

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.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Tymowski

Zawiadamia Szanownych Panów Kolegów iż przez sezon zimowy praktykuje w **San Remo**, dokąd chorzy spokojnie udać się mogą, gdyż przez cały czas panowania epidemii tak we Francyi, jak i we Włoszech — w San Remo ani jednego przypadku cholery nie było. Obecnie także stan zdrowia na naszej Rywierze jest zupełnie zadawalający.

7-7

Wyszedł z druku

ROCZNIK MEDYCyny POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

Dr. J. Rogowicza.

Rok VII—1885 w II częściach:

Część I zawiera Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

Część II (w oprawie) stanowi Rocznik lekarski następującej treści: Mierzenie ciepła ciała i zachowanie się jej w ważniejszych chorobach. Tabela porównania 3-ech ciepłomierzów. Antypyryna, nowy lek zniżający gorączkową ciepłotę ciała. Mięszaniny zniżające ciepłotę. Leczenie ran. Sposób wlewania roztworu soli kuchennej do żyły, zamiast przetaczania krwi. Odtrutki. Ratowanie omdlałych i w śmierci pozornej będących. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze: cechujący ich skład chemiczny, działanie, wskazanie do ich użycia i t. p. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze, miejsca kuracyi winogronowej i stacje klimatyczne. Sposób pisania wagi dziesiętnej. Spis lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładniejszych adresów mieszkających w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na cały rok 1885. Tabelki do obliczania i zapisywania dnia spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części Rocznika 1 rs. 20 kop. Skład główny u d-ra J. Rogowicza w Warszawie ul. Nowogrodzka, 20. Sprzedaje się we wszystkich redakeyjach pism lekarskich, oraz w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

0-2

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONA), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwrażliwsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. Rejchman. Badania nad trawieniem, mleka w żołądku ludzkim, dokonane w celach klinicznych. — A. Sokołowski. Przypadek zwężenia krtani. — *Notatki lekarskie.* 24. T. Anders. Kwas salicylowy, jako poronne środki leczenia szankrów miękkich. — Korespondencyja: Otwarcie kolonii dla umysłowo-chorych w Burszewie. — *Dział sprawozdawczy.* 75 Biedert i Siegel. Zapalenia płuc przewlekłe, suchoty i gruźlica prosówkowa. — 76. Strümpel. O ostrem zapaleniu szarej istoty korowej mózgu (*poliencephalitis acuta*), u dzieci. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Od wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. BADANIA NAD TRAWIENIEM MLEKA W ŻOŁĄDKU LUDZKIM,

dokonane w celach klinicznych

przez

Mikołaja Rejchmana.

Jakkolwiek już starożytni lekarze zalecali chorym na cierpienia przewodu pokarmowego wyłącznie mleczną dyjetę, jakkolwiek w najnowszych czasach mleko stało się niezbędnym środkiem leczniczym i dyjetetycznym w wielu chorobach żołądka i kiszki, to jednakże dotychczas nie poznaliśmy jeszcze dokładnie sprawy trawienia tego najdelikatniejszego i najzupełniejszego pokarmu ¹⁾. Wprawdzie toż samo możnaby powiedzieć i o innych pokarmach, których sprawa trawienia, tak u osób zdrowych jak i chorych, powinna być też jaknajdokładniej zbadaną, ale przedewszystkiem, dla celów praktycznych, należało się zająć mlekiem, jako pokarmem, mającym najważniejsze znaczenie w lecznictwie pewnych chorób przewodu pokarmowego.

Jak tytuł tej pracy wskazuje, zajęliśmy się wyłącznie badaniem żołądkowego trawienia mleka. Nie mniej ważnem byłoby też zbadać, we wszelkich szczegółach, trawienie kiszkowe tego pokarmu, ale zadanie to jest o wiele trudniejszym, a nawet jak obecnie prawie niemożliwym.

Dzięki wynalezieniu pompki żołądkowej i udoskonaleniu zgłębnika, stała się dostępną badaniu sprawa trawienia, odbywającego się w żołądku człowieka żywego. Tak samo jak z retorty, możemy obecnie, dla zbadania, wydobyć z żołądka część zawartości, w niczem nie naruszając prawidłowych, fizjologicznych lub patologicznych warunków. W ten sposób Leube oznaczył czas ¹⁾, przez jaki

¹⁾ Mówię tutaj o trawieniu w żołądku żywego człowieka. Badania nad trawieniem mleka na zewnątrz ustroju wykonał Riehet i opisał je w pracy p. t.: „*De la coagulation, de la digestion et de la fermentation du lait*”. (Progrès. Med. 1881. N-ra 10, 13, 16).

²⁾ Über nervöse Dyspepsie (D. Arch. f. klin. Med. I i II). 1878.

u osób zdrowych i chorych przebywa w żołądku pokarm mieszany, jako też zbadal przemiany, jakim ulega w żołądku cukier trzcinowy ¹⁾ (trawienie żołądkowe cukru trzcinowego). Za pomocą zgłębnika i pompki żołądkowej, zbadal Fleischer wpływ rozmaitych czynników ²⁾ na sprawę żołądkowego trawienia pokarmów mieszanych. W najnowszych czasach metodą tą posługiwali się Głuziński i Jaworski do zbadania żołądkowego trawienia kurzego białka ³⁾, w stanach fizjologicznych i patologicznych.

Przystępując do moich badań, zakreśliłem sobie plan bardzo obszerny, którego część dopiero została wykonaną. Przedewszystkiem postanowiłem zbadać sprawę trawienia mleka w żołądku zdrowym, aby mieć normę fizjologiczną, według której możnaby później oceniać zmiany patologiczne i kierować się w lecznictwie chorób żołądka.

Liczne dla tych badań nastęrczały się kwestyje, najgłówniejsze zaś były następujące:

- 1) Jak prędko odbywa się trawienie mleka w żołądku ludzkim.
- 2) W jakim stosunku pozostaje czas trwania sprawy trawienia żołądkowego do ilości połkniętego mleka.
- 3) Kiedy następuje krzepnienie mleka.
- 4) Od czego to krzepnienie zależy.
- 5) Jaki jest najwyższy stopień kwaśności płynu, zawartego w żołądku przy trawieniu mleka.
- 6) Kiedy ten najwyższy stopień kwaśności występuje.
- 7) Jakie kwasy w zawartości żołądka przy trawieniu mleka wykryć się dają.
- 8) Czy i kiedy rozpoczyna się wydzielanie kwasu solnego.
- 9) Jakie występują zmiany w stopniu kwaśności płynu, zawartego w żołądku przy trawieniu mleka.
- 10) Od czego te zmiany zależą.
- 11) W jakich chwilach trawienia mleka dają się wykazać największe i najmniejsze ilości ostatecznego produktu trawienia żołądkowego, t. j. peptonu.
- 12) Jakie są różnice w sprawie trawienia mleka surowego i gotowanego.
- 13) Czy za pomocą alkalizacyi można usunąć połknięte mleko z pod wpływu soku żołądkowego.
- 14) W jaki sposób i w jakim stopniu alkalizacyja ta ma być dokonana.
- 15) Czy zalkalizowane i niestrawione mleko może opuścić żołądek i przejść do kanału kiszkiowego.

Opis wyników 60 doświadczeń, skierowanych ku rozwiązaniu powyższych pytań, stanowi właśnie część pierwszą niniejszej pracy; część zaś druga, tycząca

¹⁾ Über die Veränderungen des Rohrzuckers im Magen des Menschen (Virchow's Arch. T. 38. Zesz. II).

²⁾ Über die Verdauungsvorgänge im Magen unter verschiedenen Einflüssen. (Berl. klin. Woch. Nr. 8. 1882).

³⁾ Sprawozdanie z IV zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Gazeta Lekarska. Nr. 37. 1884.

się trawienia mleka w żołądkach ludzi chorych, w przyszłości dopiero będzie ogłoszoną.

C Z Ę Ś Ć I.

Trawienie mleka w zdrowym żołądku ludzkim.

