

# 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 zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

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

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

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

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

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

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

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

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

# KRONIKA LEKARSKA.

2-1

## Miesięcznik poświęcony przeglądowi postępów Umiejętności Lekarskich.

Wychodzić będzie i w następnym roku 1888, a 8 swego istnienia według tegoż samego programu jak dotychczas i w tej samej formie zeszytami objętości od 4 do 5 arkuszy druku.

Każdy zeszyt zawiera i obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedynczych z najcenniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich i wiadomości bibliograficzne.

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

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 2 kop. 50

półrocznie rs. 3.

Redaktor D-r Otton Hewelke Ś-to-Krzyzka 25. Wydawca D-r K. Sierpiński Marszałkowska 116.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0-6

**Dr. M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33.

0-4

## D-r E. Reichstein,

po powrocie z zagranicy, przyjmuje jak dawniej z chorobami chirurgicznymi

(specyjalnie ortopedyja i massaż), od 4-6. Ś-to Jerska 30.

3-3

13 rok. „Russkaja Medicina” rok 13.

ROK 1888.

Pismo poświęcone wszystkim gałęziom nauk lekarskich i kwestyjom bytu lekarzy.

Wychodzi cztery razy na miesiąc w Niedziele.

pod redakcją Prof. N. P. Iwanowskawo i P. A. Ilinskawo przy współudziale wielu profesorów i lekarzy.

Pismo zawiera: 1) Prace oryginalne i Odczyty, 2) Kazuistykę, 3) Postępy medycyny, 4) Bibliografję i krytykę, 5) Od Redakcyi, 6) Wykłady szpitalne, 7) Kronikę, 8) Korespondencye, 9) Doniesienia urzędowe, 10) Doniesienia o wakansach i t. d

Cena prenumeracyja pozostaje jak przedtem, to jest za rok z przesyłką 8 rubli. Prenumeratę przyjmuje Kantor Redakcyi — Ś.-Petersburg ul. Iwanowskaja N. 12.

### Redakcyja wydała nowe książki:

„Sbornik zakonow dla wraczej. weterinarow, farmaceutow, feldszerow i akuszerok. 2 tomy, cena 6 rubli, oraz: „Wraczebnij jezegodnik“ na 1888 rok, cena 1 r. 25 kop.

Kto zażąda wszystkich wydawnictw, winien przysłać 15 rubli, a wtedy kosztą przesyłki ponosi wydawca.

4-1

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. A. RAPPEL. Floroglucyno-wanilina, odczynnik na wolny kwas solny w zawartości żołądka. — II. I. GRUNDZACH. Kilka słów o nowym odczynniku na kwas solny w zawartości żołądka. — III. I. ZABŁUDOWSKI. Przyczynki do techniki i wskazań dla mięsienia. — IV. G. WILLENZ. Farmakologiczno-doświadczalne badania nad salolami. Doniesienie I. [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie*. 12. Oznaczenie ilości białka w wysiękach i przesiekach sposobem REUSS'a. — 32. *Dział sprawozdawczy*. O. ROSENBACH. O stosowaniu przetworów sporyszu w niektórych chorobach serca. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU D RA GROSZTERNA W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## I. FLOROGLUCYNO-WANILINA,

odczynnik na wolny kwas solny w zawartości żołądka.

podał

**Adolf Rappel,**

asystent tegoż oddziału.

Z dwóch składowych części soku żołądkowego przy chemizmie trawienia szczególną zwracamy uwagę na kwas solny. Przyczyna tego leży z jednej strony w braku metody, która powalalaby na bezpośrednie określenie ilości pepsyny, z drugiej w tem, że wydzielanie pepsyny zwykle idzie w parze z wydzielaniem kwasu, większa zaś część zaburzeń żołądkowych zależy wprost od braku lub nadmiaru tego ostatniego. Gdy więc o pepsynie sądzimy jedynie ze skutku jej działania, dla oznaczenia kwasu solnego istnieje cały szereg metod. Między niemi jednak nie ma ani jednej, która byłaby zupełnie wolną od zarzutów; gdy idzie o ilości kwasu solnego prawidłowe lub wyższe, każda z nich daje dobre wyniki, inaczej jednak rzecz się ma przy ilościach małych. Tropeolina, jeden z najdawniejszych i najbardziej rozpowszechony odczynnik, zmienia barwę swą nie tylko od kwasu solnego, lecz i od kwasów organicznych, nawet mało stężonych: 0,05% kwasu mlecznego w wodnym roztworze daje bardzo wyraźne zbrunatnienie odczynnika. W przypadkach więc, gdzie w żołądku wskutek nieprawidłowych fermentacji gromadzą się kwasy organiczne, stwierdzenie obecności małej ilości kwasu solnego staje się niemożliwym, a na tem wszak często zależy. Jakkolwiek bowiem brak kwasu solnego przestał być uważanym za objaw patognomoniczny dla raka żołądka, wskazuje on jednak na ciężkie cierpienie, na zniesienie czynności wydzielniczej błony śluzowej. To samo odnosi się do

nowego barwnika anilinowego, kongo, który w roku zeszłym przez HOESSLIN'a wprowadzony został do badań żołądkowych i znalazł w postaci papierków odczynnikowych szerokie zastosowanie: jeszcze 0,025% kwasu mlecznego daje wyraźny odczyn. Nie słusznie więc postępuje RIEGEL, gdy w szeregu prac swych unosi się nad tym odczynnikiem i zaleca go lekarzom praktycznym, jako jedyny odczynnik na kwas solny, na wskazówkach którego polegać mają. Prawda, że ciemno-niebieskie zabarwienie zawsze jest zależne od kwasu solnego, lecz czy od niego również zależy słabsze zabarwienie, z odcieniem fioletowym, prędko znikające, gdy jednocześnie otrzymujemy wyraźny odczyn na kwas mleczny, w każdym pojedynczym przypadku nie da się stanowczo orzec. Temu prawdopodobnie przypisać należy, że w ostatniej swej pracy (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. XII. 5.) RIEGEL znów wraca do fioletu metylowego.

Jeśli tropeolina i kongo mogą doprowadzić do fałszywego wniosku o obecności kwasu solnego tam, gdzie go wcale nie ma, to odwrotnie ma się rzecz z barwnikiem metyl-fioletowym, który wprawdzie nie zmienia się od zwykłych ilości kwasu mlecznego, jakie możemy znaleźć w żołądku, lecz za to jest odczynnikiem stosunkowo mało czulym: kwas solny w roztworach wodnych tylko do 0,05% daje się nim oznaczyć z pewnością, w pewnych zaś warunkach, mianowicie przy nagromadzeniu w zawartości żołądkowej peptonów, większe nawet ilości mogą się nie uwidatnić. Mniejsze ma znaczenie fakt, że niektóre inne ciała mogą dać odczyn, np. neutralne roztwory soli, ilość ich bowiem nie dosięga nigdy w żołądku potrzebnego do tego stopnia. Ponieważ właśnie na braku odczynu metylfioletowego oparł RIEGEL swe zdanie (*resp. v. d. VELDEN*) o stałym braku kwasu solnego u chorych z rakiem żołądka, nie dziw więc, iż napotkał na zaciętą opozycję CAHN i MEHRING, wykazawszy wadliwość fioletu metylowego, doszli do wprost przeciwnego wniosku, że przy raku żołądka stale się znajduje kwas solny. Spór ten nie może być rozstrzygnięty w ten sposób, w jaki próbuje to robić THIERSCH, zmieniając zdanie RIEGEL'a o braku wolnego kwasu solnego przy raku na brak odczynu z fioletem metylowym: na tak kapryśnym odczynniku wniosków budować nie należy.

Inne metody, służące do oznaczenia kwasu solnego w miazdze pokarmowej, są o tyle złożone, że praktycznego zastosowania mieć nie mogą. Zwłaszcza stosuje się to do najnowszej z nich t. zw. cinchoninowej CAHN i MEHRING'a, która uchodzi za najdokładniejszą; pomimo tego i ją spotkały poważne zarzuty. HONIGMANN i v. NOORDEN, badając tym sposobem zawartość żołądka u chorych z rakiem żołądka, otrzymywali wprawdzie po oddaleniu kwasów lotnych i mlecznego pozostałość, oddziaływającą na lakmus kwasno, która jednak wcale nie wykazywała własności wolnego kwasu solnego, nie trawiła bowiem białka i nie dawała odczynu z barwnikami anilinowymi; to więc zdaje się przemawiać za słusznością zdania RIEGEL'a.

Okazuje się zatem, że brak dotychczas sposobu, któryby, przy łatwości zastosowania, pozwalał z całą pewnością na określenie małych ilości kwasu solnego w zawartości żołądka.

W Nr. 40 *Ctrbl. f. kl. Med.* ALFRED GUENZBURG opisał nowy odczynnik na kwas solny: jest nim roztwór floroglucyny i waniliny w absolutnym wysokoku

(*Phloroglucini* 2.0, *Vanillini purissimi Merk.* 1.0, *Alcoh. absol.* 30.0). Na myśl z  $\frac{1}{2}$  stosowania go do badań żołądka naprowadziło go przypadkowe spostrzeżenie WIESE'go, że drzewo sosnowe, zmoczone floroglucyną, pod wpływem kwasu solnego przybiera barwę czerwoną. W następstwie okazało się, że wytwarza się przy tem krystaliczne połączenie, w którym prócz floroglucyny i kwasu bierze udział składowa część drzewa, wanilina.

Chcąc przekonać się o wartości odczynnika, przeprowadziłem z nim cały szereg prób i w tym celu użyłem płynów sztucznie przygotowanych o rozmaitej zawartości kwasów mineralnych, kwasu mlecznego, octowego, alkali, soli i peptonu; jednocześnie zaś stosowałem go do badania płynów, wydobytych z żołądka. Wyniki prób tych są w ogólności zgodne z rezultatami GUENZBURG'a, które nadają odczynnikowi jego bardzo ważne znaczenie.

