej paszczy, zmiany w tej ostatniej poprzedzane były przez sprawę chorobową skóry twarzy. Oba przypadki skończyły się zupełnie pomyślnie.

Z chorób następnych (*Nachkrankheiten*), spostrzeganych po róży w naszych przypadkach, należy wspomnieć o obrzęku twarzy i częściowej lysinie głowy, zauważonych w trzech przypadkach róży twarzy i głowy połączonej z zapaleniem tkanki podskórnej.

Róża, jak wiadomo, należy do liczby chorób skóry, mających nadzwyczajną skłonność do powrotów; z 70 naszych przypadków powroty róży spostrzegano w 7 przypadkach [10% wszystkich przypadków]; w 3-ech przypadkach powrót powtarzał się 2 razy; w 2 przypadkach były 3 powroty; w jednym przypadku [u ucznia felczerskiego, który zaraził się różą, przy pielęgnowaniu chorych w oddziale chorych na różę] były 4 powroty tej choroby; nakoniec w jednym przypadku spostrzegano niezwykle liczbę powrotów róży, mianowicie 7. Ostatni przypadek należy zaliczyć do przypadków t. zw. róży habitualnej; pojawianie się cierpienia skóry w tym przypadku za każdym razem warunkowane było obostrzeniem nieżytu nosa, powikłanego wypryskiem przednich otworów nosowych. Powroty róży we wszystkich przypadkach były słabo wyrażone i nie cechowały się skłonnością do dalszego rozszerzania się na obwodzie; napady jej były w tych przypadkach bardzo krótkotrwałe i trwały od 2—5 dni.

Wszystkie trzy przypadki róży traumatycznej [patrz wyżej] przebiegały pomyślnie bez wielkich powikłań i zakończyły się wyzdrowieniem; rany operacyjne w dwu przypadkach bubonów zagoiły się bardzo szybko.

Leczenie róży było miejscowe i ogólne. Miejscowe: w lekkich przypadkach stosowano smarowanie zajętych odcinków skóry 2 razy dziennie roztworem jodoformu w kolodiu; w cięższych przypadkach, z wyraźną skłonnością sprawy chorobowej do szerzenia się na obwodzie, stosowano smarowanie częściej, 3—4 razy dziennie, przyczem lekarstwo stosowano nie tylko na części zajęte, ale i na skórę zdrową otaczającą. *Jodoform-collodium*, stosowany po raz pierwszy jak się zdaje przez CLARK-BERMAN'a <sup>24)</sup>, używanym był w ostatnich czasach z dobrym skutkiem przy róży przez SELICKIEGO <sup>25)</sup>, który zauważył między innymi pod wpływem tego środka zmniejszenie się czerwoności, obrzmienia i czułości w zajętych przez różę miejscach skóry, co oczywiście zależy od znieczulającego działania jodoformu; ten ostatni oprócz tego, mianowicie z kolodium, pokrywając skórę, zabezpiecza ją od szkodliwych wpływów zewnętrznych i widocznie ogranicza rozszerzanie się róży; koniec końców gorączka się zmniejsza, a sprawa chorobowa w skórze ustępuje.

Chociaż w roku bieżącym mieliśmy sposobność stosować miejscowo przy róży *jodoform-collodium* w 64 przypadkach, to jednak nie możemy ostatecznie przemawiać na korzyść swoistego działania jodoformu na sprawę miejscową;

<sup>23)</sup> New-York medical Journal. II. 1885. str. 284. Centralblatt für die medicinische Wissenschaften. 1886. 18.

<sup>24)</sup> The Practitioner. 1884. 5.

<sup>25)</sup> Trudy Obszczestwa wojennyh wraczej w Moskwie. 1885. str. 15—21.

rzeczywiście trudno się przekonać o tem, czy powstrzymanie rozszerzania się róży — spostrzegane przez nas niejednokrotnie po 3—5 dniowym stosowaniu kolodium jodoformowego — nastąpiło w danym przypadku, dzięki tylko działaniu jodoformu; przecież w wielu przypadkach przy stosowaniu środków obojętnych róża także powstrzymuje się po upływie dni kilku, wcale nie przedstawiając skłonności do dalszego rozszerzania się. Należy wszelako — na zasadzie samych spostrzeżeń — zaznaczyć rzeczywiście pomyślny wpływ jodoformu na wrażliwość skóry zajętej przez różę, a także i ten fakt, że obrzmienie skóry pod wpływem kolodyjum jodoformowego wyraźnie się zmniejszało; w niektórych przypadkach róża szybko się kończyła po 2—3 takich smarowaniach.

W dwu przypadkach róży twarzy i głowy, stosowano miejscowo rezorcynę w postaci maści. Środek ten stosowany pierwotnie przy róży w postaci podskórnych wstrzykiwań przez BOGUSZA<sup>26)</sup> i SKIBIŃSKIEGO<sup>27)</sup>, używał później ANDER<sup>28)</sup> w postaci maści; wkrótce potem KAEGLER<sup>29)</sup> i CATTANI<sup>30)</sup> sprawdzili przy róży działanie maści rezorcynowej i otrzymali przy jej użyciu dobre wyniki. W obu naszych przypadkach nie byliśmy tak szczęśliwi i nie zauważyliśmy żadnej korzyści od tego środka.

W trzech przypadkach róży twarzy stosowaliśmy smarowanie miejsca zajętego stężonym roztworem azotanu srebra; nie zaprzeczając pewnej skuteczności tego środka, zalecanego przy róży przez wielu autorów jak przez HIGGINBOM'a<sup>31)</sup>, SIMON'a<sup>32)</sup>, WUTZER'a<sup>33)</sup>, HINKIES'a, BEERD'a<sup>34)</sup>, DANNENBERGER'a<sup>35)</sup>, VOLKMANN'a<sup>36)</sup>, STUKOWIENKOWA<sup>37)</sup> i innych, nie możemy wszelako powstrzymać się od wskazania ujemnej jego strony, a mianowicie, że wywołuje on bardzo często silne podrażnienie miejscowe, a oprócz tego z trudnością się zmywa ze skóry i na długo nadaje choremu barwę, czyniącą go podobnym do murzyna.

W jednym lekkim przypadku róży twarzy, ograniczyliśmy się na miejscowym smarowaniu tylko kolodyjum jodoformowym.

Leczenie wewnętrzne w ciężkich przypadkach polegało na podawaniu choremu wielkich dawek wina, niekiedy znów podawano kamforę z eterem lub z chininą. Przeciwwgorączkowego działania wielkich dawek chininy nie zauważyliśmy w żadnym przypadku.

<sup>26)</sup> Medycynskoje obozrenije. 1882. Fewral. str. 344.

<sup>27)</sup> Tamże. 1882. Dekabri. str. 886—887.

<sup>28)</sup> Wiener medizinische Presse. 1883. XXIV. str. 705—617.