Badania moje dokonywałem na zdrowym, 20-letnim człowieku. Zanim przystąpiłem do badań, postarałem się o to, żeby jego gardziel do zgłębnika przyzwyczaić, obawiałem się bowiem, aby drażnienie błony śluzowej górnej części przewodu pokarmowego nie wpływało na wyniki doświadczeń (patrz w dziele Budd'a p. t.: „*Lectures on the organic diseases and functional disorders of the stomach 1855*“ o doświadczeniach Spalanzani'ego, str. 167 w tłóm. niem. z r. 1856). Cel ten został osiągnięty przez kilkunastorazowe wprowadzenie zgłębnika do przelyku, poczem gardziel do niego tak przywykła, iż nawet już przy pierwszych doświadczeniach dany osobnik wcale się nie krztusił.

Służącemu do doświadczeń osobnikowi dawałem zrana naczeczko do wypicia odmierzoną ilość surowego, gotowanego, albo zalkalizowanego mleka, którego ciepłota jako też odczyn, ewentualnie stopień kwaśności, były przedtem dokładnie oznaczone. Rozumie się samo przez się, iż podczas doświadczenia, po wypiciu mleka, subjekt żadnego pokarmu i napoju nie przyjmował. Pozostawwszy mleko w żołądku na 5, 15, 30, 45 i t. d. minut—każde doświadczenie było robione innego dnia—wprowadzałem do żołądka zgłębnik i wydobywałem za pomocą pompki, o ile możliwości jak najprędzej, pewną ilość zawartości. Tę ostatnią cedziłem i w przesączu oznaczałem: 1) odczyn za pomocą papierków lakmusowych; 2) stopień kwaśności za pomocą $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu wodanu sodu i fenolu ftaleinowego; 3) kwas solny za pomocą tropeoliny i metylfioletu; 4) kwas mleczny za pomocą odczynnika Uffelmann'a (3 krople stężonego roztworu kwasu karbolowego, 3 krople roztworu półtorochlorku żelaza i 20 ctm. sześciennych przekroplonej wody; jeden ctm. sześcienny tego roztworu ametystowej barwy przyjmuje od kilku kropel rozcieńczonego kwasu mlecznego barwę żółtą); 5) pepton za pomocą odczynnika Piotrowskiego (siarczan miedzi i soda gryząca—*Biuret-reaction*); 6) parapepton za pomocą zobojętnienia.

4). Mleko surowe.

Mleko, do doświadczeń służące, pochodziło z rannego udoju od jednej i tejże samej krowy; było ono niezberane, przedstawiało zawsze odczyn kwaśny, najniższy stopień kwaśności wynosił 0,04%, najwyższy 0,09%, najczęściej bywał równy 0,06% lub 0,07%. Ciepłota mleka wynosiła od 16°—22,5° C.

Po wypiciu przez subjekta, służącego do doświadczeń, 300 ctm. sześciennych takiego mleka, spostrzegano następujące zmiany w płynie, wydobytym po upływie pewnego czasu z żołądka:

W pięć minut od chwili wypicia mleka, zawartość żołądka przedstawiała się jako płyn wodnisty, zielonkawy, podobny do serwatki, w którym pływały liczne i duże skrzepy sernika, albo też jako ciecz gęsta, zielonkawo-biała, na powietrzu natychmiast krzepnąca w jeden duży skrzep, podobny do tego, jaki się tworzy z mleka, po kilkunastogodzinnem staniu w ciepłym miejscu („zsiadłe mleko“).

Odczyn był zawsze kwaśny. Stopień kwaśności w 5-in doświadczeniach wynosił 0,04%—0,10%; średni stopień kwaśności równał się 0,07%. W dwóch z trzech doświadczeń, w których uprzednio oznaczono dokładnie stopień kwaśności mleka, ilość kwasu po upływie 5-ciu minut nie zwiększyła się, a jednakże mleko uległo skrzepnieniu. W pozostałych dwóch doświadczeniach, nieoznaczono w mleku stopnia kwaśności, cyfry wszakże, oznaczające stopień kwaśności płynu z żołądka wydobytego (0,07% i 0,09%), wskazują, iż i w tych doświadczeniach ilość kwasu prawdopodobnie się nie zwiększyła.

Kwaśność płynu, z żołądka wydobytego, zależała wyłącznie od kwasu mlecznego; kwasu solnego nie można było wykryć. Płyn zawierał w trzech doświadczeniach ślady peptonu, a we wszystkich znaczne ilości parapeptonu.

W piętnaście minut od chwili wypicia mleka, zawartość żołądka przedstawiała się również jako płyn zielonkawy, zawierający grube skrzepy sernika. Odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,11%; we wszystkich doświadczeniach stopień kwaśności płynu, z żołądka wydobytego, był większy niż stopień kwaśności wypitego mleka. Odczyn kwaśny płynu zależał wyłącznie od kwasu mlecznego; kwasu solnego wykryć nie można było; ilość peptonu była znacznie większą niż po 5-ciu minutach, lecz w każdym razie małą; ilość parapeptonu była znaczną.

Po trzydziestu minutach przebywania mleka w żołądku, wydobyta zeń zawartość przedstawiała się jako płyn wodnisty, zielonkawy, zawierający nie tak wiele mniejszych i większych skrzepów sernika; odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,23%; kwaśność zależała prawie wyłącznie, a nawet być może i wyłącznie od kwasu mlecznego, odczyn bowiem Uffelmann'a wyraźnie występował, metylfiolet barwy nie zmieniał, a tropeolina, chociaż swą barwę zmieniała, to jednak w stopniu bardzo nieznacznym i to nie na *bordeaux* lecz na słabo-brunatną, co prawdopodobnie zależało od obecności znacznej ilości kwasu mlecznego. Jeżeli nawet płyn ten zawierał kwas solny, to w każdym razie w nadzwyczaj małej ilości, nie nieznaczącej w porównaniu z ogólnym stopniem kwaśności (0,23%). Ilość peptonu jak również parapeptonu była znaczną.

Po czterdziestu pięciu minutach od chwili wypicia mleka, wyciągałem z żołądka płyn zielonkawy, gęsty, zawierający liczne, drobnutkie skrzepy sernika. Odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,27%; w płynie tym tropeolina i metylfiolet wykrywały obecność kwasu solnego, a odczynnik Uffelmann'a wykazywał znaczne ilości kwasu mlecznego; ilość peptonu była znaczną, parapeptonu zaś małą.

W godzinę po wypiciu mleka, zawartość żołądka wyglądała tak samo jak poprzednia; odczyn jej był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,30%; można w niej było wykryć nieznaczną ilość kwasu solnego i dużo kwasu mlecznego; ilość peptonu była znaczną, parapeptonu małą.

Po godzinie i piętnastu minutach przebywania mleka w żołądku, wydobyta zeń zawartość przedstawiała się również jako płyn zielonkawy, gęsty, zawierający liczne, drobne skrzepy sernika; odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,32%; kwaśność zależała od dość znacznej ilości kwasu solnego i od obecności kwasu mlecznego; peptonu było dużo, parapeptonu bardzo mało.

Po godzinie i trzydziestu minutach, płyn, znajdujący się w żołądku, przedstawiał się tak samo jak powyższy; odczyn jego był kwaśny; średni stopień kwaśności wynosił 0,30%, można było w nim wykryć znaczne ilości kwasu solnego i mlecznego; ilość peptonu była znaczną, parapeptonu bardzo małą.

Po dwóch godzinach, wygląd płynu w żołądku zawartego nie uległ zmianie; odczyn był kwaśny; średni stopień kwaśności równał się 0,28%; kwaśność zależała zarówno od kwasu solnego, jak i mlecznego; płyn zawierał znaczne ilości peptonu a bardzo małe parapeptonu.

W trzy godziny od chwili wypicia mleka, zawartości w żołądku okazało się bardzo mało; przedstawiała się ona jako płyn zielonkawy, śluzowy, zlekką opalizujący, skrzepów sernika nie zawierający; odczyn był kwaśny, stopień kwaśności wynosił 0,10%; zakwaszenie zależało i od kwasu solnego i od mlecznego; peptonu można było wykryć tylko ślady.

Takie same własności przedstawiała zawartość żołądka po upływie trzech godzin i trzydziestu minut od chwili wypicia mleka.

Dopiero w cztery godziny od początku doświadczenia, żołądek okazał się pustym; wprowadzona do niego i wydobyta woda okazała się czystą, niezabarwioną.