Jeżeli do kilku kropeł odczynnika dodamy kropelkę stężonego kwasu solnego, to płyn natychmiast przybiera zabarwienie czerwone, naprzód ceglaste, następnie ciemniejsze, zależne od wypadających z roztworu kryształów. Tak samo działają i inne kwasy mineralne: kwas siarczany, azotny i fosforny. Odczyn występuje tak łatwo tylko wtedy, gdy użyjemy stężonych kwasów, przy słabszych zaś roztworach, poczynając od 5%, zabarwienia tym sposobem nie otrzymamy; przyczyną tego jest nadzwyczaj łatwa rozpuszczalność kryształów i ich mała zdolność barwienia. Jeśli jednak do kropli odczynnika w miseczce porcelanowej dodamy kroplę płynu, zawierającego kwas solny, lub kroplę przesącza badanego, zmieszamy je i poddamy ogrzewaniu tak jednak, ażeby się płyn nie zagotował, to w miarę wyparowania płynu znów wystąpi zabarwienie. Przy ilościach kwasu solnego, mniejszych niż 1%, kryształy są zupełnie niewidoczne i sam płyn, który ma kolor blado-żółty, barwy swej prawie wcale nie zmienia; natomiast na tych częściach miseczki, gdzie płyn zupełnie wyparował, występuje zabarwienie mocno-czerwone, rozlane, które najlepiej daje się porównać z odczynem mureksydowym. Stosownie do ilości procentowej kwasu solnego, odcień będzie ciemniejszy lub jaśniejszy; przy  $\frac{1}{10}$  ‰ [0,01%] otrzymuje się zabarwienie różowe, wyraźne jeszcze przy  $\frac{1}{30}$  ‰ kwasu. Tam gdzie idzie tylko o jakościowe określenie, o wykazanie obecności kwasu solnego, wystarczy pierwszy ślad zabarwienia, do czego, przy prawidłowych ilościach kwasu, potrzebne jest ogrzewanie zaledwie w ciągu kilku sekund; przy bardzo małych zaś ilościach, parowanie musi być doprowadzone do końca. Również należy wyparować do suchości wtedy, gdy chcemy wyrobić sobie pojęcie o ilości kwasu: z natężenia zabarwienia, przy pewnej wprawie, bardzo łatwo dojść do przybliżonego do rzeczywistości wniosku. GUENZBURG chciał nadać swej metodzie pewne znaczenie dla określenia ilościowego kwasu, niezależne od stopnia zabarwienia, opisuje bowiem, że przy  $\frac{1}{30}$  ‰, która to ilość według niego stanowi granicę odczynu, zamiast plamistego zabarwienia z widocznymi kryształami, występują już nie prążki czerwone, które uważa za charakterystyczne pod tym względem; w niektórych jednak próbach występowanie prążków lub plam okazało się zależnym nie od tego, jak się w miseczce płyn rozlewał i od sposobu ogrzewania.

Kwasy organiczne: mleczny i octowy, nawet stężone, najmniejszego śladu odczynu nie dają; również nie dają go roztwory soli [chlorki, fosforany, węglany].

Ponieważ mogła powstać wątpliwość, czy przy ogrzewaniu nie wytwarza się kwas solny z kwasu mlecznego i chlorków, przedsięwziąłem więc próby w tym celu, wynik jednak zawsze był ujemny, ani razu czerwonego zabarwienia nie otrzymałem. Dodanie do badanych płynów znacznych ilości peptonów nie wywierało najmniejszego wpływu na odczyn.

Badając wielokrotnie zawartość żołądka u chorych z oddziału kol. GROSZTERNA, któremu za łaskawą pomoc i wskazówki serdecznie dziękuję, otrzymywałem tam, gdzie kwas solny znajdował się w prawidłowych ilościach, za każdym razem zabarwienie bardzo mocne. W jednym przypadku, gdzie odczyunik UFFELMANN'a [kwas karbolowy i półtorachlorek żelaza] wykazywał zaledwie ślad kwasu mlecznego, gdzie zatem cała ilość kwasu, określona za pomocą miareczkowania, mogła być odniesiona do kwasu solnego, odpowiednio rozwadniając przesącz otrzymałem zupełnie pewny odczyn jeszcze przy  $\frac{1}{20}$  ‰ kwasu. W jednym przypadku raka żołądka i u chorej z rakiem wątroby, gdzie jednak brak było objawów ze strony żołądka, pomimo kilkakrotnego badania nie mogłem ani razu znaleźć w zawartości żołądka wolnego kwasu solnego. GUENZBERG również wspomina o jednym takim przypadku. Przemawiałoby to za zdaniem RIEGEL'a, trudno jednak wyłączyć możliwość kombinacji raka z zanikiem błony śluzowej żołądka, tak jak to miało miejsce w przypadku EWALD'a.

Ze wszystkiego się okazuje, że odczynnik GUENZBURG'a odznacza się wysoką czułością i dokładnością: pod ostatnim względem żaden inny z nim porównać się nie może i zastosowanie jego nie przedstawia żadnych trudności. Ma on jeszcze i tę zaletę, że przy nim nigdy nie powstaje wątpliwość, czy istnieje odczyn lub nie, jak to się zdarza z tropeoliną i fioletem metylowym przy mniejszych stopniach kwasowości badanego przesączu: kolor czerwony na białym tle miseczki bardzo się uwidatnia. Wobec tego odczynnik okazują się zupełnie zbytecznymi zarówno tropeolina, jak i barwnik metylfioletowy.

Można płyn GUENZBURG'a zastosować, jak kongo, do otrzymania próby przenośnej; w tym celu należy zwilżyć nim odpowiednio pokrajaną bibułę i wysuszyć ją i następnie w razie potrzeby napuścić kroplę badanego płynu na papierek i zmoczone miejsce ogrzewać nad lampką spirytusową. Wtedy wystąpi w obecności kwasu solnego na papierku zabarwienie czerwone, które jednak, wskutek wilgotności powietrza, prędko płowieje. Ponieważ suszenie zabiera dość czasu, a w praktyce miejskiej idzie zwykle tylko o wykazanie obecności kwasu solnego, można zamiast tego wprost zapalić zwilżoną część papierka i wtedy przed opaloną częścią widać będzie posuwający się naprzód charakterystyczny czerwony rąbek.

## II. KILKA SŁÓW O NOWYM ODCZYNNIKU NA KWAS SOLNY W ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA.

Napisał

**Ignacy Grundzach.**

Wszystkie dotąd używane odczynniki na kwas solny, jak błękit metylowy (*metylviolett*), *gentianaviolett*, *tropeolina*, papier kongo, odczynnik REOCH-MOOR'a [rodanek potasu + octan żelaza] mają tę wadę, że kwasy organiczne w znaczniejszym stężeniu, występujące w pewnych razach w zawartości żołądka, wpływ swój na nie wywierają i odczyn na kwas solny w ten lub ów sposób maskują.

Niektóre z powyższych odczynników, jak np. najdawniej używany błękit metylowy, posiadają prócz tego tę wadę, że różne ciała, w skład zawartości żołądka wchodzące, z jednej strony, nie pozwalają występować odczynowi, gdy kwas solny niewątpliwie znajduje się w owej zawartości, z drugiej zaś mogą wywoływać zmianę barwy odczynnika wtedy, gdy zawartość żołądka wcale kwasu solnego nie posiada. Interesującym, pod tym względem, było badanie, wykonane przezemnie z zawartością żołądka, dotkniętego rakiem odźwiernika. Zawartość ta, o odczynie kwaśnym, barwiła błękit metylowy na kolor niebieski, ale odczyn ten powstawał również i wtedy, gdy płyn zobojętniono, a nawet z lekka zalkaliczowano. Widoczną jest rzeczą, że zawartość ta posiadała jakieś ciało, zmieniające barwę błękitu metylowego. COHN i MEHRING odkryli wiele innych wad, jakie odczynniki te posiadają. Jakkolwiek w wielu razach przedstawiają one cenne środki do zbadania przyrody kwasu, wchodzącego w skład zawartości żołądka, jednakże okazuje się potrzeba posiadania metody badania, któraby niewątpliwie wykrywała obecność kwasu solnego. Metoda, jaką wprowadzili CAHN i MEHRING, oddzielając z zawartości kwasy lotne, wyciągając kwas mleczny za pomocą eteru i oznaczając resztę kwaśnego płynu jako kwas solny, jest zbyt uciążliwą i dla lekarza praktycznego wprost nie wykonalną, jakkolwiek przy ścisłych pracach posiada wszelkie zalety metody dokładnej i pewnej. Ostatnie to zdanie jednomyślnie uznają wszyscy autorowie, którzy badali zawartość żołądka za pomocą tej metody.

Metoda, którą świeżo do badań klinicznych wprowadza GUENZBURG <sup>1)</sup>, jest bardzo prostą. Polega ona na tem, że floroglucyna z waniliną w obecności stężonych kwasów nieorganicznych, *resp.* solnego wytwarza masę krystaliczną barwy różowej. GUENZBURG postępuje w sposób następujący: 2 gramy floroglucyny i 1 gram waniliny <sup>2)</sup>, rozpuszcza w 30 grm. absolutnego wysokoku, przez co powstaje płyn koloru żółtawego. Płyn ten w zetknięciu z płynem, zawiera-

<sup>1)</sup> Eine neue Methode zum Nachweiss freier Salzsäure im Mageninhalt. Centralblatt f. klinische Medicin. Nr. 40, [1887]

<sup>2)</sup> U RUTKOWSKIEGO w Warszawie.

jącym stężony kwas mineralny, zabarwia się na czerwono. Kwasy organiczne tak stężone jak rozcieńczone [mleczny, octowy] odczynu nie dają; chlorki również odczynu nie wywołują; kwasy nieorganiczne w znacznym stopniu rozwodnione na zimno odczynu nie powodują, ale ogrzawszy mieszaninę na parownicze, otrzymujemy piękną różową lub ciemno-czerwoną barwę, zależną od powstawania drobnych kryształków. Ponieważ kwasy, wchodzące w skład zawartości żołądka, są zwykle w znacznym stopniu rozcieńczone, przeto, według GUENZBURG'a, odczyn należy badać przy odpowiednim ogrzaniu mieszaniny, składającej się z jednakowej ilości kropeł odczynnika i przesączonej zawartości żołądka.