<sup>29)</sup> Der Praktische Arzt. 1884. 11. str. 260—261.

<sup>30)</sup> Monatshefte für praktische Dermatologie. 1884. 9/10. str. 274.

<sup>31)</sup> Canstatt's Jahresbericht pro 1853. IV. str. 165.

<sup>32)</sup> Bulletin de thérapeutique. VII. 8.

<sup>33)</sup> Rheinische Monatschrift für praktische Aerzte. 1849. Septembre-October.

<sup>34)</sup> SCHMIDT's Jahrbücher. 1857. Bd. 96. str. 179.

<sup>35)</sup> Inaugural-disertation. Giessen. 1862.

<sup>36)</sup> PITHA und BILLROTH. Handbuch der Chirurgie. 1869. I. Bd. 2 Abtheil. 1 Heft. 12S i nast.

<sup>37)</sup> Wraczebnyje wiadomosti. 1881. VI. str. 2087—2090 i 2101—2104.

Powikłania leczono według zasad ogólnych; przeciw przewlekającemu się obrzękowi twarzy stosowano z korzyścią mięsinie [HABERMANN<sup>38)</sup>]. Wszyscy chorzy na różę byli odosobniani od innych chorych.

### III. O SOKOTOKU ŻOŁĄDKOWYM

(*Gastrosuccorrhoea*).

#### PRZYCZYNEK DO PATOLOGII ŻOŁĄDKA.

Przez

**Mikołaja Rejehmana.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

O powstawaniu nadmiernej pobudliwości narządu wydzielniczego błony śluzowej żołądka, w przypadkach chorobowych, pouczają nas dokładne badania JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO<sup>1)</sup>). Badacze ci nadzwyczaj się nauce zasłużyli, wykazawszy, że u wielu chorych, po wprowadzeniu do żołądka białka z jaja, lub nawet wody [lodowej albo ciepłoty pokojowej], wnet następuje szybkie wydzielanie soku żołądkowego, trwające dłużej niż w stanach prawidłowych i powodujące prędsze i większe zakwaszenie zawartości żołądka, jakoteż wzmoczenie chemizmu trawienia żołądkowego.

Nie ulega wątpliwości, że to zaburzenie w czynności wydzielniczej jak również i zboczenie w mechanizmie żołądka, zależą od ważnych zmian anatomicznych, których przyroda dotychczas zbadaną nie została. JAWORSKI i GLUZIŃSKI sądzą, że taka wzmoczona pobudliwość narządu wydzielniczego żołądka zależy w większości przypadków od tych zmian, które cechują przewlekły nieżyt błony śluzowej i dla tego stany chorobowe, o których mowa, nazywają nieżytem kwaśnym żołądka. Ponieważ badania drobnowidzowe do tej kwestyi nie były jeszcze stosowane, przeto trudno orzec, czy wzmoczenie pobudliwości czynności wydzielniczej zależy rzeczywiście od przewlekłego nieżytku, czy też od zmian anatomicznych, któreby raczej na inną nazwę zasługiwały. W każdym razie trudno się zgodzić z poglądem tych badaczy, że nadmierna pobudliwość narządu wydzielniczego błony śluzowej żołądka jest cechą wcześniejszych okresów nieżytku. Przypadki sokotoku żołądkowego moje, jak również RIEGEL'a i von den VELDEN'a zdają się przeciwnego dowodzić. We wszystkich tych przypadkach choroba trwała od lat

<sup>38)</sup> J. HABERMANN. Massage gegen chronisches Gesichtsoedem nach habituellem Erysipel. Prager med. Woch. 1883. 40, 41.

<sup>1)</sup> L. c.

wielu i rozwijała się bardzo powoli. Z drugiej zaś strony w licznych przypadkach wczesnych okresów nieżyty żołądka znajdowałem zmniejszoną a nawet minimalną kwasność zawartości żołądkowej.

Przyjąwszy za bezpośrednie przyczyny stałego sokotoku żołądkowego wzmoczenie pobudliwości funkcyj wydzielniczej i zaburzenie w czynności mechanicznej żołądka, a z drugiej strony opierając się na faktach z obserwacji zdobytych, powstawanie sokotoku możemy sobie wyobrazić w sposób następujący. W jednych przypadkach, w których istnieją powyżej wzmiankowane zaburzenia czynnościowe, pokarm zbyt długo w żołądku przebywając, nadmiernie drażni błonę śluzową i pobudza przeciągłe wydzielanie soku żołądkowego. Z początku wydzielanie trwa zapewne dopóty, dopóki pokarm w żołądku się znajduje, w następstwie zaś, wskutek częstych i długotrwałych podrażnień błony śluzowej, przyrząd jej wydzielniczy dochodzi do takiego stanu pobudzenia, iż wydziela sok żołądkowy nie tylko podczas działania bodźca t. j. pokarmu, lecz i po ustaniu takowego, po przejściu pokarmu do kiszek. W innych razach, bodźcem pobudzającym do wydzielania błonę śluzową w czczym żołądku jest żółć, która się do narządu dostaje z powodu pewnych zбочeń w mechanicznej czynności żołądka lub dwunastnicy, naprzykład w skutek niedomykalności odźwiernika.

Przypuszczenie moje, że w niektórych przypadkach, przy istnieniu powyżej wzmiankowanych warunków, dostawanie się żółci do żołądka powoduje stały sokotok żołądkowy, opieram na tym fakcie, że sok żołądkowy w tych przypadkach na czczo z rana wydobyty, po uprzednim wieczornem dokładnem przemyciu i opróżnieniu narządu, jest z żółcią jednostajnie zmieszany. Ponieważ jednakże w wielu przypadkach chorobowych z rana na czczo w żołądku znajdujemy żółć bez soku żołądkowego, przeto przypuszcienie należy, iż w tych tylko razach obecność żółci powoduje sokotok, w których narząd wydzielniczy żołądka jest nadmiernie pobudliwy.