Wszystkie powyższe dane przedstawiają wyniki z doświadczeń nad trawieniem 300 ctm. sześciennych mleka. Ponieważ taka ilość mleka do zupełnego opuszczenia żołądka wymaga czterech godzin czasu, przeto można było sądzić, że np. $\frac{1}{6}$ część tej ilości wcześniej żołądek opuści, zanim zacznie się kwas solny w znaczniejszych zjawiać ilościach. Doświadczenie jednak nie potwierdziło tego przypuszczenia. Osobnikowi dałem do wypicia 50 ctm. sześciennych mleka; w godzinę potem zawartość żołądka przedstawiała wyraźny odczyn na kwas solny.

Wszystkich doświadczeń z surowym mlekiem wykonałem trzydzieści cztery. Wyniki ich są zebrane w następującej tablicy.

Nr. doświadczenia.	Ilość w ctm. sześcienn.	Ciepłota wzdług Cels.	Odczyn ewentualnie stop. kwaśności.	Czas po upływie którego wydobyto zawartość z żołądka.	Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewentualnie stop. kwaśności.	Średni stopień kwaśności.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylolietu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość parapeptonu.
I	300	17,5 ^o	slabo kwaśny	g. m. — 5	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego ze znaczną ilością grubych skrzepów sernika ¹⁾ .	kwaś. 0,07%	}	—	—	—	wyraz. ślady	znacz.
II	300	17,5 ^o	slabo kwaś.	— 5	180 ctm. sześciennych płynu gęstego zielonkawego z dużymi skrzepami sernika.	kwaś. 0,09%		—	—	—	wyraz. —	znacz.

¹⁾ Cyfry tu podane oznaczają ilość zawartości wydobytej, a nie całą ilość, jakie mogła być wydobyta.

Nr. doświad- czenia.	Ilość w ctm. sześciennych.	Ciepłota we- dług Cels.	Odczyn ewen- tualnie stop. kwaśności.	Czas po upływie którego wydo- byto zawartość z żo- łądka.	Ilość i wygląd wy- dobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewen- tualnie stop. kwaśności.	Średni sto- pień kwaśno- ści.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylojodu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość para- peptonu.
III	300	20,0 ^o	kwaś. 0,04%	5	200 ctm. sześcienn. płynu mlecznego z drobniutkiami skrzepami sernika. Na powietrzu twor- zy się jeden duży skrzep.	kwaś. 0,04%	0,07%	—	—	wyraź.	—	znacz.
IV	300	20,0 ^o	kwaś. 0,06%	5	150 ctm. sześć. płynu gęstego zielonkawo- białego, na powie- trzu krzepnącego.	kwaś. 0,06%	—	—	—	wyraź.	ślady	znacz.
V	300	18,5 ^o	kwaś. 0,07%	5	200 ctm. sześcienn- nych płynu zielon- kawego, zawierają- cego grube skrzepy sernika.	kwaś. 0,10%	—	—	—	wyraź.	ślady	znacz.
VI	300	18,5 ^o	kwaś. 0,07%	15	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, zawierającego grube skrzepy sernika.	kwaś. 0,11%	—	—	—	wyraź.	mała	znacz.
VII	300	20,0 ^o	kwaś. 0,08%	15	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, zawierającego nie- liczne grube skrze- py sernika.	kwaś. 0,10%	0,11%	—	—	wyraź.	mała	znacz.
VIII	300	20,0 ^o	kwaś. 0,09%	15	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego grube skrzepy sernika.	kwaś. 0,12%	—	—	—	wyraź.	mała	znacz.
IX	300	18,7 ^o	słabo kwaś.	30	150 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego różnej wielkości skrzepy sernika.	kwaś. 0,25%	—	—	słaby	wyraź.	znacz.	znacz.
X	300	18,5 ^o	słabo kwaś.	30	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego małą ilość skrzepów ser- nika.	kwaś. 0,20%	0,23%	—	bardzo słaby	wyraź.	znacz.	znacz.
XI	300	17,5 ^o	słabo kwaś.	30	100 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego niezna- czną ilość skrzepów sernika.	kwaś. 0,23%	—	—	bardzo słaby	wyraź.	znacz.	znacz.
XII	300	20,0 ^o	kwaś. 0,07%	45	50 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,23%	—	słaby	słaby	wyraź.	znacz.	mała

Nr. doświad- czenia.	Ilość w ctm. szeszeń.	Ciepłota we- dług Cels.	Odczyn ewen- tualnie, stop. kwaśności.	Czas po upływie którego wydoby- to zawartość z żo- łądka.	Ilość i wygląd wy- dobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewen- tualnie stop. kwaśności.	Średni sto- pień kwaśno- ści.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylolektu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość para- peptonu.
XIII	300	17,5 ^o	kwaś. 0,06%	36 m. — 45	25 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,34%	0,27%	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	ślady
XIV	300	17,5 ^o	kwaś. 0,06%	— 45	20 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego liczne drobne skrzepy ser- nika.	kwaś. 0,26%	—	slaby	wyraź	wyraź.	znacz.	mała
XV	300	21,1 ^o	slabo kwaś.	1 —	20 ctm. sześć. płynu zielonkawego, za- wierającego liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,32%	—	slaby	wyraź.	wyraź.	znacz.	mała
XVI	300	20,3 ^o	slabo kwaś.	1 —	100 ctm. sześć. plynu zielonkawego, za- wierającego liczne drobne skrzepy ser- nika.	kwaś. 0,27%	0,30%	slaby	wyraź.	wyraź.	znacz.	mała
XVII	300	21,1 ^o	slabo kwaś.	1 —	80 ctm. sześć. plynu zielonkawego, za- wierającego drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,31%	—	slaby	wyraź.	wyraź.	znacz.	mała
XVIII	300	17,5 ^o	kwaś. 0,07%	1 15	50 ctm. sześć. płynu gęstego zielonka- wego, zawierające- go liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,34%	—	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	ślady
XIX	300	17,5 ^o	kwaś. 0,09%	1 15	20 ctm. sześć. płynu gęstego zielonka- wego, zawierającego liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,31%	0,32%	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	mała
XX	300	18,5 ^o	kwaś. 0,07%	1 15	20 ctm. sześć. plynu gęstego, zawierają- cego liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,31%	—	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	—
XXI	300	20, ^o	kwaś. 0,07%	1 30	Można było wydobyć tylko kilka kropeł mętnego zielonka- wego płynu.	kwaś.	—	—	—	—	—	—
XXII	300	20,1 ^o	kwaś. 0,09%	1 30	20 ctm. sześć. plynu gęstego, zielonka- wego, zawierają- cego drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,32%	—	wyraź.	wyraź.	wyraź.	znacz.	mała

Nr. doświad- czenia.	Ilość w ctm. szescien.	Ciepłota we- dług Cels.	Odczyn ewen- tualnie, stop- kwaśności.	Czas po upływie którego wydoby- to zawartość z żo- łądka.	Ilość i wygląd wy- dobyczego z żołądka pływu.	Odczyn ewen- tualnie stop- kwaśności.	Średni sto- pień kwaśno- ści.	Odczyn na kwas solny za pomocą metylofioletu.	Odczyn na kwas solny za pomocą trocheolu.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość para- peptonu.
				gr. m.								
XXIII	300	22,5 ^o	kwaś. 0,09%	1 30	Można było wydo- być tylko kilka krop- el mętnego zielo- nawego płynu.	kwaś.	0,30%	wyraż.	wyraż.	—	—	—
XXIV	300	17,5 ^o	kwaś. 0,08%	1 30	20 ctm. sześć płynu gęstego, zielonka- wego, zawierające- go liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,31%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znac.	ślady
XXV	300	17,5 ^o	kwaś. 0,07%	1 30	30 ctm. sześć. płynu gęstego, zielonka- wego, zawierające- go liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,26%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znac.	b.mała
XXVI	300	20,6 ^o	kwaś. 0,07%	1 45	Nie można było płynu z żołądka wydo- być; wstrzyknięta i wydobyta woda okazała się mętną i zielonkawą.	—	—	—	—	—	—	—
XXVII	300	20,0 ^o	kwaś 0,09%	2 —	15 ctm. sześć płynu gęstego, zielonka- wego, zawierające- go liczne drobne skrzepy sernika.	kwaś. 0,29%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znac.	b.mała
XXVIII	300	18,5 ^o	kwaś. 0,08%	2 —	20 ctm. sześć. płynu gęstego, zielonka- wego, zawierające- go liczne drobn- skrzepy sernika.	kwaś. 0,23%	0,28%	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znac.	mała
XXIX	300	16,0 ^o	kwaś. 0,07%	2 —	20 ctm. sześć. płynu gęstego, zielonka- wego, zawierają- jącego liczne skrzepy sernika.	kwaś. 0,32%	—	wyraż.	wyraż.	wyraż.	znac.	mała
XXX	300	18,5 ^o	kwaś. 0,05%	2 30	Nie można było płynu z żołądka wydo- być. Wstrzyknięta i wydobyta woda okazała się mętną i zawierała kilka skrzepów sernika.	—	—	—	—	—	—	—
XXXI	300	21,0 ^o	kwaś. 0,07%	3 —	20 ctm. sześć. płynu śluzowego, zielonka- wego, opalizują- cego.	kwaś. 0,10%	—	slaby	wyraż.	wyraż.	ślady	—