Sposób, w jaki najdogodniej próbę wykonywać, jest następujący: do porcelanowej parowniczkii puszcza się jedną kroplę badanego płynu, a następnie nalewa się kroplę odczynnika, miesza się je i po parownicze rozlewa tak, aby płyn ten cienką stanowił warstewkę. Następnie nad lampką spirytusową ogrzewa się zlekka, aby płyn z wolna parował. Różowa lub mocno-czerwona smuga jest dowodem odczynu. Przy ogrzewaniu należy, jak się przekonałem, ciągle zwracać uwagę na parowniczkę, można bowiem chwilę powstawania barwy czerwonej przeoczyć i otrzymać produkty spalania w postaci burych ciemnych plam. Najlepszy nawet odczyn jest bardzo wyraźny i nie pozostawia żadnych wątpliwości, jak to często się zdarza z innymi odczynnikiemami, barwa bowiem czerwona doskonale odbija od białego tła parowniczkii. Dodać muszę, że w razach, gdy odczyn nie występuje, nie należy ograniczać się na jednym badaniu, przekonałem się bowiem, że odczyn występuje niekiedy dopiero za drugą lub trzecią próbą. Stanowi to pewną niedogodność, a zależy, o ile się zdaje, od prędszego lub wolniejszego parowania ogrzewanej mieszaniny.

Z odczynnikiem GUENZBURG'a wykonałem szereg prób, w celu przekonania się o jego wartości dla badań klinicznych. W tym celu badałem zachowanie się odczynnika wobec płynów, zawierających kwas solny w różnych stopniach stężenia, kwas mleczny, kwas octowy, kwas masłowy, kwas mrówkowy, mieszaniny tych kwasów, zawierające przy tem chlorki, peptony, białko rozpuszczone, barwniki żółciowe, śluz rozpuszczony i t. d., dalej badałem przesącz zawartości żołądka w różnych okresach trawienia pokarmu mieszanego. Dla określenia fizjologicznej sprawności żołądka używa się obecnie w pracowni D-ra REICHMANA [w której niniejszą pracę wykonałem] pokarmu mieszanego, złożonego z proszku mięsnego, bułki, wody i soli kuchennej. Na zasadzie dotychczasowych badań, przekonaliśmy się o praktycznej doniosłości tej metody badania, której inne dotychczas używane w wielu względach ustępują. Bliższe szczegóły będą wkrótce przez D-ra REICHMANA drukiem ogłoszone. Oprócz odczynu na floroglucyno-wanilinę, badałem za pomocą wszystkich innych odczynników na kwas solny, które wyżej wymieniłem. To ostatnie miało na celu porównawczą ocenę wszystkich tych odczynników.

Z prób tych wynika, że

1. Kwas solny jeszcze w rozcieńczeniu 0,007% [podług GUENZBURG'a 0,005%], daje barwę różową. Płyn mniej kwasu zawierający, odczynu nie daje.
2. Rozwodnione kwasy organiczne, mleczny, octowy, mrówkowy, masłowy



zarówno jak stężone, odczynu nie dają i nie przeszkadzają występowaniu odczynu na kwas solny, gdy ten się znajduje bądź w roztworze kwasów bądź w zawartości żołądka.

3. Mleczany i chlorki bez lub w obecności kwasów organicznych wpływu na odczynnik nie wywierają.

4. Śluz, barwniki żółciowe, dość znaczne ilości peptonu, dodane do roztworu kwasu solnego lub wchodzące w skład zawartości żołądka, nie przeszkadzają występowaniu odczynu na floroglucyno-wanilinę.

5. Białko rozpuszczone, sztucznie dodane do rozcieńczonego kwasu solnego lub też stanowiące składową część zawartości żołądka, nie przeszkadza odczynowi na floroglucynowanilinę, ale tylko wówczas, gdy białka znajduje się stosunkowo niewiele. Większe ilości białka przeszkadzają występowaniu odczynu, białko bowiem tworzy, jako wiadomo, kwaśny związek z kwasem solnym, a związek ten, jak się przekonałem, nie daje odczynu na floroglucyno-wanilinę. Odczyn ten występuje przy znacznych ilościach białka tylko wtedy, gdy kwasu solnego znajduje się więcej, niż potrzeba do nasycenia owego związku, czyli inaczej mówiąc, gdy w płynie znajdować się będzie wolny kwas solny. O fakcie tym przekonałem się w sposób następujący: do roztworu, zawierającego 0,1% kwasu solnego i dającego piękną czerwoną barwę z odczynnikiem GUENZBURG'a, dodawałem ciał białkowych powoli i za każdym razem badałem odczyn. W miarę dodawania ciał białkowych odczyn widocznie słabł, barwa była coraz bledszą, aż nareszcie przy pewnej dość znacznej ilości ciał białkowych w owym roztworze, barwa czerwona wcale nie wystąpiła, jakkolwiek odczyn płynu był silnie kwaśny i dodać należy, barwił błękit metylowy na kolor niebieski, [na inne odczynniki wpływu żadnego nie wywierał]. Dodanie pewnej nieznaczonej ilości kwasu solnego wywołało wystąpienie odczynu w pierwotnej sile.

Odczynnik GUENZBURG'a pod wielu względami przewyższa inne dotąd używane, pod niektórymi zaś im ustępuje. Wyższość jego zasadza się na tem, że za pomocą niego zwykle prędko i łatwo wykryć można wolny kwas solny, pomimo, że płyn badany posiadać może najróżnorodniejsze składniki, stanowiące treść przesączonej zawartości żołądka, podczas gdy o innych odczynnikach tego bynajmniej powiedzieć nie można. Drugą zaletę odczynnika GUENZBURG'a stanowi czułość, jakiej żaden inny odczynnik z pomiędzy dotąd używanych nie posiada. Przekonałem się, że w czystych roztworach kwasu solnego jeszcze 0,007%, jak wyżej wspomniałem, wykryć się daje za pomocą odczynnika GUENZBURG'a; żaden inny odczynnik na kwas solny, nawet najbardziej czuły REOCH-MOOR'a owych nieznaczonej ilości kwasu solnego nie wykrywał. Na trzy badania, wykonane z zawartością czczego żołądka, dotkniętego rakiem odźwierznika, raz jeden udało mi się wykryć wolny kwas solny, barwa odczynnika była wyraźnie czerwoną. Jest to również dowodem czułości odczynnika, żaden bowiem inny kwasu solnego nie wykrywał.

Niższości odczynnika G. dowiodły badania zawartości żołądka, w których niewątpliwie znaczne ilości kwasu solnego [do 0,3%] nie dawały odczynu [związek z białkiem!], podczas gdy barwiły błękit metylowy na kolor niebieski. Dodać na tem miejscu mogę, że przesącz zawartości żołądka w jednym przy-

padku dawał słaby odczyn na floroglucyno-wanilinę, a odczynnik REOCH-MOOR'a wyraźnie barwił na czerwono. Wniosek, jaki wyciągnąć należy z dokonanych prób, jest następujący:

1. Roztwór floroglucyno-waniliny w wyskoku jest jednym z najlepszych odczynników na wolny kwas solny w zawartości żołądka [obok odczynnika REOCH-MOOR'a].

2. Na próbie tej jednak ograniczać się nie należy. Zawsze należy badać za pomocą wszystkich znanych odczynników. Wynik wszystkich tych prób pozwala nam dopiero wnosić o obecności lub nieobecności kwasu solnego w zawartości żołądka.

### III. PRZYCZYNKI DO TECHNIKI I WSKAZAŃ DLA MIĘSIENIA.

Przez

**D-ra I. Zabłudowskiego,**

asystenta przy królewskiej chirurgicznej klinice uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie

Artykuł niniejszy służyć może jako przyczynek do wskazań dla leczenia za pomocą mięsienia chorób nerwowych pochodzenia obwodowego, jako też przykurczeń spastycznych pochodzenia obwodowego i ośrodkowego. Co się tyczy działania mięsienia na wymienione tu postacie chorobowe, to istniejące pod tym względem zdania są jeszcze bardzo podzielone <sup>1)</sup>. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych można twierdzić, że pomyślne albo niepomyślne skutki leczenia mięsieniem znajdują się w bezpośredniej zależności wyłącznie tylko od sposobu zastosowania tego środka i od ścisłego indywidualizowania każdego przypadku. Jeśli jednak zależność każdego innego środka leczniczego od wymienionych momentów uważaną jest za rzecz zupełnie naturalną, to w praktyce nie ma to bynajmniej miejsca pod względem mięsienia.

Wymienione niżej przypadki przedstawione były przezemnie na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego z dnia 23 Marca r. b.

Pan N., 24-letni, oficer artylerii holenderskiej, posiadający zdrowe płuca i inne narządy, nie podlegający cierpieniom nerwowym, w Kwietniu z 1881 r. podczas ćwiczeń artyleryjskich otrzymał lufą armatnią uderzenie w grzbiet lewej dłoni. Rozporządzając odpowiednimi środkami, chory od samego początku choroby był w stanie używać najtroskliwszej opieki i leczenia, pomimo jednak pozostał tak znaczny ból, że ręka i całe przedramię były zupełnie bezsilne. Przeciерpiawszy trzy lata, podczas których leczył się u lekarzy miejscowych i z polecenia tychże używał bez skutku leczenia elektrycznością i mięsienia, zdecydował się pojechać do D-ra MEZGER'a do Amsterdamu. D-r MEZGER mięsieniował chorego w ciągu 1½ roku bez przerwy, przez 8 miesięcy po trzy razy

<sup>1)</sup> ZABLUDOWSKI: Uwagi ogólne o mięsieniu w chirurgii, jego zastosowaniu i technice. Gazeta Lekarska. Nr. 42. 1884.