Mówiąc o wzmoczeniu pobudliwości narządu wydzielniczego błony śluzowej żołądka, jako o jednej z pierwotnych przyczyn sokotoku, nie chcę bynajmniej utrzymywać, iż wskutek tej wzmoczonej pobudliwości ilość wydzielanego soku żołądkowego jest zawsze zwiększoną. Co do tej kwestyi, to jak to już powyżej wspomniałem, nie posiadamy żadnego kryterijum, na zasadzie którego moglibyśmy orzec, że w danym przypadku chorobowym soku żołądkowego wydziela się mniej lub więcej, niż w stanie prawidłowym, bo nieznanem jest nam natężenie wydzielania tego soku w żołądkach zdrowych. Wydobywając jednakże z czczych żołądków tak znaczną u niektórych chorych ilość czystego soku żołądkowego, zmuszeni jesteśmy przyjąć, że w pewnych przypadkach soku żołądkowego wydziela się rzeczywiście więcej, niż w stanie prawidłowym. Też samą trudność napotykamy jeżelibyśmy chcieli odpowiedzieć na pytanie: czy przy sokotoku żołądkowym stopień kwasności soku jest zwiększony, czy też nie?, nieznanym jest nam bowiem stopień kwasności prawdziwie czystego, przez zdrową błonę śluzową wydzielanego soku żołądkowego. Jeżeli zaś zwrócimy uwagę na stopień kwasności miazgi pokarmowej w stanach prawidłowych, w dalszych okresach trawienia, po spożyciu pokarmu mięszanego, który to stopień kwasności

może wynosić przeszło 0,2% i który zależy głównie od ilości kwasu zawartego w wydzielonym soku żołądkowym, to przypuścić powinniśmy, że znajduwany przez nas w przypadkach sokotoku stopień kwaśności czystego soku żołądkowego = 0,2% — 0,3% wcale nie jest za wysokim i nie przekracza granic fizjologicznej kwaśności soku żołądkowego. Jeżeli bowiem w stanach prawidłowych kwaśność miazgi pokarmowej dojść może do 0,2%, to jest rzeczą prawdopodobną, że czysty sok żołądkowy, przez płyn pokarmowy nie rozcieńczony i nie zobojętniony, posiada wyższy stopień kwaśności. Nie możemy więc uważać za nienormalnie wysoki stopień kwaśności 0,32%, jaki się okazywał w czystym soku żołądkowym w niektórych z moich przypadków, a nawet nie mamy prawa za takowy poczytywać stopień kwaśności czystego soku żołądkowego = 0,4%, jaki RIEGEL w swoich przypadkach sokotoku obserwował. Rozumie się, mówię tutaj o absolutnie czystym soku, bo jeżeli w doświadczeniach, po wprowadzeniu do żołądka wody, takowa po wydobyciu okaże się raz kwaśniejszą, a drugi raz mniej kwaśną, to różnica ta w odczynie bynajmniej nie dowodzi, że w pierwszym razie wydzielający się sok żołądkowy jest kwaśniejszy, niż w drugim, albowiem w pierwszym razie, w danej jednostce czasu mogło się wydzielić soku żołądkowego, tego samego stopnia kwaśności, daleko więcej niż w drugim. Jeżeli więc nie mamy prawa napewno twierdzić, że w danym przypadku sok żołądkowy posiada wyższy stopień kwaśności, niż w stanie normalnym, to jednakże z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem przypuszczać możemy, że w danym przypadku sokotoku wydzielił się sok o nadmiernym stopniu kwaśności. Bądź co bądź, obserwowane dotychczas przypadki sokotoku dowodzą, że w żołądkach większej części odnośnych chorych wydzielił się sok wysokiego stopnia kwaśności.

Łatwiej rozstrzygnąć kwestyję tyczącą się stopnia kwaśności płynu z miazgi pokarmowej złożonego. Tutaj do oceny mamy już znane ilości, oznaczające stopień kwaśności miazgi pokarmowej w stanie prawidłowym. Otóż okazuje się, że stopień kwaśności miazgi pokarmowej w niektórych z moich przypadków i w przypadkach JAWORSKIEGO i GLUZINSKIEGO i innych jest nadmiernie wysoki, osiąga bowiem 0,3% 0,4% a nawet jak to miało miejsce w jednym przypadku RIEGEL'a 0,464%. Wiadomo zaś, że najwyższy stopień kwaśności miazgi pokarmowej w stanach prawidłowych, po spożyciu pokarmu mieszanego, rzadko przechodzi 0,25%, a w wyjątkowych tylko razach osiąga 0,3%. Ta zwiększona kwaśność z wartości żołądka, w przypadkach sokotoku, może zależeć albo od 1) zwiększonego stopnia kwaśności soku żołądkowego, albo od 2) zmniejszenia wchłaniania i osłabienia czynności mechanicznej żołądka, albo też od 3) szybszego i względnie obfitszego wydzielania soku żołądkowego, albo też nakoniec od 4) współdziałania kilku z pomienionych czynników. W stanach prawidłowych w miarę wydzielania się soku żołądkowego, część jego wraz z miazgą pokarmową przechodzi do kiszek, a część, prawdopodobnie znacznie mniejsza, zostaje przez wewnętrzną powierzchnię żołądka wchłanianą. W przypadkach zaś sokotoku, gdzie

zdolność chłonna i czynność mechaniczna żołądka są osłabione, a z drugiej strony sok żołądkowy bezustannie się wydziela, ten ostatni w coraz większej ilości w żołądku się gromadzi, zatem stopień kwaśności miazgi pokarmowej coraz bardziej zbliża się do stopnia kwaśności czystego soku żołądkowego. O osłabieniu zdolności chłonnej w przypadkach sokotoku przekonywa nas obecność w żołądku, w każdej chwili, znacznej ilości gazu, zawartość w tym płynie wielkiej ilości peptonu i doświadczenia wykazujące, że woda w oczyszczonych zupełnie żołądkach nader długo może przebywać. Te ostatnie doświadczenia wraz z faktem, że miazga pokarmowa w żołądkach osób dotkniętych sokotokiem przebywa po kilkanaście a nawet i kilkadziesiąt godzin, przemawia za osłabieniem czynności przyrządu ruchowego żołądka.

Lecz zakwaszenie miazgi pokarmowej, w przypadkach sokotoku żołądkowego, nie tylko jest ważne ze względu na stopień wysokości, jakiego osiągnąć może, ale i z tego jeszcze względu, że osiąga ono tego stopnia zaraz, albo wkrótce po spożyciu pokarmów. W stanach prawidłowych, skoro pokarm do żołądka się dostanie, upłynąć musi sporo czasu zanim stopień kwaśności miazgi pokarmowej osiągnie swego *maximum*. Chwila ta zależy od jakości i od ilości pokarmu przypada w  $\frac{3}{4}$ , 1, 2 a nawet  $2\frac{1}{2}$  godziny od czasu spożycia tego pokarmu. Prawidłowy przyrząd wydzielniczy żołądka dla rozpoczęcia swej energicznej czynności widocznie potrzebuje dłuższego przez pokarm pobudzenia, a być może, że i wchłonięcia pewnych rozpuszczalnych części miazgi pokarmowej. Prócz tego w żołądkach zdrowych sok wydziela się powoli, stopniowo, a pierwsze jego ilości zubożone są jeszcze przez połkniętą ślinę, przez ługi przyjętych pokarmów i pochłaniane przez ciała białkowe. Inaczej rzecz się ma w żołądkach dotkniętych sokotokiem; tutaj pokarm znajduje w żołądku już nagromadzony w znacznej ilości sok żołądkowy, albo też, wskutek nadmiernej pobudliwości przyrządu wydzielniczego, odrazu i prędko następuje silne wydzielanie i stopień kwaśności miazgi pokarmowej wkrótce osiąga swego *maximum*.