Nr. doświadczenia.	Ilość w ctm. sześcienn.	Ciepłota wzdług Cels.	Odczyn ewentualnie stopnia kwasności.	Czas po upływie którego wydobyto zawartość z żołądka.	Ilość i wygląd wydobytego z żołądka płynu.	Odczyn ewentualnie stopnia kwasności.	Średni stopień kwasności	Odczyn na kwas solny za pomocą metylfioletu.	Odczyn na kwas solny za pomocą tropaeoliny.	Odczyn na kw. mleczny Uffelmann.	Ilość peptonu.	Ilość parapeptonu.
XXXII	300	16,2 ^o	kwaś. 0,06%	3 30	15 ctm. sześć płynu śluzowego, zielonkawego.	kwaś. 0,14%	—	slaby	wyraż.	wyraż.	ślady	ślady
XXXIII	300	18,5 ^o	kwaś 0,09%	4 —	Żołądek okazał się pustym, wprowadzona i wydobyta woda okazała się czystą.	—	—	—	—	—	—	—
XXXIV	50	17,5 ^o	kwaś. 0,07%	1 —	15 ctm. sześć płynu zielonkawego, zawierającego drobne skrzepy sernika.	kwaś.	—	wyraż.	wyraż.	—	—	—

Z powyższych doświadczeń następujące wnioski wyprowadzić się dadzą:

1) 300 ctm. sześciennych surowego mleka opuszcza zdrowy żołądek dopiero w 4 godziny od chwili wypicia.

2) Właściwe trawienie tych 300 ctm. sześciennych mleka zostaje jednakże ukończone wcześniej, mianowicie po upływie 3 godzin.

3) Skrzepnienie surowego mleka w żołądku następuje już po upływie 5 minut po wypiciu takowego.

4) Skrzepnienie to nie zależy od zwiększenia się ilości kwasu, lecz od działania innego czynnika, niewątpliwie fermentu mlecznego (*Labferment*) *H a m m a r s t e n'a*.

5) Zawartość żołądka posiada najwyższy średni stopień kwasności po upływie jednej godziny i piętnastu minut. Stopień ten wynosi 0,32%.

6) Najwyższy stopień kwasności, mianowicie 0,34%, we wszystkich doświadczeniach wydarzył się tylko dwa razy: raz po 45 minutach, a drugi raz po 1 godzinie 15 minutach.

7) Kwaśność zawartości żołądka zależy z początku prawie tylko od kwasu mlecznego, a w dalszym przebiegu trawienia od mlecznego i od solnego.

8) Stale i w znaczniejszej ilości zaczyna się kwas solny pokazywać w zawartości żołądka dopiero po upływie 45 minut, od chwili wypicia 300 ctm. sześciennych mleka.

9) Kwaśność zawartości żołądka zwiększa się stopniowo podczas pierwszej godziny i piętnastu minut, następnie stopniowo opada aż do chwili zupełnego opróżnienia żołądka.

10) Zwiększanie się stopnia kwasności zależy z początku prawie wyłącznie od kwasu mlecznego, w dalszym dopiero przebiegu trawienia na to zwiększanie się stopnia kwasności wpływa też obecność coraz to znaczniejszej ilości kwasu solnego.

11) Opadanie stopnia kwaśności zależy od zmniejszania się ilości obu kwasów.

12) Największe ilości peptonu wykazać się dają w zawartości żołądka w czasie od 30 minut do 2 godzin po wypiciu mleka. Przed 30-tu minutami i po 2-óch godzinach, peptonu wykryć można bardzo mało, albo też tylko ślady. W odwrotnym stosunku zachowuje się ilość parapeptonu, ale to tylko w początkach trawienia.

13) W peptonizacji mleka z początku bierze udział kwas mleczny, a w dalszym przebiegu trawienia i mleczny i solny.

Jakkolwiek powyższe, jak również i następne, wnioski odnoszą się tylko do jednego osobnika do doświadczeń służącego, pomimo tego jednak mogą być mniej lub więcej uogólnione, ponieważ dany osobnik znajdował się w stanie najzupełniejszego zdrowia i ponieważ doświadczenia wielokrotnie były powtarzane. Bezwątpienia znajdują się zdrowe osoby, u których żołądkowe trawienie mleka odbywa się nie we wszystkich szczegółach tak samo jak u naszego osobnika, ale z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć można, że powyższe i następne wnioski stosują się do większości ludzi zdrowych. Nie chcę przez to powiedzieć, iż nie należy już badać trawienia mleka w żołądku innych zdrowych osób — i owszem badania takie byłyby bardzo pożądane — im będą liczniejsze tem pewniejszymi staną się wnioski. I ja chciałem sprawdzić, niektóre przynajmniej dane, na innej jakiejś odpowiedniego wieku zdrowej osobie, ale trudność w wynalezieniu takowej stała temu na przeszkodzie. (D. n.)

II. PRZYPADEK ZWĘŻENIA KRTANI

(*stenosis laryngis*),

Podał

Alfred Sokolowski

ordynator szpitala Św. Ducha

W początku Października 1883 r. przybył na mój oddział szesnastoletni chłopiec, T., z powodu bezgłosu i silnej duszności, od kilku lat trwającej, a ostatniemi czasy stopniowo wzmagającej się. Chory opowiada, że, o ile sobie przypomnieć może, przed pięciu laty dotkniętym był jakąś wysypką skórą pod postacią dość dużych krost; wysypka ta trwała dosyć długo, kilka razy nikła i znowu występowała. Prawie równocześnie zauważył chory lekką duszność, z początku występującą tylko przy forsowniejszym ruchu, która jednakże, powoli wzmagając się, ostatecznie pozostała stale. Przed dwoma laty zaczął stopniowo chrypnąć i wreszcie głos utracił zupełnie; jednocześnie duszność zaczęła się wzmacniać, oddech chorego stał się świszczącym; od czasu do czasu, a szczególnie w nocy, lub też po lekkim zmęczeniu, występowały silne napady zaduszania się. Zresztą chory czuje się dobrze i żadnego innego cierpienia nie przebywał.

Co się tyczy momentów dziedzicznych, to od matki chorego dowiedziałem się, że ojciec chorego wedle wszelkiego prawdopodobieństwa przebywał kiedyś przymiot; w jakiś czas potem widziałem młodszą siostrę chorego, u której znalazłem wyraźne objawy cierpienia przymiotowego nosa (głębokie owrzodzenia, pruchnienie chrząstek nosowych.)