— Ibid. Przyczyunki do leczenia za pomocą mięsienia. Gaz. Lek. Nr. 37 i nast. 1886.

dziennie, następnie rzadziej. Stan chorego bynajmniej się nie poprawiał, tak, że w Czerwcu 1886 roku chory pojechał do Groningen, do prof. RANKE'go. Ponieważ ból i objawy porażenia objawiały się głównie w obrębie nerwu łokciowego [mam przed sobą historję choroby z kliniki groningenkiej] i ponieważ leczenie w tejże klinice od Czerwca do Września roku zeszłego nie miało żadnego skutku [opaski gumowe, położenie pionowe, lód] przeto prof. RANKE na początku Września wykonał wyciąganie nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) w miejscu pomiędzy wyrostkiem łokciowym i kłykiem zewnętrznym. Rana zagoiła się *per primam intentionem*, lecz bóle nie ustąpiły. Stosowano przez miesiąc leczenie elektrycznością i mięsieniem po dwa razy dziennie. Przy końcu Października zrobiono nacięcie na stronie łokciowej przedramienia, kilka linii powyżej napięstka. Pokazało się przytem, że *ramus dorsalis nervi ulnaris* zrosnięty był z kością. Odpreparowano nerw od kości. Wkrótce potem bóle zaczęły się nanowo. Znów elektryczność i mięsienie. W Listopadzie zrobiono nacięcie aż do kości, w miejscu gdzie ból był największy, zacząwszy w odległości dwóch palców od stawu napięstkowego; obnażono kość, przyczem się okazało, że w tem miejscu kość była zmiękczoną. Części chore zostały wyskrobane. W Grudniu znów dłutem wyjęto kawałek kości z górnej trzeciej części kości łokciowej, z miejsca, w którem ból ciągle jeszcze pozostawał bez zmiany. Wkrótce bóle wzmogły się do tego stopnia, że chory nie mógł spać pomimo ciągłego używania morfiny; wszelkie ruchy czynne były niemożliwe i ręka, dla uniknięcia bolesnych nader wstrząśnień, noszoną być musiała ciągle na krzyżówce. Chory przez sześciolateczne leczenie upadł zupełnie na duchu i począł spodziewać się uwolnienia od cierpień swoich już tylko przez amputacyję. Pojechał więc do Berlina, gdzie dnia 18 Lutego przyjętym został do kliniki prof. BERGMANN'a i gdzie leczenie jego zostało mnie powierzonom. Chory wzdłuż kości łokciowej, najbardziej zaś pod *condylus internus* i w okolicy stawu napięstkowego, czuł ciągly ból, zmienny tak co do miejscowości, jak i co do rozprzestrzenienia, powiększający się w nocy i przy każdym ruchu. Przy najlżejszem dotknięciu chory drżał z bólu. Palce były sztywne i miały postać szponów (*main en griffe*). Odrętwienie i znieczulenie w małym palcu. Palce i przedramię były ciemnego, niebieskawo-czerwonego koloru, paznogie były łamliwe, na skórze ręki i dolnej połowy przedramienia obrzmienie. Przedramię chorej kończyny szczuplejsze aniżeli na zdrowej stronie, mięśnie ramienia zanikłe, szczególnie mięśnie *biceps* i *triceps*. Ruchy czynne w stawach ramieniowym i łokciowym ograniczone, w napięstkowym i palcowych bardzo nieznaczne, ruchy bierne z powodu bólu niemożliwe. Nastrój duchowy bardzo przygnębiony. Wskutek długiego noszenia krzyżówki, głowa pochylona cokolwiek ku stronie chorej. Ruchomość bierna w stawach ręki i palców, badana w narkozie, okazała się ograniczoną o tyle tylko, o ile obrzęk przeszkadzał ruchom.

Zaczęto systematyczne leczenie mięsieniem z początku raz na dzień. Przy pierwszych zaraz manipulacyjach przekonałem się, że chory bez zbytecznego odczynu mógł znieść szybko przerywane naciskanie poruszającej się w kierunku dośrodkowym ręki, przyczem nawet naciskanie mogło być dośyć znacznem. Zwykłych zaś manipulacyj mięsieniowych (*effleurage, pétrissage*,

*massage à friction*) chory w żaden sposób nie mógł znieść. Różnica pomiędzy temi a tamtymi manipulacjami polega głównie na tem, że przy ostatnich wykonywa się naciskanie ciągle, przy pierwszych zaś naciskanie z przerwami. Można nawet twierdzić, że zapomocą tej różnicy w ciągłości naciskania wprowadzamy do leczenia mięsieniowego, na wzór elektroterapii, dwa czynniki: jeden działający ciągle, drugi zaś działający z przerwami. Podobną manipulację naciskania z przerwami spotykamy już w receptach gimnastycznych nestora leczenia mechanicznego, szweda LINGG'a. Manipulacja ta właściwie przeznaczoną była dla mięsienia higienicznego, wykonywanego na nieobnażonem ciele. Że przy leczeniu chorych części ciała za pomocą mięsienia koniecznie należy skórę obnażać — nie ulega wątpliwości. Mięsienianie nieobnażonej skóry jest raczej nieprawidłowem szczypaniem skóry i mięśni, aniżeli mięsienianiem. Wspominamy o tem dlatego jedynie, że fakt ten nie jest bynajmniej jeszcze powszechnie uznanym. Ci, którzy się uczyli mięsienia u gimnastyków szwedzkich, zapominają zwykle, że szwedzka gimnastyka lecznicza służyć winna wyłącznie tylko jako środek higieniczny i profilaktyczny i że LINGG i jego uczniowie, którzy zresztą nie byli wcale lekarzami, nigdy nie mieli okazji leczyć mniej albo więcej ciężko chorych.

Od trzeciego dnia leczenia mięsieniowego zaczawszy, zwracaliśmy uwagę na to, ażeby chorego powoli odzwyczaić od noszenia krzyżówki. Dnia 3 Marca roku bieżącego nie było już wcale obrzęku, bóle zaś o tyle się zmniejszyły, że wybór manipulacyj mięśniowych był już dosyć obojętnym. Wkrótce chory był w stanie znieść nawet *tapottement*. Wtedy krzyżówka została zupełnie porzuconą i rozpoczęto po dwa posiedzenia mięsienia na dzień, podczas których we wszystkich stawach kończyny wykonywano po kilka ruchów z powiększającym się oporem [ruchy podwójne]. Dnia 10 Marca chory począł ćwiczyć się w pisaniu prawą ręką, której nie używał od początku choroby. Ćwiczenia palcowe jak przy grze na fortepianie. Chory wykonywał samodzielnie zadawane mu ruchy z oporem w stawach łokciowym i ramieniowym w ten mianowicie sposób, że podnosił z podłogi wiadro z coraz większą codziennie ilością wody. 20-go chory był już w stanie rękę ścisnąć w pięść, wtedy też rozpoczęto ćwiczenia hantlami po kilogramie dla każdej ręki. Dnia 23. III. chory został wypisany z kliniki jako zupełnie wyleczony i jako zdolny do dalszego pełnienia służby wojskowej udał się wkrótce potem do swego pułku do Indyj Wschodnich.

Skutek leczenia w tym przypadku przypisać możemy kombinacji mięsienia i ruchów, jako też zastosowaniu manipulacyj do danego poszczególnego przypadku.

Rany po operacji RANKE'go, ropiejące znacznie na początku naszego leczenia, zagoiły się w pierwszych tygodniach leczenia. Zastosowano przy tem następujący środek ostrożności: z początku podczas posiedzeń masażowych, rany pokryte były zwykłą gazą opatrunkową, potem zaś, gdy ropienie stało się mniej znacznem, pokrywaliśmy rany plastrem z gazy bornej (*Bor-Pflaster-Müll*). W tym przypadku trzymałem się tej samej zasady, co i przy leczeniu neruchomości stawów po zapaleniach np. tkanki łącznej, przy których wykonane były

głębokie nacięcia. Nie czekamy bynajmniej, aż rany utworzą zupełnie twarde blizny. W tej chwili np. w leczeniu mojem znajduje się aptekarz p. Dr. W. [zwrócił się do mnie za poradą prof. SONENBURG'a]. Przed pięciu tygodniami wykonano u niego wskutek chronicznej sprawy zapalnej, która trwała 17 lat, wycięcie stawu napięstkowego, przyczem wyjęto 10 ctm. długą część ścięgna *extensoris digitorum communis*. Ziarninująca rana na środku dłoniowej strony przedramienia ma  $1\frac{1}{2}$  ctm. szerokości i 10 ctm. długości. Po pięciu dniach mięśnienia, rana zmniejszyła się o połowę. Wykonywane więc chorą kończyną ruchy nie tylko nie przeszkadzały, lecz przeciwnie wywierały korzystny wpływ na szybkość gojenia się rany, tak, że chory mógł w krótkim czasie zupełnie bezsilnymi dotychczas palcami podnosić z podłogi próżne wiadro blaszane.

Pod wpływem masażu goiły się również bardzo często nader uporczywe do tego czasu przetoki; rozumie się, że w przypadkach takich bardzo ściśle wykonywać należy wszystkie przepisy antyseptyki. Tutaj mięśnienie za pomocą podrażnienia wpływało na szybkość powstawania granulacyj, szczególnie w postaciach atonicznych. Wcześniej zastosowaniem mięśnieniem i połączonymi z niem ruchami udawało się nam utrzymywać daleko większą ruchomość stawów, niż gdybysmy leczenie mechaniczne zastosowali dopiero po utworzeniu się twardych blizn.

Obok trudności leczenia mięśnieniem, które mamy do zwalczania w podobnych do opisanego dopiero co przypadkach, należy uwzględnić i trudności, z którymi się spotykamy przy leczeniu mięśnieniem postaci chorobowych bardziej ogólnej natury. W niżej wymienionych przypadkach na pierwszym planie stoi nie przyczyna miejscowa, lecz raczej ustrojowa. Do rzędu takich należą przypadki, w których mięśnienie mniej albo więcej ogólne stosujemy w celu prędszego postawienia na nogi i powiększenia siły opornej takich chorych, którzy wskutek jakiegokolwiek wycieńczającej choroby przez dłuższy czas pozostawali w łóżku. Idzie tu więc o to, ażeby w przewlekłych przypadkach wogóle umożliwić powrót do zdrowia. Chorobami takimi mogą być: ciężkie zapalenia płuc, opłucnej albo też wszelkie cięższe operacje. Trudności, z którymi się spotykamy przy leczeniu mięśnieniem takich przypadków, były zapewne przyczyną, że wskazanie tego rodzaju dla leczenia mięśnienia dotychczas jeszcze nie zostało ustanowionem.