Jeżeliśmy nie uważali się w prawie stanowczo utrzymywać, że w pewnych przypadkach sokotoku stopień kwaśności soku żołądkowego może przewyższać normę, to z drugiej strony śmiało możemy twierdzić, że w innych przypadkach stopień kwaśności soku żołądkowego jest niezaprzeczenie *z m n i e j s z o n y*. Najlepszym tego dowodem jest II-gi mój przypadek, w którym kwaśność czystego soku żołądkowego wynosiła 0,1%, 0,08%, a nawet 0,05%. Niepodobna przypuścić, żeby zdrowe żołądki, w których stopień kwaśności miazgi pokarmowej osiąga 0,2%, mogły wydzielać sok tak słabo kwaśny. To też u naszej chorej stopień kwaśności miazgi pokarmowej nie dochodził nigdy do 0,2%, lecz wahał się w granicach pomiędzy 0,11% — 0,15%.

Przechodzimy obecnie do kwestyi trawienia żołądkowego u osób dotkniętych sokotokiem.

Wszystkie powyżej wzmiankowane okoliczności wywołują bardzo ważne w tej sprawie zaburzenia. Przedewszystkiem szkodliwy wpływ najbardziej uwidacznia się na trawieniu pokarmów krochmalowych. W skutek ciągłej obecności w żołądku kwaśnego gazu lub w skutek szybkiego a znacznego zakwaszenia

się miazgi pokarmowej, prawidłowy, bardzo ważny wpływ śliny na pokarmy w narządzie tym ustaje, amylolytyczne działanie śliny odbywa się tylko w jamie ustnej i przełyku. W skutek tego w żołądku nagromadzają się znaczne ilości krochmalu. W ostatnich czasach EWALD <sup>1)</sup> wykazał u chorych, u których zauważyć się dawało nadmierne przez kwas solny zakwaszenie miazgi pokarmowej, jak niezupełnym chemicznym przemianom ulega krochmal w żołądku tych chorych i to o tyle niezupełnym, o ile więcej kwasu solnego w zawartości żołądka się znajduje.

Z drugiej strony chemizm trawienia pokarmów białkowatych odbywa się energiczniej i szybciej niż w stanach prawidłowych, z powodu ciągłej obecności w żołądku lub łatwego wydzielania się soku żołądkowego. Rzecz można, że jeżeli w stanach prawidłowych część tylko, i to prawdopodobnie mała część pokarmów białkowatych trawi się [peptonizuje] w żołądku, a reszta ulega odpowiednim zmianom w przewodzie kiszkiowym, tutaj przeciwnie prawie cała lub też i cała ilość białka trawi się w żołądku. Tak sądzić należy, bo trudno przypuścić, żeby większa część pokarmów białkowatych mogła uniknąć energicznego działania soku żołądkowego przez dostanie się do przewodu kiszkiowego, bo do tego ostatniego dostać się nie mogą tak małe i delikatne cząsteczki w jakich krochmal w żołądku zalega, dla czegoż by się więc łatwiej miały dostawać do kiszki cząstki mięsa, jaj i t. p.. Być może, że w pierwszych kilku godzinach po przyjęciu pokarmu, przechodzi z żołądka do kiszki pewna część niestrawionych pokarmów, zarówno krochmalowych, jak i białkowatych, ale niemniej faktem pozostanie, 1) iż znaczna ilość krochmalu w żołądku zalega i 2) że nieprawidłowo duża część pokarmów białkowatych zostaje w żołądku strawną. Tego ostatniego dowodzi nagromadzenie się w zawartości żołądka znacznej ilości peptonu, do czego w części zapewne też się przyczynia upadek wchłaniania. Na dwa te ważnej doniosłości w patologii żołądka fakty, mianowicie na wzmoczenie chemizmu trawienia ciał białkowatych i na upośledzenie trawienia w żołądku pokarmów krochmalowych, przy których to zaburzeniach jednocześnie spostrzegać się daje osłabienie czynności mięśniowej żołądka, zwróciłem uwagę już w opisie pierwszego mego przypadku sokotoku w 1882 roku.

Zaburzenia w chemizmie trawienia w przypadkach sokotoku sprawiają, jak to słusznie RIEGEL zauważył, iż płynna zawartość wydobyta z żołądka w kilkanaście godzin po jedzeniu posiada cechy bardzo charakterystyczne. Mianowicie przedstawia ona płyn barwy zazwyczaj trawiasto zielonej, odczynu kwaśnego, stopnia kwasności zwykle znacznego, w którym kwas solny z łatwością wykazać się daje i który zawiera znaczne ilości peptonu; po pozostawieniu tego płynu w spokoju, tworzą się w niem dwie warstwy, dolna szara, gęsta, złożona z cząstek krochmalu i górna płynna barwy zazwyczaj zielonawej; włókien mięsnych, ani też cząstek innych pokarmów białkowatych, ani gołem okiem, ani drobnowidzem wykryć w tym płynie nie można.

[D. n.]

1) Über Zuckerbildung im Magen und Dyspepsi acida Berl. klin. Wochensh. Nr. 48. 1886

## NOTATKI LEKARSKIE.

## 3. Z kazuistyki przekłucia klatki piersiowej.

28. VIII. 1886 r. zostałem wezwany do 65-letniego mężczyzny F. Wierzbickiego, mieszkańca Skierniewic, chorego oddawna na wadę serca (*insufit. v. mitralis*). Chory dobrej budowy. Zastałem go w postawie siedzącej, z bardzo utrudnionym oddechem, przeszkadzającym mu od kilku dni spać. Kaszel niewielki, suchy. Oprócz przedmiotowych objawów wyżej wspomnianej wady sercowej, znalazłem u niego wysięk w prawej opłucnej, dosięgający w linii sutkowej dolnego brzegu 3-go żebra, w linii pachowej środkowej 4-go żebra, w linii łopatkowej powyżej kąta łopatki 7-go żebra [zupełna tępość—oddechu nie słyhać]. Oprócz tego tylna granica lewego płuca obniżona [rozedma]. Wątroba usunięta ku dołowi [dolny brzeg na 3 palce pod łukiem żebrowym]. Tętno bardzo słabe, przerywane. Obrzęk dolnych kończyn. Tego samego dnia wykonałem przekłucie opłucnej (*thoracocentesis*), zachowując wszelkie ostrożności co do przeciwności. Przekłucia dokonałem za pomocą próbnego trójgrańca [2 mil. średnicy], w 5-ym międzyżebżu, przy górnym brzegu 6-go żebra w linii pachowej przedniej. Wysiłek okazał się jasno-żółtego koloru, przezroczystym, płynnym [później po części ściał się na galaretę w naczyniu z roztworem kwasu karbolowego, do którego był wypuszczonym]. Wypuszczono około 2 litr. płynu. Podczas powolnego wypuszczania wysięku i po skończonej operacji nie było najmniejszych zaburzeń, nawet kaszlu. Płuco swobodnie rozszerzało się [co można było sprawdzić za pomocą opukiwania i wysłuchiwania]. Wątroba ustąpiła ku górze pod żebra. Chory uczuł znaczną ulgę w oddechaniu, duszność minęła. Tętno stało się pełniejszym, regularniejszym. Granice wysięku po operacji: w linii sutkowej górny brzeg 6-go żebra, w linii pachowej 6-te żebro, w linii łopatkowej 9-te żebro.