Przy badaniu chorego znalazłem: szmer oddechowy świszczący, zdala słyszalny; duszność silna; przy głębokiem westchnięciu oddech świszczący wzmaga się. Bezgłos zupełny. Odżywianie ogólne dobre, nigdzie blizn ani gruczołów powiększonych nie znaleziono. Narządy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają. W jamie gardzieliowej, oprócz nieznacznego zaczerwienienia tylnej ścianki, innych zmian niema. W nosie znaleziono: muszle częściowo zaniknięte, błona śluzowa pokryta znaczną ilością zeschniętych strupów, wydzielających nieprzyjemną woń (*Rhinitis atrophica, ozaena*). Krtani: z powodu silnej duszności badanie przedstawiało niezwykle trudności, zdołałem jednakże dojrzeć, że nagłośnia nie była wcale zmienioną. Lewa chrząstka nalewkowa nieco obrzęknięta i lekko zaczerwieniona. Przy głębokim wdechu można było, chociaż z trudnością, ujrzeć struny głosowe prawdziwe, silnie zgrubiałe, mocno czerwone; co się poniżej głośni znajdowało, tego, pomimo kilkakrotnego badania, dojrzeć nie mogłem, z powodu silnej duszności i szybko występującego napadu zaduszania, wywołanego każdorazowem badaniem chorego.

Zachodziło pytanie, z czem mamy do czynienia; badanie krtani, chociaż niezupełnie, dokładne wykazało nam jednakże ważne zmiany, a mianowicie wyżej wzmiankowane zgrubienie obu strun głosowych prawdziwych i zgrubienie lewej chrząstki nalewkowej. Zmiany owe odnieść by można było zarówno do zapalenia przerostowego strun głosowych (*Chorditis hypertrophica*), jako też do zmian wywołanych przymiotem; ze względu zaś na długi czas trwania choroby oraz na brak zmian w płucach, sprawy gruźliczej nie podejrzewałem. Z obu powyższych przypuszczeń, skłoniłem się bardziej do uważania zmian owych za przymiotowe, głównie mając na względzie jednoczesne zgrubienie chrząstki nalewkowej; wkrótce bliżej zaznajomiony z anamnezą, wyżej wspomnianą, tembardziej skłoniłem się do przyjęcia postaci dziedzicznej przymiotu, gdyż i u młodszej siostry chorego tylko tego rodzaju sprawa mogła wywołać wyżej wspomniane wrzodziejące cierpienie nosa. Choremu zaleciłem początkowo jód w dużych ilościach, nie widząc jednakże po upływie kilku tygodni najmniejszej poprawy, przeciwnie coraz bardziej zwiększającą się duszność, postanowiłem działać w innym kierunku, t. j. operacyjnym. Ponieważ badanie krtani ciągle przedstawiało niezwykle trudności, a nawet wywoływało groźne napady zaduszania, mowy więc nie było o jakimkolwiek leczeniu na drodze wewnątrz-krtaniowej; postanowiłem więc przedtem dokonać przecięcia tchawicy u chorego, a dopiero potem, po dokładnem zbadaniu istotnych zmian (a szczególnie poniżej głośni), przystąpić do ewentualnego metodycznego rozszerzania krtani, drogą wewnątrz-krtaniową. W tym celu uproszony przezemnie kolega Jawdyński, ordynator kliniki chirurgicznej dokonał dnia 23 Października przecięcia tchawicy (*Tracheotomia media*). Ani sama operacja, ani też okres pooperacyjny nie przedstawiały najmniejszego powikłania; chory po wprowadzeniu rurki tracheotomicznej zaczął natychmiast oddechać zupełnie swobodnie; gojenie

się rany następowało szybko i prawidłowo. Kiedy jednakże zagojenie rany nastąpiło w zupełności i chory miał być poddanym następczemu leczeniu, takowy uległ niespodziewanie ciężkiej chorobie, a mianowicie tyfusowi brzuszemu, którym się zaraził w szpitalu. Tyfus ten przebiegał niezwykle ciężko, z gorączką dochodzącą do 40° C. stopni, trwał przeszło sześć tygodni; okres rekonwalescencji był również długim. W czasie całego przebiegu, powikłanego ciężkiem zapaleniem oskrzeli, chory przez rurkę tracheodoniczną oddechał zupełnie swobodnie, a ataki zaduszania nie występowały wcale. Dopiero po zupełnem przyjsciu do sił chorego, t. j. 10 Lutego mogłem wykonać dokładne zbadanie krtani przy pomocy wziernika. Znalazłem stan następujący: nagłośnia umiarkowanie zaczerwieniona, tylna ściana przedstawiała się tak jak przy pierwszym badaniu, t. j. chrząstka nalewkowa lewa nieco zgrubiała w porównaniu z prawą, ruchy teje chrząstki również (w czasie wdechu) mniej swobodne niż prawej. Struny głosowe prawdziwe zaczerwienione, nieco zgrubiałe, przedstawiają się pod postacią wałeczków, błona śluzowa na nich zwyrodniała i wygląda jak pofałdowana, tęga błona. Zgrubiała owa błona opuszcza się poniżej strun głosowych, tworząc rodzaj mocnej ścięgnistej przepony (*diaphragmy*), zamykającej wejście do krtani; tylko w części tylnej teje błony widać otwór, mający kształt nieforemnego trójkąta, w który zaledwie zgłębnik średniej grubości wprowadzić było można. Błona owa przedstawia się przy badaniu twardą, mocno naciągniętą; kolor jej ciemnoczerwony.

Tym sposobem dopiero powyższe badanie wykryło istotną przyczynę zwężenia, t. j. przeponę, istniejącą tuż poniżej strun głosowych, będącą w ścisłym związku z temi strunami, a wytworzoną w skutek rozrostowego (włóknistego) zwyrodnienia błony śluzowej strun głosowych.

Z początku sądziłem, że uda mi się zapomocą metodycznego rozszerzania rozszerzyć otwór i tą drogą powrócić choremu normalną drogę oddechu, nie chciałem bowiem odrazu uciekać się do przecinania błony, wiedząc z doświadczenia, że takie błony nieraz mocno krwawią i że prędko znowu się zarastają. Rozszerzanie rozpocząłem rozszerzadłami Schröter'a, poczynając od N-ru pierwszego, który po kilkokrotnem sondowaniu udało mi się wprowadzić. Ta droga okazała się jednakże w zastosowaniu nie praktyczną, po kilkotygodniowym bowiem codziennem sondowaniu, grubszego rozszerzadła niż 3-ci N. przeprowadzić nie mogłem; postanowiłem więc przeponę rozciąć nożem i dopiero znowu w dalszym ciągu rozszerzać. W tym celu w Maju przystąpiłem do rozcięcia, którego dokonałem zwykłym nożykiem krtaniowym, prowadząc cięcie od tyłu ku przodowi. Przy przecięciu wystąpiło, jakto i z góry przewidywałem, dosyć obfite krwawienie, skutkiem czego przecięcia dokonałem tylko na bardzo nieznacznej przestrzeni. Krwawienie ustąpiło szybko, a na drugi dzień rozpocząłem znowu rozszerzanie metodyczne, które od tej chwili dawało się wykonywać z wielką łatwością. stopniowo coraz grubszy numerami. W końcu Czerwca doszedłem do N-ru 9-ego; w tym to czasie chory, oddechając swobodnie nawet przy zamkniętej rurce tracheotomicznej, wypisał się ze Szpitala.

W początku Września chory powrócił znowu na mój oddział; znalazłem wówczas stan następujący: chory, oddecha mniej swobodnie aniżeli przy wypisaniu

się ze Szpitala; przy głębokim wdechu słycać lekki szmer zwiężenia. Rurka tracheotomiczna jest niemal w zupełności zatkana ziarniną, tak że chory oddycha właściwie mówiąc tylko drogą naturalną. Przy badaniu wnętrza krtani znalazłem obraz niezmienny, otwór jednakże w dyjafragmie wydał mi się nieco mniejszym, i w istocie próba wprowadzenia rozszerzadła N-ru 9 była bezowocowną; Nr. 8 jednak wchodził swobodnie. Postanowiłem wtenczas jeszcze raz nieco rozciąć przeponę, czego też i wkrótce dokonałem, a ponieważ chory oddechał drogą naturalną prawie zupełnie swobodnie, sądziłem więc, że wydobycie rurki tracheotomicznej jest w zupełnie wskazanem. Wydobycie jednakże takowej przedstawiało znaczną trudność, spowodowaną masą ziarniny wytworzoną naokoło rurki, której światło nawet zatkane było ziarniną, jak to już wyżej wspomniałem. Rurka tracheotomiczna wydobytą jednakże została w początkach Października i po wydobyciu jej przekonaliśmy się, że światło jej było zatkane wielkim czopem ziarniny. Rana po wydobyciu rurki zagoiła się szybko, a chory zaczął oddychać zupełnie swobodnie, jednocześnie i głos chociaż nieco chropawy zaczął również się ujawniać. W ciągu ostatnich tygodni, krtani chorego, ciągle poddawałem metodycznemu rozszerzaniu; dzisiaj stan chorego, jakto sami koledzy przekonać się mogą ¹⁾, przedstawia się w ten sposób, że śmiało uważać go można za uleczonogo. Oddech wprawdzie nie jest jeszcze zupełnie swobodnym i szczególnie przy głębszym wdechu występuje lekka bardzo duszność, chorego jednakże stan ten bynajmniej nie utrudza, jest on w stanie chodzić i mówić chociaż ochryplym głosem lecz z wielką łatwością. Badanie krtani wykazuje zgrubiałe i zwyrodniałe struny obok pozostałej części przepony, tworzącej rodzaj sierpowatego otworu, w który z wielką łatwością wchodzi gruby dilatator, mający przeszło $2\frac{1}{2}$ centymetry obwodu. Całość obrazu przy głębokim wdechu przedstawia następujący rysunek zdjęty z natury:



Chodzi teraz głównie o to, aby z tak wielkim mozołem po przeszło całorocznej pracy osiągnięty rezultat, po wypisaniu się chorego ze Szpitala nie poszedł na marne, t. j. aby otwór, obecnie szeroki, znowu się nie zwięził i nie wywołał objawów stopniowo powiększającej się duszności. Chcąc uniknąć tego, postanowiłem chorego samego wyuczyć wprowadzania sobie rozszerzadła do krtani, zaopatrzyć go w takowe i dopiero wypisać z tem zastrzeżeniem, aby w ciągu dłuższego przeciągu czasu codziennie rozszerzanie sam sobie wykonywał. Zdaje się, że mi to się uda, chory bowiem już kilkakrotnie był w stanie rozszerzadło sam sobie do krtani wprowadzić.

Jak to wyżej powiedziałem, istotną przyczyną zwiężenia krtani w naszym przypadku, było wytworzenie się błony tuż poniżej strun głosowych, błony zamykającej światło krtani w rodzaju dyjafragmy i posiadającej nieznaczną tylko

¹⁾ Chory przedstawionym był na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Listopada. 1884.

otwór. Blony takie, a mianowicie w krtani tuż pod strunami głosowemi, lub też jeszcze nieco niżej to jest już w świetle tchawicy, zdarzają się dosyć rzadko i są bardzo ważne pod względem praktycznym. Przyczyna ich powstawania bywa różną, najczęstszą jednakże i najważniejszą z nich bez zaprzeczenia jest przymiot nabyty, czy też dziedziczny; w literaturze też laryngologicznej, poczynając od Türk'a, spotykamy odpowiednią kazuistykę, a w dziele Störck'a opisany i odrysowany jest przypadek, wielce do naszego zbliżony. Z innych przyczyn tych błon, należy wspomnieć o śluzo-ropnem zapaleniu (*blenorrea*) Störck'a; autor ten wspomina, że czasem ropny nieżyt noso-gardzielowy, opuszczający się do krtani, wywołuje zmiany rozrostowe strun, które zrastają się na kształt przepony. W naszym przypadku, z powodu braku zmian typowych w gardzieli, nosie i krtani, o takowej przyczynie i mowy być nie może. Toż samo da się powiedzieć i o *rhinoscleroma*, tak, że zdaje się, iż jedyną możliwą przyczyną w naszym przypadku był przymiot dziedziczny.

NOTATKI LEKARSKIE.

24. Kwas salicylowy, jako poronny środek leczenia szankrów miękkich.

Z pomiędzy przeróżnych środków, używanych dotychczas w celu poronnego leczenia szankrów miękkich, kwas salicylowy, zalecany w ostatnich czasach przez młodego Hebrę, okazał się wielce praktycznym. Przetwór powyższy, jako słabo żrący, działa powierzchownie, nie przyczynia prawie wcale cierpienia i pozostawia bardzo nieznaczny odczyn zapalny. Sposób zastosowania polega na dokładnem przykryciu proszkiem danej powierzchni wrzodu, co najlepiej skutecznie za pomocą zglębniaka rowkowanego, lub innego odpowiedniego narzędzia, którem można by wygodnie ów lekki proszek nabrać, na wrzód przenieść i następnie z lekka jakoby ubić.

Rękoczyn powyższy powinien być skutecznym natychmiast po najzupełniejszym osuszeniu wrzodu za pomocą tamponika z waty hygroskopijnej, w przeciwnym bowiem razie, kwas salicylowy, jako nierozpuszczalny w wodzie ewentualnie w surowicy i ropie, odgraniczony płynną warstwą od dna wrzodu, jedynie za dodatkiem sody mógłby okazać swe działanie. Pokrywając wrzód proszkiem, należy uważnie unikać posypania brzegów otaczającej zdrowej skóry, a to w celu uniknięcia niepotrzebnego jej podrażnienia. Posypawszy wrzód, kładziemy na niego mały kawałek waty lub muslinu i przewiązujemy jeśli okazuje się tego potrzeba — bandażykiem. Opatrunek raz na dzień wystarcza, jeśli ropienie jest skąpe; w przeciwnym razie, szczególnie gdy ziarniny bujają, przedstawiając między swemi przetworami jakoby zatoczki szankrowe (*ulcus elevatum*), wówczas musimy posypywać dwa razy na dzień. W tym samym związku z ropieniem wrzodu znajduje się i wynik, osiągany po zastosowaniu kwasu salicylowego. Jeśli dla wrzodów świeżych, małych rozmiarów, ze skąpem ropieniem, wystarcza nieraz 3 lub 4 pudrowania, wówczas dla dużej i obficie ropiejącej powierzchni użyjemy dni 6 i więcej. Zawiadując obecnie czasowo oddziałem wenerycznym męzkim w szpitalu S-go Łazarza, korzystam z materiału i stosuję ciągle kwas salicylowy. Działaniu powyższemu poddawałem postaci tak zwanych szankrów miękkich z różnem natężeniem ich siły żrącej, powierzchni bubonów pachwinowych (*bubo venereus*) i ropni powstałych w skutek zapalenia naczyń chłonnych skóry prącia (*bubonuli*), których charakter znamionował

wszystkie cechy szankra, a wykluczyłem z pod obserwacji wrzody przymiotowe i zgorzelinowe. Wyniki otrzymałem dotychczas bardzo zadawalniające; kilkakrotnie udało mi się powstrzymać całkowite zniszczenie wędzidełka przy przedziurawieniu tegoż przez wrzód weneryczny, jakoteż ograniczyć w jednym przypadku wrzód fagadeniczny główki prącia, który przez trzy miesiące opierał się wszelkim środkom przeciwnym. Co się tyczy następczego zapalenia gruczołów pachwinowych, to niniejszy środek zarówno jak i inne żrące niejednokrotnie, pomimo zagojenia szankra, nie jest w stanie powstrzymać rozwoju bubonów. T. Anders.

KORRESPONDENCYJA.

Otwarcie kolonii dla umysłowo-chorych w Buraszewie.

(Twerskiej gubernii).