Na osobie 68-letniego członka parlamentu, p. T. [poleconego mi przez prof. GERHARDT'a] 20 razy wykonaną została litotrypsja. W tętnicach chorego istniało wyraźne zwyrodnienie ateromatyczne. Dwa lata temu miał napad apoplektyczny, po którym wprawdzie się poprawił, ale pozostała mu dotychczas ciężkość głowy, bezsenność i częste napady zawrotu. Na sześć tygodni przed zwróceniem się chorego do mnie, prof. BERGMANN wykonał na nim operację litotomii. Od długiego leżenia na grzbiecie zjawił się silny ból w plecach. Najłżejsze ruchy sprowadzały zupełny upadek sił. Chory czuł zawsze silny chłód w kończynach, które i w dotknięciu były zimne. Skóra goleni i nóg wykazywała i tę jeszcze nienormalność, że przy najłżejszem niezwykłym dotknięciu chorego, drżał „jak gdyby weń piorun uderzył“, oprócz tego dręczyła go ciągła obawa nowego

napadu apoplektycznego. W tym przypadku mieliśmy do czynienia z nadczułością odruchową, która przedstawiała czuciowe i ruchowe zjawiska. Skóra przedstawiała oprócz tego i troficzną nienormalność, mianowicie 20 lat już trwającą *alopeciam universalem*. Głowa, broda, powieki, *regio publica* pozbawione są wszelkiego zarostu.

Wobec istniejącego zwyrodnienia ateromatycznego grozi choremu ciągle niebezpieczeństwo rozerwania jakiego ważnego naczynia krwionośnego, wskutek powiększonego przez mięsienie wewnątrz mózgowego ciśnienia. I w tym przypadku, jak i u oficera holenderskiego, zasadnicze rękoczynny mięsieniowe nie były na miejscu. Natomiast bardzo dobrze znosił nasz chory naciskanie przerywane, wykonywane przez nas skaczącymi ruchami ręki. Po sześciu dniach chory był w stanie opuścić łóżko, po dwóch tygodniach zaś od początku leczenia mięsieniowego mógł wyjeżdżać na przechadzkę, co właśnie było celem naszego leczenia.

Większe daleko trudności miałem niedawno do zwalczenia przy leczeniu 30-letniej panny G. [poleconej mi przez prof. GLUCK'a i D-ra WOLFA], cierpiącej na ciężką historię.

Ogólny stan odżywiania jej był taki, że można było twierdzić, iż składa się ona z samej tylko skóry i kości. Na takiej pozbawionej wszelkiej podkładki tłuszczowej skórze również nie podobna było wykonywać zwykłego głaskania i miętoszenia. Chora dwa lata temu miała ciężkie zapalenie kiszek, po którym pozostała przetoka kiszkowa w lewej pachwinie. Przy zablźnieniu rany tej powstało przykurczenie w stawie biodrowym i zupełna nieruchomość kolana w zgięciu. Przy wszelkiej mniej albo więcej energicznej próbie leczenia następowały napady histeryczne. Najlżejszy nawet czynny albo bierny ruch przy zmianie położenia w łóżku, wywoływał ciężkie napady histeryczne. Napady te występowały w postaci obejmujących całe ciało kurczów tonicznych z utratą przytomności. Napady takie trwały  $\frac{1}{2}$ —3 godzin ku wielkiej trwodze rodziców, również nadzwyczaj nerwowych i drżących z obawy o swoją jedyną córkę. Tym sposobem chora 2 lata przeleżała w łóżku i była do tego stopnia bezsilną, że przez cały czas choroby trzeba było ją karmić. Za pomocą codziennych, z przerwami tylko podczas miesiączkowania, posiedzeń mięsieniowych osiągnięto ten skutek, że chora po 6-ciu tygodniach mogła porzucić łóżko. I tu po pierwszych zaraz posiedzeniach zaczęliśmy ruchy z oporem i za każdą razą zadawaliśmy jako lekeyję kilka prostych ruchów, które podczas naszej nieobecności musiały być ściśle wykonywane. Przy zadawaniu takich lekeyj spotykamy się z następującem zjawiskiem. Chorzy lepszej kategorii, t. j. bardziej energiczni i ślepo ufający swemu lekarzowi i ożywieni szczerą chęcią ścisłego wykonywania wszystkich jego przepisów z rzadkimi wyjątkami [które tu nie wchodzi w rachubę] nie mają wcale własnej inicjatywy. Chorzy tacy sami nie wymyślą sobie nowych ćwiczeń. Każde ćwiczenie, choć nieznacznie różniące się od ćwiczeń ostatnich dni, koniecznie, bez względu na to, czy dobrze czy źle wykonanem być winno raz albo dwa razy w obecności lekarza. U chorych zaś leniwych, zwykle źle wychowanych w ogóle osób, od zadawania takich ćwiczeń niczego spodziewać się nie można. U takich osób należy wszystko robić *stante pede*.

Podczas pierwszych dwu tygodni mieliśmy u naszej chorej trzy ciężkie napady histeryczne, które następowały bezpośrednio po posiedzeniach mięsienia, lecz potem już się nie powtarzały. W siódmym tygodniu rozerwaliśmy pod chloroformem zrosty w stawach biodrowym i kolanowym i następnie umocowaliśmy kończynę na kilka dni nieruchomo w postawie wyciągniętej. Następnie, bez żadnych przerw, mięsieniowaliśmy dalej i wykonywaliśmy bierne i podwójne [ruchy z oporem] ruchy. Do ruchów biernych zaliczam i leżenie chorej na brzuchu po  $\frac{1}{4}$  godziny, raz do 4 razy na dzień. Osiągnęliśmy przez to z jednej strony rozciągnięcie stawu biodrowo-udowego i otaczającej go tkanki bliznowej, z drugiej zaś kardynalną zmianę położenia ciała wogóle i wywołaną przez to zmianę warunków statycznych obiegu krwi w ciele. Jakkolwiek ćwiczenia te w chorej kończynie były bolesne w pierwszych tygodniach po forsownem wyciągnięciu, to jednakże napadów nerwowych już nie otrzymywaliśmy. Zanik mięśni ustąpił we dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, chora mogła przechadzać się po pokoju, podtrzymywana przez służącą. Obecnie, w 4 miesiące po rozpoczęciu leczenia [w ostatnich czasach posiedzenia odbywały się tylko dwa razy tygodniowo] chora bez wszelkiej pomocy przechadza się w swoim mieszkaniu, opierając się na kulach.

Mała pacjentka, 3-letnia E. K. [polecona mi przez prof. MENDEL'a] może służyć jako dowód wpływu, wywieranego przez mięsienie na porażenie pochodzenia ośrodkowego, jako też za dowód wpływu mięsienia brzuszno wogóle. Dziecko to w pierwszym roku swego życia upadło z wysokości mniej więcej dwóch metrów na tył głowy, wskutek czego utraciło mowę i przestało chodzić, tak, że cały rok przeleżeć musiało w łóżku; potem stan jego poprawił się cokolwiek, tak że mogło znowu mówić i chodzić. Przez dłuższy czas zastosowywano elektryczność i kąpiele solankowe, lecz mimo to pozostało nie ustępujące w ciągu ostatnich miesięcy porażenie prawej górnej i dolnej kończyny, wyprostny zrost w prawym stawie golenio-stopowym, jako też spastyczny skurcz mięśni brzusznych. Regularnych wypróżnień dziecko to od owego spadnięcia nie ma wcale i jakkolwiek codziennie robiono irygacje, wypróżnienia następowały tylko raz na 3—4 dni.

Po dwumiesięcznem leczeniu mięsieniem i połączeniem z niem ruchami po 2 razy na tydzień, chwiejny chód chorej znacznie się poprawił, chodzi ona dziś tak, że tylko uważnie się przypatrując zauważyć można pewne niezgrabne przestępywanie z nogi na nogę. Dziecko to obecnie już wykonywa energiczne bardzo ruchy podwójne kończynami dolnymi i górnymi, które to ruchy dotychczas były nadzwyczaj niezręczne. Naprężenie mięśni brzusznych nie jest już tak znaczne jak dawniej, brzuch stał się bez porównania miększym. Od czasu do czasu następują wypróżnienia naturalne, jedna irygacja wystarcza, ażeby otrzymać regularne wypróżnienia.

W przypadku tym mieliśmy powtórzenie tego samego zjawiska, które spotykaliśmy w przypadkach zaparcia stolca, któremu towarzyszyło nie osłabienie mięśniowe, lecz przeciwnie, silne skurczenie ścianki brzusznej albo kanału kiszkowego. Przy skurczeniu spastycznym osiągnąć się dają daleko lepsze wyniki, aniżeli przy zwątleniu. Na początku leczenia ścianka

brzuszną była w dotknięciu twarda jak deska, a kanał kiszkowy za dotknięciem związał się jak twardy kłębek: po 6-8 tygodniowym zaś leczeniu oba były zupełnie miękkie. Znikają również po kilkotygodniowym leczeniu mięsieniowym nerwice żołądkowo-kiszkowe, towarzyszące często podobnym stanom kurczowym. W chwili obecnej w leczeniu mojem znajdują się dwa takie przypadki nerwic kiszkowych z przebiegiem podobnym do opisanego: dziennikarz p. W. [zwrócił się do mnie za poradą D-ra KELLER'a w Charlottenburgu] i kupiec p. R. [polecony mi przez D-ra ROSENTHAL'a]. Tu jak i wszędzie, gdzie przy mięsieniu mamy do czynienia z mięśniami skurczonemi, należy masować nie-  
zbyt mocno, lecz za to dłużej, podczas gdy w przypadkach atonicznych wykonywać należy mocniejsze, a krócej trwające rękoczynny.

---

Z UNIWERSYTECKIEGO INSTYTUTU FARMAKOLOGICZNEGO I Z PRACOWNI FIZJOLOGICZNO-CHEMICZNEJ INSTYTUTU WETERYNARYJNEGO W DORPACIE.

---

#### IV. FARMAKOLOGICZNO-DOŚWIADCZALNE BADANIA NAD SALOLAMI.

##### DONIESIENIE I.

Podał

Mag. Zoomed. **G. Willenz.**

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

Dla wykazania salolów w narządach i w zawartości żołądka lub kiszek używałem następującej metody: odpowiednia ilość rozdrobionej zawartości kanału pokarmowego, albo też danego narządu poddawana była wielokrotnemu skłócaniu z eterem. Pozostałość eterowego wyciągu dzieliłem na 2 części: pierwszą z nich wyciągałem za pomocą słabo zaalkalizowanej wody destylowanej, zobojętniałem wyciąg, filtrowałem go i dodawałem do filtratu kilka kropel półtorachlorku żelaza dla wykazania bądź wolnego kwasu salicylowego, bądź też salicylanów soli. Druga część wyciągana była przez skłócanie z wyskokiem, albo też przez gotowanie z gryzącemi alkalijami i następnie badana za pomocą półtorachlorku żelaza dla wykazania nierozszczepionego salolu.