W pół godziny po operacji zostałem wezwany powtórnie do chorego, który dostał silnych wstrząsających dreszczy, kaszlu i duszności; za każdym kaszlnięciem wyrzucał pełne usta płynu, zupełnie podobnego do poprzednio wypuszczonego i nie wielkie ilości galaretowatej piany szarego koloru, prawie nie opadającej i pływającej na powierzchni płynu w naczyniu, do którego pluł chory. Kończyny i nos zsiniały i oziębły. W płucach zjawily się liczne rżenia. Tętno zrobiło się nadzwyczaj częstym i słabym. Chory w przeciągu pół godziny wyrzucił około  $\frac{3}{4}$  litra płynu. Zaleciłem wino, ogrzewanie kończyn.

Wobec tak groźnego stanu miałem chorego za straconego; tymczasem wypłukał on płyn i pianę przez całe 24 godzin, choć następnego dnia po operacji już w niewielkiej ilości i rzadziej, dreszcze i duszność ustały. Ogółem wypłuk przeszło 2 litry płynu. Dnia 3-go rżenia ustały, wysięk dał się oznaczyć tylko w dolnej części opłucnej od tyłu. Obrzęk nóg się zwiększył. Naznaczyłem *digitalis*. W tydzień po operacji znalazłem chorego stosunkowo w dobrym stanie. Obrzęk dolnych kończyn znikł. Oddychanie swobodne. Wysiłek w opłucnej cokolwiek się powiększył. Chory wstał z łózka, chodził zupełnie swobodnie, łaknienie bardzo dobre.

W dwa tygodnie po operacji zaczęła się pojawiać duszność i kaszel. Wysiłek opłucnej zwiększył się. D. 24. IX. Chory tak pod względem podmiotowym jak i przedmiotowym przedstawiał obraz z dnia 28. VIII, z tą tylko różnicą, że silnie kasłał, wyrzucając plwocinę śluzo-ropną [w lewym płucu oddech mocno zaostroszony,—suche rżenia] i że wątroba nie była tyle usunięta ku dołowi. Chory silnie domagał się powtórzenia operacji, którą też wykonałem w 5-ym między żebrzu, lecz w bliskości linii sutkowej, tym samym trójgrańcem. Wypuszczono  $1\frac{3}{4}$  litra płynu zupełnie podobnego do poprzedniego, tylko silniej ścinającego się po wypuszczeniu. Granice wysięku obniżyły się prawie jak po 1-iej operacji, oddech stał się swobodniejszym, tętno regularniejszym. Objawów,



jak po pierwszym przekłuciu, w dalszym ciągu nie było. W kilka dni potem wysięk znowu stopniowo zaczął się powiększać, jako też wystąpiły i inne objawy rozstroju kompensacji wady serca (*ascites, oedema scroti* i t. p.). D. 5. X. chory, jak się dowiedziałem później, umarł.

Przypadek ten uważam za bardzo ciekawy pod względem objawów, które wystąpiły po pierwszym przekłuciu opłucnej.

D-r med. Wojciechki.

Obfite wyrzucanie płwociny, zaraz po przekłuciu klatki piersiowej (*thoracocentesis*), znane jest w literaturze lekarskiej pod nazwą: *expectoration albumineuse*.

Na objaw ten lekarze francuzcy pierwsi zwrócili uwagę, następnie angielscy. Autorowie niemieccy, piszący nawet obszerne monografie, o wysięku opłucnej i o leczeniu za pomocą przekłucia, mimochodem tylko wspominają o tym objawie, a w polskiej literaturze, jeżeli mnie pamięć nie myli, nie mieliśmy dotąd opisanego ani jednego podobnego przypadku.

Zaznaczyć tu wszakże muszę, że w 1875 r. GROSTERN podał dość obszerne sprawozdanie z danej kwesji w dziele zbiorowem p. t. „Przegląd postępu nauk lekarskich za 1873 r.“, a DUNIN krytycznie rzecz tę rozebrał w naszym piśmie w r. 1882 w pracy o operacyjnym leczeniu wysięków opłucnej.

Jak już wyżej wspomniałem, francuzi pierwsi, a między innymi TERILLON, zwrócili uwagę, że w niektórych przypadkach, po przekłuciu klatki piersiowej i wypuszczeniu płynu z opłucnej, chory przez czas krótszy lub dłuższy wyrzuca w obfitej ilości płwocinę śluzowo-białkową. Niektórzy nawet np. FERRAND, który podaje swą własną historję choroby, opisują, że przy słabem zapaleniu opłucnej, bez objawów znacniejszego wysięku, zdarzyć się może, iż chory wypłwca przez kilka dni bardzo obficie płwocinę białkową. W każdym razie kwestyja ta pod nazwą: *expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentese*, była przedmiotem licznych dyskusyj w r. 1873 na posiedzeniach Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu, a następnie dała powód do pojawienia się kilku obszernych prac w tym kierunku.

Co się tyczy samego objawu, to takowy może wystąpić albo w postaci lekkiej i trwać tylko krótki czas, albo w postaci poważniejszej, a wówczas bywa połączony z dusznością i z oznakami asfyksji. Znane są wreszcie przypadki, które zakończyły się śmiercią. We wszystkich przypadkach płwocina, między innymi, zawierała mniej lub więcej obfitą ilość białka.

Co się tyczy sposobu powstawania, to zdania były podzielone. Jedni [FEREOL, WOILLEZ i inni] sądzili, że wykrztuszanie dużej ilości płwociny, po przekłuciu klatki piersiowej i wypuszczeniu wysięku, zależy od przedziurawienia opłucnej trzewiowej i od przedostania się wysięku z jamy opłucnej do płuc i oskrzeli. Inni zaś [HÉRARD, MOUTARD-MARTIN, DUJARDIN-BEAUMETZ, FERAND, DESNOS, BEHIER, REVILLAUT, DRIVON i t. d.], opierając się na dokładnych spostrzeżeniach, na oględzinach pośmiertnych, oraz na rozbiorach chemicznych, stanowczo odrzucają powyższą hipotezę i przyjmują, że objaw ten zależy od obrzęku płuc, który powstaje wskutek oswobodzenia cyrkulacji w uciśniętem dotąd płucu i wskutek podrażnienia owej części płuca przez powietrze, które na nowo do niej zaczyna wchodzić.