Doniosłe, wszechstronne znaczenie t. zw. kolonij rolnych (*les colonies agricoles*) dostatecznie już dzisiaj zostało uznane przez specjalistów i ogół. Z jedną z nich, w czasie Kongresu w Kopenhadze, zapoznał bliżej jego przedstawicieli D-r Steenberg, twórca i dzisiejszy kierownik kolonii St. Hansa. Słusznie Europa szczyścić się może podobnemi instytucjami. Jeżeli zaś tu i ówdzie (niestety i u nas) istnieją jeszcze dawne zakłady, bardziej przypominające więzienia niż szpitale, to miejmy nadzieję, że żywot ich dobiega już swego nie dalekiego kresu. Nie zadawalniając ani pod względem leczniczym, ani pod względem ogólnie ludzkich wymagań, nie mogą one się dłużej ostać wobec dzisiejszych wymagań społecznych i wiedzy. Praca, świeże powietrze, zniesienie stałej izolacji w celach, zniesienie wszystkiego co inkwizycyję lub więzienie przypominać może, oto podwaliny nowowznoszonych kolonij dla umysłowo-chorych. Słusznie, zdaje mi się, zauważył D-r Kjellberg (z Upsali), że jeżeli 40% chorych zostaje stale w zakładach, jako uznani za niewyleczalnych, to nie dlatego, że są takimi z natury cierpień swoich, lecz dla wadliwego niestety leczenia. Kolonija petersburska (na 200 łózek) jest pierwszą tego rodzaju w Rosyi, wzniesiona staraniem dzisiejszego jej kierownika D-ra Nikiforowa. W innych szpitalach, mimo możliwego ulepszenia, zachowano dawny system centralny. Dopiero ziemstwa, stojące i w tym razie na wysokości swego zadania, podjęły w tym kierunku chlubną dla nich inicjatywę. Wyrazem ich działalności w tej mierze są budujące się obecnie kolonije w Permie, Irkutsku, a nadewszystkie w Buraszewie. Tutejsza kolonija, dzięki prof. Balińskiemu, dzięki nabytemu doświadczeniu członków zarządu, którzy poprzednio zwiedzili najznakomitsze zagraniczne zakłady, przedstawia obraz umiejętnego zastosowania wszystkich ulepszeń i wymagań tego rodzaju instytucyj. W ogóle najbardziej jest ona zbliżona do saskiej w Alt Scherbitz, według której przeważnie wzorowano nowowzniesioną koloniję.

Buraszewo, położone jest o 2 mile, dosyć przykrej i jednostajnej drogi od gubernijalnego miasta Tweru. Wzniesione na pochyłości wzgórz wśród sosnowego lasu, zdaleka już robi dodatnie, przyjemne wrażenie. System pawilonowy jest w nim przeprowadzony w najszerszym znaczeniu. Ośrodkową część każdego oddziału stanowi korytarz, z kąd liczne drzwi prowadzą już to do celek już to do wspólnych sypialni i pokoi administracyi i służby. Każdy oddział ma swoje wanny, natryski, ogólną salę dla przechadzek i rozrywek i dosyć obszerną salę, z wielu pobocznemi pokoikami, w których czasowo są pomieszczani nowoprzybyli chorzy. Ci ostatni, po określeniu stopnia i rodzaju choroby, otrzymują już odpowiednie miejsca w oddziale chorych niebezpiecznych, spokojnych, lub zanieczyszczających. Przy urządzeniu celek miano na względzie, aby usunąć wszy-

stko, co chory mógłby wyzyskać ku szkodzie swego zdrowia lub życia; nie masz żadnego gżemsu, klamki, ściany obite tak zwaną mocalką, podłoga asfaltowa. Sypialnie dla spokojnych chorych nie mają więcej nad 10—15 łózek. Okna w całym zakładzie z tak zwanego szkła kamiennego. Kraty wprowadzono w nie w ten sposób, że są z niemi w jednej płaszczyźnie, stanowiąc z szybami jedną, równą powierzchnię. Najsilniejsze uderzenie pięścią lub nogą nie zdolne jest zbić takiej szyby. Piece też nie wystają po za ściany, bez wszelkich ozdób i gżemsów. Wentylacja zupełnie wystarczająca. Drzwi otwierają się dowolnie w obie strony, bez klamki. Dla zamykania ich, w razie potrzeby, przy odpowiednim zamku służy właściwy klucz, będący w posiadaniu lekarzy. Tenże klucz służy dla zamykania furtek, wani, natrysków, kranów bezpieczeństwa i t. d. Łóżka żelazne z poręczami. Przytwierdzone do nich za pomocą zawias ławeczki służą do składania odzienia lub dla wypoczynku chorych. Zasługuje na uwagę wprowadzenie na wszystkich korytarzach zegarów, służących dla kontrolowania służby, mającej czuwać nad chorem w nocy. Wanny, natryski, nie pozostawiają nic do życzenia. Właściwe urządzenie nie pozwala chorem dowolnie podnosić stopnia, ani ilości wody. Dwie wanny ogrzewają się z szybkością w 20—30 minut. Waterklozety urządzone są w ten sposób, że mimowolne naciśnięcie wstającego chorego zastępuje przy odpowiednim urządzeniu zwykłą manipulację przy naszych waterklozetach, mającą na celu usunięcie nieczystości i obmycie. Defekacje spływają po rurach do obszernych podziemnych rezerwoarów, napełnionych wodą i stale oczyszczanych. Z tych ostatnich po rurach spływają one na znacznie odległe od zakładu pole. Woda źródłana. Najmniej sądzić możemy o urządzeniu sal dla pracy, gdzie chorzy mają pracować w przyszłości przy różnych warsztatach. Dotychczas wzniesiony dom nie jest zupełnie wykonczony. Siedem innych są jeszcze tylko w projekcie. Do fermy należy 405 dziesięcin ziemi, co daje możność zakładowi rozwinąć systematyczne rolne gospodarstwo, do którego też będą używani odpowiedni chorzy. W chwili obecnej koszta utrzymania zaledwie przybliżenie określić się dadzą. Zakład mieścić będzie 400 łózek. Dienne utrzymanie jednego chorego, włączając wszystkie koszta utrzymania, wyniesie około 75 kop.. W każdym razie będzie to suma bardzo poważna. Zresztą i przy budowie samej, Twerskie ziemstwo nie szczędziło kosztów; ogólny rzut oka na zakład jak również i znakomite wykończenie najdrobniejszych szczegółów są świadectwem poniekąd nawet pewnej rozrzutności z jego strony. Słusznie też ziemstwo tutejsze i psychiatrzy rossyjscy chcą widzieć w Buraszewie zakład, który winien oddać rossyjskiej nauce i psychiatrii w szczególności znakomite usługi. Powołani przez ziemstwo D-r Litwinow jako naczelnicy, D-r Jakowenko i Barteling, jako ordynujący lekarze, mają niezaprzeczenie niełatwe, lecz również i zaszczytne zadanie.

Otwarcie miało miejsce 14 Października r. b.

D-r Jan Kwiatkowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

75. Biedert i Sigel. Zapalenia płuc przewlekłe, suchoty i gruźlica pro-sówkowa.

Odkrycie, zrobione przez Koch'a przed dwoma przeszło laty, wywołało cały szereg prac, dotyczących istoty suchot; prace te, odznaczając się mniejszemi lub większemi zaletami, nie mogą wszakże dorównać ani pod względem jasności wykładu, ani sposobów badania, ani wreszcie ścisłości wyników, obszernej pracy tego autora, ogłoszonej w roku bieżącym w drugim tomie „Rozpraw berlińskiego urzędu zdrowia“. W ostatnim zeszycie Archiwu Virchow'a znajdujemy jeden

z tego rodzaju artykułów, którego autorowie zwrócili swą uwagę głównie na kliniczną stronę badanej kwestyi, opierając się na 100 obserwacjach chorych i 15 oględzinach pośmiertnych, dokonanych w szpitalu miejskim z Hagenau.

Sposób barwienia, stosowany przez autorów, nie różnił się niczem prawie istotnem od sposobu Ehrlich'a; używali oni do zabarwienia tła przeważnie barwników zielonych (*Malachitgrün*), gotowe zaś preparaty z wydzielin i tkanek oglądali i przechowywali w glicerynie; zarówno dla szkiełek z płwociną lub kałem, jak i dla skrawków uważają za wystarczające barwienie w ogrzanym barwniku, który zalecają ogrzewać ostrożnie aż do trzykrotnego parowania plynu. Prócz tego tkanki barwili także według sposobu Weigert'a i Gram'a. Co się tyczy badania kału, to autorowie podają dość praktyczny sposób, polegający na rozcieńczeniu pewnej ilości kału wodą, precedzeniu go przez kawałek czystego płótna, a następnie badaniu osadu, jaki utworzy się w precedzonej cieczy. Ażeby mózdz zbadać świeże lub stwardnione w wysoku gruźelki, autorowie wycinali je wypalonymi narzędziami z tkanek, następnie również wypalonymi szczypcykami, skalpelami, lub szklaną pałeczką rozciskali w czystym porcelanowym naczyniu, aż do otrzymania dość drobnego proszku, co udaje się łatwo, po wyparowaniu z wyciętej tkanki wysoku; do otrzymanego w ten sposób proszku dodawali 1—2 kropeł czystego i nie zawierającego gruźliczych laseczników, białka z jajka kurzego i rozcierając temiż narzędziami aż do suchości, otrzymywali wreszcie bardzo delikatny proszek, który po rozcieńczeniu go wodą łatwo można było przenosić na szkiełka. Sposób ten uważają B. i S. za bardzo dobry, gdyż za pomocą takowego znajdowali laseczniki gruźlicze w gruźelkach nawet z takich tkanek, w których na skrawkach wykazał ich nie mogli.