Ażeby się i na żyjących zwierzętach przekonać o rozszczepiającym wpływie błony śluzowej kiszek cienkich na salole, próbowałem na kilku psach nałożyć przetokę kiszkową według sposobu THIRY-VELL'a. Na nieszczęście w większości przypadków wynik operacji nie był sprzyjający: na 4 lub 5 dzień ginęły psy wskutek zapalenia otrzewnej. W jednym tylko zaledwie przypadku, na 10 dzień po wykonaniu operacji, powróciło zwierzę prawie zupełnie do stanu prawidłowego, objawy zapalenia znikły zupełnie, ciepłota nie polegała podwyższeniu, a wypróżnienia nie sprawiały zwierzęciu na pozór żadnych zgoła bólów. Z otworów izolowanej pętlicy kiszek wypływał w dość znacznej ilości żółtawy płyn, zamieniający dość prędko krochmal na cukier. Po wprowadzeniu do przemytej należycie pętlicy 0,50 salolu *in substantia*, można było po upływie 6 godzin



w tejże samej pętlicy, w płynnej jej zawartości wykazać obecność wolnego kwasu salicylowego. Przez doświadczenie to dowiedzionym został rozszczepiający wpływ błony śluzowej kiszek cienkich żywego zwierzęcia na salol.

Dla przekonania się, jak prędko następuje wessanie salolów przy wewnętrznem użyciu tychże i czy część ich nie wydziela się z kałem jako niewessana, wykonałem szereg osobnych doświadczeń na szczurach, u których, po słabem znarkotyzowaniu ich eterem — obnażałem żołądek i wprowadzałem doń za pomocą szprycki PRAVAZ'a emulsyję salolu lub betolu w gumie arabskiej. Po upływie kilku godzin zabijałem zwierzęta i poszukiwałem w rozmaitych częściach ich przewodu pokarmowego, począwszy od żołądka, rozszczepionego i nierozszczepionego salolu. Z kilkunastu udanych doświadczeń tego rodzaju pozwałam sobie wyprowadzić następujące wnioski: 1-o Część betolu, przyjętego *per os*, przechodzi przez cały przewód pokarmowy i wydziela się z kałem w stanie nierozszczepionym. 2-o W żadnym z badanych przypadków nie udało mi się wykazać salolu w kiszkach grubych; co znaczy iż wessanie następuje w górnych oddziałach kiszek. 3-o Wessanie salolu w kiszkach cienkich następuje dość szybko, wessanie betolu znacznie wolniej: nawet po upływie 18 godzin byłem jeszcze w stanie wykazać betol w kiszkach grubych.

Wstrzykiwanie salolów wprost do naczyń krwionośnych jest tak dobrze jak zupełnie niemożliwe, ponieważ związki te, jak wiadomo, nie są rozpuszczalne w żadnym z płynów obojętnych. Mimo to próbowałem wstrzykiwać do żyły wrotnej kotów wyskokowo-wodne emulsyje salolu, *resp.* betolu. Po zabiciu zwierzęcia w 15—20 minut badałem istotę wątroby, zarówno jak krew, wypływającą z żył wątrobowych, na składniki salolu. Pomimo możliwej dokładności badania nie mogłem skonstatować ani śladu odczynu rozszczepienia, znajdowałem jednak natomiast większe ilości nierozszczepionego salolu, *resp.* betolu.

Niektórzy klinicyści twierdzą, jakoby otrzymywali pomyślne wyniki przy wstrzykiwaniach emulsyi salolu w nieżytych pęcherza moczowego. Ponieważ nierozszczepione salole działają przeciwnie zaledwie w bardzo nieznacznym stopniu, należy zatem owe pomyślne wyniki przypisać rozszczepianiu się salolów pod wpływem działania błony śluzowej pęcherza moczowego.

Pragnąc i pod tym względem otrzymać doświadczalne, wyjaśniające wskazówki, próbowałem wstrzykiwać psom do poprzednio możliwie opróżnionego pęcherza wyskokowo-wodne emulsyje salolu, *resp.* betolu i podwazywałem następnie cewkę moczową. Jednakże nawet po upływie godziny nie byłem w stanie wykryć w moczu odczynu rozszczepienia. Ujemne wyniki co do rozszczepienia się salolu otrzymywałem także przy sztucznie wywołanym nieżycie pęcherza moczowego. Wskutek doświadczeń powyższych czuję się upoważnionym do wniosku, że pomyślne skutki, otrzymywane przy wstrzykiwaniach salolu w nieżytych pęcherza, były bądź tylko pozorne, bądź bardzo nieznaczne.

Przy przepędzaniu krwi, zawierającej emulsyję salolu [1:10] przez nerki albo jądra, wzięte z ciepłego jeszcze byka i nie tracące swej żywotności, zauwa-

żyłem słaby odczyn rozszczepienia po trzechkrotnem powtórzeniu przepędzenia przez odpowiedni narząd. Przy zupełnie takich samych doświadczeniach z betolem otrzymałem ujemne wyniki. W doświadczeniach tego rodzaju, po wprowadzeniu kaniuli do tętnicy i do żyły, przepędzałem krew pod stałym ciśnieniem 120 mm. słupa rtęci, przyczem organ znajdował się w skrzynce, nagrzonej do 40° C. Urządzenie aparatu, jakiego używałam do swych doświadczeń, opisane zostało przez THOMSON'a <sup>1)</sup>, zarówno jak i wszelkie techniczne szczegóły.

Ażeby zbadać działanie salolów na naczynia wogóle, przepędzałem wysokowo-wodne ich emulsyje przez naczynia krwionośne żaby w osobnym przyrządzie, który także został szczegółowo opisany przez THOMSON'a. Ujemną stroną tych doświadczeń stanowi osadzenie się zawieszonych czasteczek salolów w naczyniach i zatykanie tych ostatnich. To też w kilku zaledwie doświadczeniach udało mi się skonstatować rozszerzający wpływ salolów na naczynia krwionośne. Udało mi się przytem uczynić spostrzeżenie nader interesujące z innego względu: mianowicie w płynie, który dzięki sztuczemu krwibiegowi, przebył całą przestrzeń tegoż i wypływał na zewnątrz, mogłem wykazać zawsze silny odczyn rozszczepienia. Najsilniejszy był ten odczyn przy doświadczeniach z emulsyją salolu, najslabszą przy doświadczeniach z resorcolem. Wynika ztąd, że salole dość szybko rozkładają się w ustroju żaby. Ponieważ jednym z produktów tego rozkładu jest kwas salicylowy, który, jak z badań KOBERT'a wypływa, działa rozszerzająco na ścianki naczyń, należy zatem i rozszerzanie się naczyń pod wpływem salolów przypisać działaniu wolnego — wskutek rozszczepienia — kwasu salicylowego.

Wpływ wysokowo-wodnych emulsyj salolów na wykrojone serce żaby zbadany został na znanym aparacie WILLIAMS'a <sup>2)</sup>. Nie zaniedbałem przy tem i kontrolujących doświadczeń wprost z wyskokiem, które wykazały, że nawet więcej skoncentrowane roztwory tegoż, aniżeli w wysokowo-wodnej emulsyi salolów, nie wywierają takiego działania na wykrojone serce żaby, jak same emulsyje. Z doświadczeń, wykonanych na przyrządzie WILLIAMS'a, czuję się upoważniony wyprowadzić następujące wnioski:

1-o w słabych stężeniach [1:8000] nie wywierają emulsyje salolów na serce prawie żadnego wpływu,

2-o w silniejszych stężeniach [1:1000] wstrzymują po kilku minutach ruchy serca. Po przepędzaniu jednak znów świeżej krwi, zarówno jak przy bodźcach mechanicznych i zastosowaniu digitaliny lub koroniny, serce powoli na nowo kurczyć się zaczyna i dawne ruchy wracają.

3-o Przy zastosowaniu emulsyj średnich stężeń [1:4000] stają się skurcze prawie zupełnie niewidoczne, a rozkurcze na-

<sup>1)</sup> THOMSON. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefäße durch pharmacologische Agentien. Diss. Dorpat. 1886.

<sup>2)</sup> WILLIAMS. Arch. f. exp. Path. u. Pharmacologie. Bd. XIII. 1881, F. TUFANOW. Ueber Cyclanin. Diss. Dorpat. 1886.

to miast silniej wyrażone. Zauważyć się wtedy daje po większej części, że serce się silnie napędnia i kurczy słabo, nieregularnie i w większych odstępach czasu. Krew wypływa wtedy prawie jednolitą strugą przez międzymięśniowe przestwory ścianek serca, które w stanie prawidłowym żadnego przesączania nie dopuszczają, jak gdyby serce było naddartem. Przy przemyciu jednak serca znów świeżą krwią zjawisko to przesączania znika zupełnie.

4-o Rytm skurczów serca bywa tym sposobem pod wpływem salolów zmieniony, a zamknięte zazwyczaj międzymięśniowe przestwory rozszerzone.

5-o Salole zdają się działać głównie na zwłóje nerwowe serca [*Herzganglien*], częściowo jednak i na mięśnie serca.

Że w doświadczeniach powyższych nie miało miejsca mechaniczne zatkanie kaniuli, lub pnia aorty i zastawek serca, świadczy o tem wznowienie się skurczów serca przy zmianie krwi w kulistym naczyniu aparatu, również jak wzbudzona na nowo energija serca pod wpływem bodźców mechanicznych, elektryczności i środków, należących do grupy digitaliny.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 12. Oznaczenie ilości białka w wysiękach i przesiękach sposobem Reuss'a.