Podobnie mniej więcej na pomienioną kwestyję zapatrują się i angielscy lekarze. JOHNSON np. tłumaczy ten objaw w sposób następujący: z powodu ucisku, jaki wywiera wysięk w jamie opłucnej na płuca, tworzą się w drobnych żyłach płucnych małe skrzepy. W chwili, kiedy wysięk usuwamy, a powietrze wchodzi na nowo do oskrzeli, oskrzelików i pęcherzyków płucnych, naczynia włosowate, leżące za żyłami zatkanemi przez skrzepy, muszą nadmiernie prze-

pełnić się krwią, powstaje więc przekrwienie naczyń włosowatych a następnie — przesiękanie surowicy do oskrzeli, ztąd i płwocina białkowata.

Zresztą, mojem zdaniem, dowodem najbardziej rozstrzygającym patogenezę wzmiankowanego objawu, stanowią rozbiory chemiczne jakościowe i ilościowe, jakie zostały przez niektórych autorów wykonane, a mianowicie przez DUJARDIN-BEAUMETZ'a, LABOULBÉNE'a i DRIVON'a. Otóż, wszystkie te badania chemiczne wykazały, że jakkolwiek płwocina obficie wykrztuszona po przekłuciu klatki piersiowej, zawiera również białko, jak i sam wysięk, jednakże różnice co do składu jakościowego innych składników, oraz co do składu ilościowego nawet i samego białka są tak wybitne, że nie podobna płwociny wzmiankowanej i wysięku przyjąć za jedno i toż samo.

Dla tego też sądzę, że i w przypadku opisanym przez D-ra WOJCIEDZKIEGO, obfita płwocina po przekłuciu klatki piersiowej zależała od obrzęku płuc.

Wiktor Grostern.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 1 Lutego 1887 r. kolega MEYERSON odczytał rzecz. „O zupełnem błonistym zarosnięciu nozdrzy tylnych“.

Zboczenie to należy do bardzo rzadkich; na przeszło 2000 chorych, u których szczegółowo badał jamy nosowe, M. spotkał się z nim tylko raz jeden. — Przytoczywszy spostrzeżenia tego rodzaju SCHROEDER'a, SEMONA, CHIARIE'go i innych, M. opowiada przypadek spostrzegany przez siebie. U 37-letniej kobiety, skarżącej się na suchość i uczucie ciała obcego w gardle, M. zauważył iż oddychanie odbywa się wyłącznie ustami a bliższe zbadanie jam nosowych wykryło, iż nozdrza tylne zasłonięte są błoniastą przegrodą, rozciągającą się od dolnego brzegu nozdrzy tylnych aż do sklepienia gardzieli i zlewającą się z bocznymi ścianami tejże, tak iż skutkiem tego nie widać ani tylnych nozdrzy, ani otworów trąbek EUSTACHIUSZA; prócz tego, znaleziono u chorej nieżyty uszu i dróg oddechowych. Kol. M. wypalił najpród w błonie otwór żegadłem galvano-kaustycznym, a następnie wprowadziwszy do otworu tego palec przez jamę ustną, oddzielił błonę na całej przestrzeni od ścian gardzieli.

Na podstawie spostrzeżeń innych autorów i swego przypadku, kol. M. skreślił obraz kliniczny tego cierpienia. — Pomijając przypadki przymiotu i t. z. śluzotoku STOERCK'a, większość błon tych powstaje jeszcze za życia zarodkowego, w przypadku SCHROEDER'a i kol. M. okres powstania nie daje się ściśle skreślić. Trudno również na zasadzie spostrzeżeń klinicznych rozstrzygnąć, czy zrosnięcie to jest następstwem blizny w okresie zarodkowym, czyli też jest wprost zboczeniem w rozwoju, w myśl doświadczeń ZIEM'a wykonanych na zwierzętach, że przy zatkaniu jednej jamy nosowej następuje wstrzymanie w rozwoju odpowiedniej połowy kości twarzy; wąskość jam nosowych, jaką spostrzegano w przypadkach zarosnięcia nozdrzy tylnych, przemawia za wczesnem powstawaniem tego zboczenia. Objawy wspólne są wszystkim cierpieniom, połączonym z zatkaniem jam nosowych: usta otwarte, wyraz twarzy głupkowaty, głos nosowy, upośledzenie odżywiania, a także zmiany nieżytowe w uszach, brak węchu i upośledzenie smaku. — Co do własności anatomicznych błony, to takowa bywa cienką i mniej lub więcej zbitą, w niektórych razach bardzo odporną, tak, iż nie daje się przebić zgłębnikiem. Rozpoznanie może być dokonaniem tak, za pomocą rynoskopii, przyczem pomocnem jest wprowadzenie zgłębnika do jam nosowych i współcześnie rynoskopowanie lub wprowadzenie palca do jamy noso-gardzie-

lowej. Leczenie tylko operacyjne, polegające na zrobieniu otworu w błonie [galwanokoustyka] lub na całkowitem jej usunięciu.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. SOKOŁOWSKI opisał przypadek podobnego zarośnięcia nozdrzy, spostrzegany przez siebie w ambulatoryjum szpitala Ś-go Duchą; kobieta, 51-letnia, cierpiąca od lat trzech na niezyt nosa, od lat dwóch poczęła doznawać silnych bólów głowy i niezmiernego utrudnienia przy oddychaniu przez nos. Badanie nosa za pomocą rynoskopii przedniej, jak również badanie gardzieli nie dało żadnych wyników, prócz skonstatowania lekkiego zaczerwienienia błon śluzowych, rynoskopii tylnej nie można było dokonać z powodu niezmierniej drażliwości chorej. Wprowadzając przez nos do jamy noso-gardzielowej cienką sondę, kol. S. zauważył, że takowa pokryta jest cieniutką błonką, po wprowadzeniu palca od tyłu, przekonał się, że błona istnieje w obu tylnych otworach nosa. Bardzo proste leczenie, polegające na przebicciu błon grubym zgłębnikiem i wprowadzeniu grubego drenu, odrazu spowodowało ulgę chorej, która w następstwie całkowicie została wyleczoną; bóle głowy i utrudnienie oddechu zupełnie ustąpiły. Kol. MODRZEJEWSKI zapytuje kol. MEYERSONA, czy smak i węch były zachowane w jego przypadku, oraz czy takowe po operacyi powróciły, zaznacza przytem, że w zrostach tylnych otworów nosa z tylną ścianą gardzieli, które bywają pochodzenia przymiotowego, leczenie operacyjne nie bywa tak łatwem, jak w przypadkach opisanych dzisiaj, z powodu możliwości obfitych krwotoków.