Oznaczenie procentowej ilości białka w płynach pochodzących z jam opłucnej i otrzewnej posiada nieraz ważne rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie, jak się o tem przekonywamy z prac REUSS'a i RUNNEBERG'a. Fakty takie, jak ten, że prawidłowa surowica krwi zawiera 8% białka, przesięki mniej niż 2%, wysięki około 5% i więcej, są punktami wytycznymi dla klinicysty. Z drugiej znów strony wiadomo, że określanie ilościowe białka sposobem wagowym nader jest mozolne i wymaga przyrządów, któremi przeciętny lekarz nie rozporządza. Otóż Reuss <sup>1)</sup> opierając się na fakcie, że ciężar właściwy wyżej wspomnianych płynów jest proporcjonalnym do zawartości w nich białka [ponieważ sole i istoty wyciągowe małym tylko ulegają wahaniom], oznaczał procent białka za pomocą ciężaru właściwego na podstawie empirycznej formuły:

$$E = \frac{3}{8} [S - 1000] - 2,8$$

gdzie E oznacza ilość białka na 100, S — ciężar właściwy. Dla udogodnienia REUSS ułożył tabelkę, gdzie danemu ciężarowi właściwemu odpowiada procentowa ilość białka np. 1010 = 1%, 1013 = 2,1, 1018 = 4%, 1021 = 5,1% i t. d.. Liczby, o ile możności są zaokrąglone. RUNNEBERG <sup>2)</sup> sprawdził tabelkę REUSS'a, o ile się ona tyczyła wysięków do jamy otrzewnej i zawsze otrzymywał wyniki zgodne z wynikami analizy wagowej.

Mając często do czynienia w oddziale D-ra DUNINA z płynami, otrzymanymi za pomocą przekłucia z jamy otrzewnej, a głównie opłucnej, badałem znaczną ich część na zawartość białka sposobem REUSS'a i następnie otrzymane dane sprawdzałem z wynikami analizy wagowej, dokonywanej w pracowni chemicznej szpitali warszawskich przez D-ra NENCKIEGO [w 2 przypadkach [9 i 10] w pły-

<sup>1)</sup> REUSS. Deutsch. Archiv für klin. Med. vol. 28. str. 317 i BIZZOZERO. Manuel de Microsc. Clinique. II Ed. 1885. str. 115 [obszerne sprawozdanie z pracy REUSS'a].

<sup>2)</sup> Patrz referat CHEŁCHOWSKIEGO w Gaz. Lek. 1883 r. str. 889.

nach, otrzymanych od chorych z kliniki prof. POPOWA rozbiórku dokonałem sam w pracowni higienicznej Uniwersytetu w r. 1885]. Oto są wyniki tych badań:

Nr. bieżący.		Ciężar właściwy.	Ilość białka.	
			podług REUSS'a.	sposobem wagowym.
1	<i>Pleuritis.</i>	1017	3,6%	3,50%
2	"	1018	4%	5,684%
3	"	1019	4,3%	4,35%
4	"	1021	5,1%	5,47%
5	"	1021	5,1%	4,98%
6	"	1021	5,1%	5,3%
7	<i>Ascites</i> ( <i>Cirrh. hep.</i> )	1010	1%	1,2%
8	<i>Ascites</i> ( <i>Neph.</i> )	1014	2,5%	2,5%
9	<i>Peritonitis</i> <i>chronica.</i>	1021	5,1%	5,64%
10	<i>Periton.</i> <i>tuberc. (post.</i> <i>mortem).</i>	1017	3,6%	3,92%

Jak widzimy, liczby podane przez Reuss'a nieraz zadziwiająco zgadzają się z wynikami rozbiórki wagowego, czyli, że w celach klinicznych można śmiało korzystać z tabelki REUSS'a, *resp.* z jego formuły. Nadmienić tylko wypada, że ciężar właściwy trzeba mierzyć po zupełnem ostygnięciu i ustaniu się płynu, t. j. mniej więcej po 12—24 godzin, jak to robił REUSS. W przeciwnym bowiem razie otrzymujemy ciężar właściwy za mały, np. w naszych przypadkach różnica wynosiła 0,002 niekiedy 0,006 <sup>1)</sup>.  
A. Puławski.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 32. O. Rosenbach. O stosowaniu przetworów sporyszu w niektórych chorobach serca.

Wiadomo, że naparstnica w wadach zastawki dwudzielnej okazuje się środkiem, z którym żaden inny, pod względem swej skuteczności, iść nie może w porównanie, przeciwnie zaś w zwykłych wadach zastawek półksiężycowych aorty działanie naparstnicy jest bardzo niepewnem i zawodnem. Od czego więc

<sup>1)</sup> Do ilościowego oznaczania białka w moczu używamy w naszym oddziale nader praktycznego i dość dokładnego bialko mierza ESBACH'a [próbówka, w której białko osadza się za pomocą kwasu pikrynowego z cytrynowym i odczytuje wysokość osadu na empirycznie oznaczonej podziałce. [Opis przyrządu znajduje się w LAACHE'go *Harnanalyse*. 1885, kosztuje 2-50 marek]. Próbowałem oznaczać białko w wyżej wspomnianych płynach za pomocą tego przyrządu, ale wyniki otrzymywałem znacznie gorsze niż przy sposobie REUSS'a [za małe], przyczem lepkość płynu często nie pozwalała na zrobienie analizy.

zależy taka różnica w działaniu jednego i tego samego leku? Różnica polega na tem, że w wadach zastawki dwudzielnej przyczyną zaburzeń w krążeniu jest przede wszystkim sam mięsień sercowy, na który naporstnica działa, gdy tymczasem przy niedomykalności zastawek półksiężycowych dotkniętym bywa głównie układ tętniczy, zmiany zaś, jakie w nim zachodzą są bardzo trudne do usunięcia. Skoro zaś wskutek silnego działania lewej komórki, która gwałtownie zwiększoną ilość krwi do tętnic przepycha, nastąpi rozszerzenie, rozciągnięcie tętnic, a więc i zmniejszenie ich elastyczności, wtedy znika jeden z najważniejszych czynników krążenia krwi. W tym okresie podniecanie i tonizowanie działalności serca nie jest w stanie zapobiedz fatalnemu zejściu. Naporstnica odmawia swych usług, pozostaje tylko jeden środek, który może pobudzić ścianki naczyń do pewnej działalności i podnieść ciśnienie w układzie tętniczym. Środkiem tym, zdaniem autora, jest sporysz, gdyż doświadczenia fizjologiczne i spostrzeżenia kliniczne na pewno stwierdzają, że sporysz działa na gładkie włókna mięsne. Autor na tej zasadzie preparaty sporyszu stosuje z pomyślnym skutkiem nie tylko w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, lecz i w tych chorobach, w których systemat tętniczy zachowuje się podobnie jak we wspomnianych wadach, a mianowicie:

1. W przypadkach tak zwanego samoistnego rozszerzenia serca, w których z biegiem czasu wskutek wzmocnionej czynności serca występują zmiany w kurezliwości i sprawności ścian naczyń.

2. W przypadkach częściowego stwardnienia naczyń (*arteriosclerosis*) t. j. tylko na pewnej przestrzeni, gdzie pozostałe jeszcze zdrowe części układu tętniczego powinny zwiększoną swą sprawnością pokryć brak elastyczności chorobowo zmienionych części. W obu tych kategoriach chorób, w których naporstnica nie wywiera pomyślnego wpływu, otrzymywał autor bardzo dobre wyniki, podając preparaty sporyszu, same lub w połączeniu z naporstnicą. Działanie sporyszu uwydatnia się uregulowaniem tętna, które jednocześnie staje się pełniejszym, więcej napiętem, a często i zwolnionem. Jednocześnie duszność, napady stenokardjalne, bicie serca, zmniejszają się, a ilość moczu powiększa się.

Autor podaje sporysz w następujących postaciach:

1. Rp. *Infus. secal. cornut.* 10,0—15,0:150,0  
[albo z dodatkiem *Aeth. sulfuric.* 3,0, *Acid hydrochl.* 1,0].  
Co 2—3 godzin łyżkę stołową.
2. Rp. *Ergotini* 2,0—4,0:150,0  
[albo z dodatkiem *Acet. digit.* lub *Spirit. aeth.* 5,0].  
Co 3 godziny łyżkę stołową.
3. Rp. *Ergotini* 3,0  
[lub z dodatkiem *Extract. convallar. majal.* 3,0 lub  
*Pulv. folior. digit.* 2,0].  
*Pulv. et extr. gent. q. s. ad pilul.* N. 30  
DS. Co 2 godziny 2—3 pigulek.
4. Rp. *Infus. folior. digit.* 1,5:150,0. *Ergotini* 2,0.  
Co 2 godziny łyżkę.

(*Berl. klin. Wochenschrift.* N. 34. 1887).

J. Pawinski.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 8 Listopada r. b. kol. MATLAKOWSKI mówił „o raku kiszki prostej“, poruszając w obszernem swem przemówieniu różne sposoby operowania raka odbytnicy, a głównie wycięcie go; sposoby dokonywania tej operacji, jej statystykę, wskazania do wykonywania wyskrobywań, możliwość regeneracji usuniętego nowotworu i opisał trzy operowane przez się z pomyślnym zejściem przypadki. Rzecz ta ma być drukowaną w naszym piśmie.