Kol. DOBRZYCKI zakomunikował rzadki przypadek wątroby wędrującej, spostrzeganej wraz z kol. DZIERZBICKIM w Sławucie u 28 letniego gajowego. Chory ten przed trzema laty zaczął doznawać bólów w brzuchu i po pewnym czasie uczuł w dolnej okolicy brzucha guz, który jednak po przeleżeniu w łóżku przez dwa tygodnie zupełnie zniknął; po wzięciu się na nowo do pracy, połączonej przy jego zajęciu z ciąglem chodzeniem, guz ten zjawił się znowu i od tej pory trwa ciągle. Ogólny stan chorego w chwili badania, powtarzanego kilkakrotnie, był bardzo nieszczególny, wycięnczenie dość znaczne, brzuch obwisły, jakby u kobiety ciężarnej w ostatnich miesiącach ciąży; w dolnej okolicy brzucha wyczuwał się guz duży, półkulistej postaci o gładkiej powierzchni i ostrych brzegach, guz można było wyczuć między wżgórkim łonowym i pępkiem, guz ten częściowo dawał się odprowadzać. Granice prawego płuca były obniżone, zjawiska wysłuchowe jednak najzupełniej prawidłowe. Śledziona była prawidłowa, na miejscu wątroby wypukiwanie dawało odgłos podobny do odgłosu „średnio wypełnionego żołądka“, przy obmacywaniu zaś palce można było wprowadzić głęboko pod brzeg żeber. Zestawiając wyniki badania i rozwój cierpienia, kol. D. doszedł do wniosku, że ma do czynienia z wątrobą, która obsunęła się ze swego zwykłego miejsca, że więc guz w dolnej okolicy brzucha jest w ą t r o b ą w ę d r u j ą c ą. Kol. D. tłómaczy sobie, że wątroba wykonała  $\frac{1}{4}$  obrotu około osi, tak iż górna jej powierzchnia stała się przednią, a dolna tylną i następnie opuściła się do dolnej okolicy brzucha; opuszczenie to bez zaburzeń w cyrkulacyi i bez naruszenia całości *lig. suspensorii* prawdopodobnie nastąpić nie mogło.

W dyskusyi kol. FABIAN zaznacza, że wogóle rozpoznawanie guzów w jamie brzusznej należy do rzeczy najtrudniejszych w dziedzinie dyjagnostyki, zwłaszcza powiedzieć to trzeba o rzeczy tak rzadkiej, jak *hepar migrans*, do czego niezbędnem jest, aby narząd ten dał się zupełnie swobodnie odprowadzać na swe zwykłe miejsce i aby w tem ostatniem dowieść można innego narządu, *respective* kiszki lub żołądka. W znanyim przypadku MUELLER'a [1874], gdzie za życia rozpoznawano dwa guzy w brzuchu, jeden przyjmowany za guz jajnika, drugi zaś dający się odprowadzać za wątrobę wędrującą, sekcyja wykazała, że guz jajnika istniał rzeczywiście, mniemana zaś wątroba wędrująca okazała się konglomeratem sieci i kiszki zrosniętych razem w wielki pakiet. Powstawanie

narządów wędrujących w ogóle może mieć miejsce wówczas, gdy nastąpi osłabienie i zwiótczenie ścian brzusznych, jest więc przeważnie i prawie wyłącznie udziałem kobiet, które już rodziły, jakkolwiek i uraz (*trauma*) może być niekiedy przyczyną choroby, gdy jednak istnieje do pewnego stopnia i zwiótczenie ścian brzucha. F. opisuje po krótko przypadek, spostrzegany w Dąbrowie górniczej, w którym robotnik wycieńczony po przebytem zapaleniu nerek [ogólna *anasarca*] upadł z wysokości 15 metrów, przyczem prawdopodobnie musiał nastąpić wylew krwawy, gdy po 4 tygodniach chory zmarł, sekcja wykazała obniżenie wątroby mniej więcej na 4 palce, czego przed upadkiem nie było. — Kol. DUNIN zaznacza, że przypadek zakomunikowany przez kol. DOBRZYCKIEGO jest bardzo niezwykle, a ponieważ chory żyje, nie więc pewnego, co do rozpoznania powiedzieć nie można. Nie było w danym przypadku ani łatwości odprowadzenia guza, ani też w miejscu wątroby nie otrzymano jasnego tympanitycznego odgłosu, właściwego pętlicy kiszki grubej, która powinna by była być na miejscu odsuniętej wątroby. Nie można sobie wytłómaczyć mechanizmu odsunięcia się, jak go podaje kol. DOBRZYCKI, bez tego, żeby nie zostało rozerwanem *lig. gastro-hepaticum i coronarium* i aby następnie znaczne wydłużenie się naczyń wątrobowych nie spowodowało zatkania takowych. Wogóle nie zbędnem jest widzenie i zbadanie chorego, aby coś pewnego o tym przypadku powiedzieć można. — Kol. DOBRZYCKI odpowiada co do repozycji guza, że takowa z początku istniała, gdyż sam chory opowiadał o zniknięciu gdy leżał przez dwa tygodnie w łóżku, co zaś do możliwości zmian cyrkulacyjnych i rozerwań więzów w czasie powstania wędrującego narządu, to nie przeczy, że takowe mogły mieć miejsce, lecz następnie mogły rozwinać się zrosty które wątrobę w tej pozornie niemożliwej pozycji umocowały. Ma wreszcie nadzieję, że chorego będzie mógł przedstawić kiedyś na posiedzeniu towarzystwa.

W dalszym ciągu dyskusji kol. JAWDYŃSKI zaznacza, że wobec tego, iż przypadek jest ciekawy, lecz niejasny, dobrze byłoby zrobić próbną laparotomię w celu rozpoznawczym, na zarzut zaś kol. ZAGÓRSKIEGO, że laparotomię mogłaby wówczas być wskazaną, gdyby można od niej oczekiwać wyników leczniczych, a tu mając o czynieniu z wątroba, jest to niemożliwe i chyba tylko przypuszczając istnienie nowotworu, czego znowu przyjąć nie można ze względu na nagle powstanie guza, możnaby liczyć na lecznicze działanie — kol. JAWDYŃSKI odpowiada, że laparotomija jest wobecnej chwili tak dobrym, uznanym środkiem rozpoznawczym jak i inne, a zresztą może być, iż zabieg ten mógłby być równocześnie zabiegiem leczniczym, gdyż bardzo możebnem jest, że ów guz jest właśnie nowotworem, czemu wcale raptowne powstanie przeczyć, nie może, mógł rosnać powoli, nie zwracając uwagi chorego, w pewnej zaś sprzyjającej chwili nagle urosć; przypadki podobne często napotkać można. — Z kolegów zabierających jeszcze głos, kol. GOLDFLAM zupełnie sobie tłómaczy możność powstania guza tak, jak opisuje kol. DOBRZYCKI i nie może zrozumieć, czem by mógł być wziankowy guz jak nie wątroba, kol. HEWELKE zaznacza, że obrót wątroby około osi bocznej jest ogólnie przyjmowany, np. przy wysięku w opłucnej prawej, obrót ten następuje ku przodowi lub ku tyłowi, może to tłómaczyć początek cierpienia. — Co do tej kwestyi to kol. DUNIN zaznacza, że obrót taki zdarzyć się może tylko w innym kierunku, około osi przednio-tylnej, lewy płat może iść ku górze, a prawy ku dołowi i odwrotnie. Co do obrótu, o jakim mówił kol. DOBRZYCKI, to przy zmianie brzegu tylnego na górny więzy, utrzymujące wątrobę, a zwłaszcza *lig. suspensorium* muszą być konieczny przerwane; widząc na sekcjach, jak mocne, trudne do przerwania są więzy utrzymujące wątrobę, nie mógł sobie wyobrazić w jaki sposób mogłyby tak łatwo uleść przerwaniu. W ogóle jest zdania, że ruchome organa powstawać mogą li tylko powoli w skutek warunków powolnie i ciągle działających, nie zaś nagle od przyczyny urazowej. W końcu kol. DOBRZYCKI zaznaczył, że bardzo mo-

żebnem jest, iż takie opuszczenie, o jakim była mowa, u osobnika całkiem zdrowego nie mogło by nastąpić, lecz w chorym, wycieńczonym ustroju warunki są całkiem inne.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Od pewnego czasu rozechodziły się wieści, że prof. MIKULICZ z Krakowa zamierza opuścić dotychczasowe stanowisko i przenieść się do jednego z niemieckich uniwersytetów. Niestety wiadomość ta się sprawdziła: prof. MIKULICZ przyjął proponowane mu miejsce profesora Uniwersytetu w Królewcu. Jako główną przyczynę opuszczenia Krakowa, prof. MIKULICZ podaje, iż nie mógł się doczekać wybudowania [postanowionego w zasadzie] odpowiednich stanowi nauk i potrzebom nauczania klinik. Fakt ten smutnie ilustruje opiekę rządu wiedeńskiego nad Galicyją. Profesor MIKULICZ jest niewątpliwie dziś jednym z najpierwszych chirurgów, w czasie zaś pięcioletniej swej działalności rozwinął w Krakowie niesłychaną energiją, wpłynął w niebywały sposób na ożywienie piśmiennictwa naszego, wychował kilku zdolnych uczniów i niewątpliwie okrył sławą krakowski Uniwersytet. Nie możemy też znaleźć dość słów oburzenia, że ministerjum nie zrobiło wszystkiego, dla zatrzymania w Uniwersytecie Jagiellońskim tak pierwszorzędną siłę i nie uczyniło zadość słusznym żądaniom profesora MIKULICZA. Z drugiej jednak strony nie możemy przemilczeć tego, że prof. MIKULICZ spotkał nietylko w Galicyi, ale również dobrze w Królestwie jak i Poznańskiem tyle sympatyj i poparcia zarówno ze strony lekarzy jak i społeczeństwa jak rzadko to bywa udziałem lekarza; można śmiało powiedzieć, że od czasów DIETLA nie było u nas nazwiska lekarza równie popularnego jak prof. MIKULICZA. Nie ulega też wątpliwości wcale, że dopiero pobyt w Krakowie, dając prof. MIKULICZOWI samodzielne pole do pracy, dał mu możność wyrobienia sobie tego naukowego stanowiska, jakie obecnie zajął. Dziś prof. MIKULICZ z lekkim sercem opuszcza kraj, który bez przesady mówiąc przyjął go, jak marnotrawnego syna i ani na chwilę mu nie pamiętał, że on kiedyś o nim zapomniał; prawdopodobnie też opuszcza go bezpowrotnie i już dla niego nie będzie miał okazji pracować. Nie możemy z tego robić wyrzutów prof. MIKULICZOWI, że przenosi się tam, gdzie się dlań szersze otwierają widoki, mimowoli jednak nasuwa nam się na myśl porównanie z innym, również pierwszorzędnym chirurgiem, VOLKMANN'em, który aby nie zrywać węzła sympatycznego wiążącego go z miastem, które mu dawało wiele oznak przywiązania, wolał pozostać na partykularzu i w starych klinikach, aniżeli przenosić się do pierwszorzędnej stolicy i pierwszego w Niemczech Instytutu klinicznego.

— Zmarł w Nicei D-r HIPOLIT PRZEZDZIECKI ceniony bardzo praktyk we Francensbadzie.

Poseidzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek, dnia 15 Lutego 1887 r. o godz. 6½ wieczorem.

- 1) MAJKOWSKI Sprawozdanie Komitetu do rewizyj rachunków kasy Towarzystwa Lekarskiego i kasy wsparcia, za r. 1885.
- 2) GARBOWSKI. Uwagi o mięśniu.

### NADEŚLANO DO REDAKCYI:

RUMSZEWICZ. Mięśnie śródoczne u ptaków. Kraków. 1886.

— Przyczynek do kazuistyki polowicznego widzenia skroniowego (*hemianopia temporalis*) [Odbitka z Przegl. lek.].

PERKOWSKI. O zszywaniu nerwów wraz z opisem wypadku zaszycia następeznego nerwu pronieniowego, przerwane go postrzałem w górnej barkowej części poniżej wyjścia jego ze spłot u ramieniowego. [Odbitka z Medycyny].

DANTEO. K uczeniu o predskazanii pri duszewnych bolezniach. [Odbitka z Wraeza].

# PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularnie j.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 "	6 "
kwartalnie	2 " 20 "	1½ "	4 "

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Premeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Gethner i Wolf, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104<sup>bis</sup> 6—5

## MEDYCYNĄ

CIASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,

redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche

w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 3. Przegląd bibliograficzny. 4. Korrespondencje z kraju i z zagranicy. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

**Przedpłata wynosi**

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska № 80.**

6—5

## KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów

Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów **Hewelkego i Krajewskiego**. Wydawca D-r **Sierpiński**.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 2 kop. 50

półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracji i Ekspedycyi Marszałkowska 116

6—4

# PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących przeszło 40 arkuszy druku. Pomieszcza prace oryginalne z różnych działów medycyny w obszerniejszym zakresie oraz protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego. Cena prenumeracyjna 3 ruble rocznie wraz z przesyłką. Prenumeratę wносить można do redakcyj wszystkich czasopism lekarskich wychodzących w Warszawie, najlepiej zaś do Redakcyi Pamiętnika pod adresem:

D-r Jawdyński  
Warszawa, Chłodna 8.

0—3

## „ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcyą J. Polaka.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach.

## Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-jej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

## LEKARZ

z kapitałem 9500 rs. może przyjąć udział w nader korzystnej spółce,

1—1 Oferta Pańska 38 m. 7 od 3 do 5.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## GRZYBKIE CHOROBY WÓRCZE

napisał

**Maryjan Jakowski,**

*b. asystent kliniki dyjagnostycznej.*

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIIA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0-2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

## CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

*prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0-2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0-3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

## TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119.

0-4