W dyskusji poruszano kwestyję wskazań i wyników operacyjnych przy doszczętnem usuwaniu raka kiszki prostej. Kol. STANKIEWICZ zabrał naprzód głos, zaznaczając, że z dwóch obecnie panujących kierunków operacyjnego leczenia raka odbytnicy, paliatywnego, jak wyskrobywanie, wypalanie i t. p. i radykalnego, polegającego na doszczętnem wycięciu nowotworu, drugi rzadko przedstawia szanse dobrego zejścia; przypadki wczesne bardzo rzadko u nas mogą podlegać takiemu leczeniu, ze względu, iż chorzy w pierwszych okresach rzadko dostają się w ręce chirurga. Trudno orzec z pewnością, że rak, nawet mały na pozór, nie daje ognisk wtórnych w innych narządach i że gruczoły chłonne są niezajęte, a więc zawsze mieć trzeba na widoku regenerację. Jakkolwiek operacja zwykle da się dobrze skuteczną, gdyż kiszki ściągnąć dość łatwo ku dołowi, lecz według kol. Sr. niezawsze szwy utrzymać się mogą; gdy przejdzie nowotwór po za 10 ctm. od odbytu, szwy, nałożone po wycięciu kiszki są zwykle naciągnięte, a przy możliwości ich puszczenia nie łatwiejszego jak to, że powstać może zapalenie ropne, a nawet septyczne. W ogóle sceptycznie trzeba się odnosić do znakomych wyników. Otworzenie otrzewnej, konieczność czego może się wydarzyć, nie jest również nam pożądaną. Statystyki niemieckie i postępowanie chirurgów angielskich, w danym razie kol. Sr. uważa za daleko ostrożniejsze. Kol. MATLAKOWSKI odpowiada na to, że nie tyle idzie o wysokość zajętej kiszki, gdyż wiadomo, że wycinano jej 17 ctm. [RYNNE], ile o to aby rana po zeszytciu mogła się znaleźć w absolutnym spokoju przez dni 5—6, a także od charakteru nowotworu i od obecności lub nieobecności ognisk na sąsiednich narządach. Nie uważa również za stosowne używanie drenów, gdyż przez takowe zawsze może nastąpić łatwo infekcja, gdy zawartość kiszki przez nie dostawać się może wśród tkanki. Zgadza się na to, że w niektórych przypadkach rak mały może przetrwać lata całe bez konieczności operacji, lecz z drugiej strony są przypadki, gdzie nawet przy małym nowotworze, bóle, krwotoki, zwężenia kiszki i t. p., mogą koniecznie zmusić do usunięcia raka. Kol. JASIŃSKI dodał jeszcze do opisu kol. M. jeden ze sposobów operowania raka odbytnicy, który miał sposobność widzieć w jednym przypadku, operowanym przez MIKULICZĄ; po wprowadzeniu gorżeretu do kiszki przecina się nożem w tylnym sklepieniu pochwy ścianę tęję i tkankę aż do narośla kiszki i potem rozcina wszystko w dół wraz z międzykroczem, wyluszcza się następnie nowotwór i ranę w ścianie pochwy i na międzykroczu zaszywa po uprzednim zatamowaniu krwotoku ze ścian kiszki i zeszytciu tychże. W ten sposób wytwarza się sobie sztucznie znacznie większe pole operacyjne niż w zwykłych warunkach operowania w kiszce prostej.

Na posiedzeniu klinicznym d. 15 Listopada r. b., kol. EISENBERG mówił o pokrzywce barwnikowej (*urticaria pigmentosa*), objaśniając rzecz demonstracją dziecka dotkniętego tem cierpieniem i preparatami drobnowidzowymi, a kol. PAWIŃSKI opisał przypadek choroby Adisson'a; obie te rzeczy mają być drukowanemi w naszym piśmie.

Następnie kol. ŻERA demonstrował 9-letnią dziewczynkę, u której w 4 tygodnie po ospie, rozwinęły się na wyprostnych powierzchniach kończyn i na twarzy liczne, różowo zabarwione guziczki, sprawiające uczucie palenia. Kol. Ż. uważa guziczki te za keloidy i nadmienia, że o ile mu wiadomo, tak licznych jak w danym przypadku keloidów dotąd nie obserwowano jeszcze.

W końcu kol. NEUGEBAUER [syn] okazał młodą włóściankę, która od lat 2 cierpi na silne bóle w krzyżu i kończynach, przeszkadzające jej w pracy. Jakkolwiek nie twierdzi stanowczo, jednak z kompleksu objawów [*lordosis*, skrótowiec tułowia i opuszczenie klatki piersiowej, zmniejszone nachylenie miednicy] przypuszcza, że ma tu do czynienia ze spondylolistezą, pewność jednak tego rozpoznania chce jeszcze oprzeć na badaniu dokonanem pod chloroformem. Kol.

Jasiński rozbierając szczegółowo objawy dające się zebrać przy badaniu i wykluczające istnienie gruźlicy, krzywicy i wrodzonego zwichnięcia w stawie udowym, jest zdania, że w danym przypadku stanowczo istnieje rozpoznana przez kol. N. spondylolisteza.

## Wiadomości bieżące.

**Paryż.** Odbędzie się tu w lokalu szkoły medycznej w d. 25—30 Lipca 1888 r. Zjazd lekarzy i weterynarzy, którego celem będzie badanie naukowe gruźlicy u człowieka i zwierząt. Do składu komitetu wchodzi prezes: profesor CHAUCHEAU, wice-prezes: profesor VILLEMEN, a między członkami figurują pośród innych profesorowie VERNEUIL, GRANCHER, LANNELONGUE i t. d. Odczyty będą 2 rodzajów, jedne proponowane przez sam komitet, drugie dowolne leez z dziedziny wyłącznie gruźlicy. Jeden dzień będzie poświęcony dla demonstracji anatomicznych w pracowni prof. CORNILL'a, a drugi w szkole weterynaryjnej pod Paryżem w Alfort. Cudzoziemcy za opłatą 10 franków będą mogli brać udział w zjeździe. Kwestyje zaproponowane przez komitet organizacyjny są: 1) Niebezpieczeństwo na jakie naraza użycie mięsa i mleka zwierząt dotkniętych gruźlicą. Środki zaradcze. 2) O rasach ludzkich i gatunkach zwierząt ze względu na ich usposobienie do gruźlicy. 3) Drogi przadostania się i rozszerzania się zarazka gruźliczego w ustroju. Profilaktyka. 4) Wczesne rozpoznanie gruźlicy u człowieka i zwierząt. Dalej komitet zwraca uwagę na kwestyje następujące, które powinny by być omawiane. Dziedziczność gruźlicy u człowieka i różnych zwierząt. Udzielanie się z człowieka na człowieka, ze zwierząt na zwierzęta, ze zwierząt na człowieka i odwrotnie. Różne sposoby rozwoju gruźlicy doświadczalnej zależności od jakości i ilości zarazka zaszczipionego. Różnice cierpień gruźliczych u różnych rodzajów zwierząt. Sposoby odróżnienia zmian wywołanych przez lasecznik KOCH'a, od zapaleń zależnych od innych mikrobow, ciał obcych i t. d.. Cierpienia gruźlicze powikłane innemi zbroczeniami pochodzenia mikrobowego. Sposób tworzenia się olbrzymich komórek i wysepek gruźliczych. Powstawanie gruźlicy miejscowej. Czynniki niszczące lasecznik KOCH'a. Sposoby miejscowe i ogólne zdolne powstrzymać rozszerzanie się gruźlicy doświadczalnej. Wartość rękoczynu chirurgicznego w cierpieniach gruźliczych.

**Lwów.** Otrzymaliśmy ze Lwowa następującą odezwę: Wielmożny Panie! Z końcem Maja 1888, podczas Zielonych Świąt, odbędzie się we Lwowie V. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich; w przekonaniu, że W-ny Pan uznaje ważność podobnych zjazdów. Wydział gospodarczy ma zaszczyt prosić W-go Pana, by swym współudziałem zechciał przyczynić się do powodzenia V. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich. Bliższe szczegóły co do tego Zjazdu będą w swoim czasie ogłoszone. Gdy wszakże do ułożenia szczegółowego programu potrzebnem jest wczesne zawiadomienie o pracach i kwestyjach, mających być przedmiotem obrad, przeto Wydział gospodarczy ma zaszczyt zapytać, czy i jaką sprawę zechciałbyś W-ny Pan poruszyć lub jaką pracę przedłożyć. Ponieważ pożądanem byłoby, ażeby podczas Zjazdu odbyć się mogła Wystawa higieniczno-lekarska i dydaktyczno-przyrodnicza, przeto Wydział gospodarczy usilnie prosi W-go Pana o jak najrychlejsze doniesienie, czy w rzezonej Wystawie W-ny Pan zechciałby wziąć udział i jaki przedmiot wystawić zamierza, urządzenie bowiem wystawy zawisłem jest od tego, o ile doniosły ten zamiar znajdzie czynne poparcie u ogółu naszych lekarzy i przyrodników. Upraszając o jaknajrychlejsze zawiadomienie, tak co do udziału w samym Zjeździe jak i w zamierzonej Wystawie, Wydział gospodarczy nadmieniam, że zgłoszenia przyjmować będzie najdalej do końca Stycznia 1887.

W imieniu wydziału gospodarczego: Prof. D-r A. CZYZEWICZ, Prof. D-r Br. RADZISZEWSKI przewodniczący, Prof. D-r JÓZEF ŻULIŃSKI, sekretarz generalny.

### I.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 6 Grudnia 1887 o godzinie 6 $\frac{1}{2}$  wieczorem.

- 1) FUNK. Demonstracja chorego z „*Sarcoma cutis nasi*”.
- 2) KRAMSZTYK JUL. Chroniczne zapalenie otrzewnej u dzieci.
- 3) JAWDYŃSKI. Dwa przypadki zapalenia ropnego otrzewnej, uleczonego na drodze operacyjnej.
- 4) NOISZEWSKI [z Dynaburga]. Parafaryja, a przydech, przyczynek do anatomii mowy.

### II.

Posiedzenie komitetu higieny publicznej odbędzie się we Środę d. 7 Grudnia 1887 r. o godzinie 7 $\frac{1}{2}$  wieczorem.

- 1) POLAK. O postępkach higieny publicznej we Włoszech.
- 2) O budowie szpitali.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla prenumeratorów prowincjonalnych: „Katalog nakładowy i komisowy księgarni Teodora Paprockiego i S-ki w Warszawie”.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wi. Gajkiewicz.**

Доволено Цензурою. Варшава, 20 Ноябрь 1887 г. Друк К. Ковалевського. Крѣлевска. № 29.

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W Ó D

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y O H N A B U T L E K I I S Y F O N Y.

## A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

## W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O

W W A R S Z A W I E,

ulica Elektoralna N. 39.



Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:

**Wino Rabarbarowe** czyste pół butelki 2 rs.

**Wino Rabarbarowe** z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.

**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 50 kop.

**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

**Tran** lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych

**Tran** lekarski zwyczajny,

**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

**Olum ricini koussinatum comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatłuszczeniu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

**W. Karpiński.**

10—6

U L I C A M I R O W S K A № 3.

**D-r E. Brühl,**

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w Meranie, Villa Livonia;  
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max.

12—5

**D-r TYMOWSKI**

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

**w SAN REMO**

20—12