Stosując wyżej podane metody, autorowie zauważyli, że laseczniki gruźlicze oprócz klasycznej ich postaci, podawanej przez Koch'a, dają się spostrzegać w trzech jeszcze odmianach, a mianowicie: 1) jako proste i dość grube laseczniki zaledwo trzy razy dłuższe niż szerokie, które albo napotykać się obok zwykłej długości laseczników, albo też wyłącznie w tej postaci; 2) laseczniki złożone z szeregów ziarn okrągłych, silnie zabarwionych, połączonych niezabarwioną błoną (*Körnchenreihen-bacillen*); wreszcie 3) postaci, złożone z dwóch laseczników, przylegających do siebie wymiarem podłużnym (*Doppelbacillen*). Obecność tych różnych postaci autorowie tłómaczą sobie przez różną wrażliwość pasorzytów gruźliczych na przyjmowanie barwnika, co zależy ich zdaniem od gruntu, na jakim się one rozwijają; w tym względzie opierają się Biedert i Sigel na poglądach Zopfa, który twierdzi, że jedne i te same pasorzyty mogą przyjmować różną postać, względnie do gruntu swego rozwoju. Prócz dopiero co podanych postaci, autorowie widzieli pasorzyty zupełnie do gruźliczych podobne, leżące tuż obok tych ostatnich, a jednak barwiące się ogólnem zabarwieniem tła. I te postaci są oni skłonni uważać za pasorzyty gruźlicze, lecz obumarłe, które wskutek tego utraciły możność zatrzymywania barwnika zasadniczego podczas odbarwiania preparatów. Na ten rodzaj pasorzytów, napotykanych także niekiedy pod postacią diplo i triplokoków, a nawet jako całe szeregi koków, autorowie zwracają uwagę, przypisując im własności takie same jak i zwykłym lasecznikom gruźliczym, lecz niestety na poparcie tego zapatrywania brak im faktów najważniejszych, nie robili bowiem ani hodowli, ani szczepień — to więc ich zapatrywanie musi pozostać gołosłownem tylko twierdzeniem.

Ilość obserwacji klinicznych, dokonana przez Biedert'a i Sigl'a, wynosi ogółem 100 przypadków, które obejmują: 37 przypadków przewlekłych spraw zapalnych, umiejscowionych przeważnie u wierzchołków płuc, w których zdołano wykazać obecność laseczników gruźliczych w płwocinie; 38 takich samych spraw zapalnych bez laseczników; 7 przypadków gruźlicy ostrej i przewlekłej, w których zawsze wykazano pasorzyty; 5 przypadków początkowych spraw zapalnych w wierzchołkach płuc, w których pasorzytów początkowo nie było i zja-

wily się dopiero po dłuższym przeciągu czasu; wreszcie 3 przypadki innych cierpień dróg oddechowych (rozedma, przewlekły nieżyt oskrzeli) i 10 przypadków różnych chorób, w których nie rozwinęły się suchoty, mimo długiego pobytu chorych między suchotnikami.

Na zasadzie tych 100 spostrzeżeń klinicznych, autorowie twierdzą, że nie mogą zauważyć żadnej prawie istotnej różnicy między przypadkami suchot, w których wykazano lub nie zdołano wykazać obecności pasorzytów gruźliczych w płwocinie; oprócz tego przyjmują, iż obie te sprawy mogą istnieć równocześnie u jednego osobnika. Ilość pasorzytnych i niepasorzytnych przypadków była prawie jednaką. Zarówno gorączka jak i krwotoki zdarzały się jednakowo często w jednych i w drugich i tylko co do gorączki zauważono, iż w przypadkach pasorzytnych trwała ona zwykle dłużej, ciepota ciała dochodziła do wyższego stopnia i przerwy bezgorączkowe redukowały się do jak najmniejszych okresów czasu. Zdanie, iż krwotoki płucne, rozpoczynające chorobę, trzeba brać na karb zmian, wywołanych przez laseczniki, autorowie uważają za błędne i bez podstawy. Co się tyczy wogóle przebiegu pasorzytnych i niepasorzytnych przypadków, to autorowie są zdania, iż pierwsze przebiegają złośliwiej i szybciej; równocześnie z pogorszeniem stanu ogólnego, a także niekiedy i ze zwiększeniem się ogniska zapalnego w płucu, w przypadkach pasorzytnych ilość pasorzytów gruźliczych w płwocinie znacznie się zazwyczaj powiększała. Wogóle większa ilość laseczników w płwocinie bywa przy gorszym przebiegu, gdy przeciwnie w przypadkach lżejszych pasorzytów zazwyczaj bywa niewiele; te ostatnie, t.j. lżejsze przypadki, zdaniem B. i S., mogą być nawet wyleczone, gdy ilość pasorzytów w płwocinie jest bardzo nie wielką, a obok ognisk zakaźnych, istnieją w płucach ogniska zwykłego pochodzenia zapalnego, nie zawierające pasorzytów. Istnienie z obojeczne obu tych rodzajów spraw chorobowych w płucach jednego i tego samego osobnika, badacze przyjmują na zasadzie wyników fizykalnego badania i wyników poszukiwań anatomicznych w płucach zmarłych; pomijając na teraz ten drugi dowód, o czym będziemy mówili niżej, zauważymy iż rozpoznanie kliniczne obu spraw chorobowych opierają autorowie na przypadkach, w których następowały znaczne pogorszenia, zjawiała się gorączka i nowe ogniska zapalne w płucach, wykazane za pomocą badania fizykalnego, gdy równocześnie ilość pasorzytów wcale się nie zwiększała w płwocinie, lub też takowe zupełnie znikaly. Nacieczenia takie, świeżo powstałe, bardzo często rozchodziły się zupełnie, niekiedy zaś ulegały rozpadowi, przyczem stan ogólny chorego znacznie się pogarszał, a ilość pasorzytów w płwocinie znacznie się zwiększała. Tego rodzaju sprawy autorowie objaśniają w ten sposób, iż obok ogniska pasorzytnego rozwinęło się nowe ognisko zupełnie niezależne od sprawy zakaźnej, a więc niepasorzytne, które albo ulega następnie zupełnemu wyrównaniu, albo też podlega również zakażeniu, co równocześnie wpływa bardzo źle na przebieg całego cierpienia.

Fakty te i inne spostrzeżenia, w których początkowo przy istnieniu w płucu spraw zapalnych, pasorzytów w płwocinie autorowie wykazać nie mogli, lecz wystąpiły one dopiero po pewnym przeciągu czasu, skłaniają Biedert'a i Sigel'a do wypowiedzenia bardzo ważnego ich zdaniem poglądu, iż: sprawy pasorzytne w płucach rozwijają się mogą tylko tam gdzie istnieje początkowo sprawa zapalna, gdzie więc pasorzyty znaleźć mogą dogodny grunt do usadowienia się i do rozwoju; w tkance zupełnie zdrowej wywołać zmian żadnych nie mogą. Nawet przy gruźlicy prosówkowej w płucach, autorowie są skłonni przyjąć istnienie takich pierwotnych przygotowawczych małych ognisk zapalnych które jednak za pomocą badania fizykalnego wykazać się nie dadzą. Określić ściśle czas kiedy nastąpiło zakażenie takiego przygotowawczego nacieczenia, czy to w przebiegu suchot, czy też gruźlicy prosówkowej jest rzeczą bardzo trudną, prawie niemożliwą. Jakkolwiek bądź jednak suchoty, które pojmować trzeba

jako chorobę pasorzytną, rozwijają się dopiero w przebiegu zapalenia płuc, przyrody niepasorzytnej. Przyjmując takie założenie, badacze twierdzą, iż mając usposobienie do zakażenia pod postacią takiego właśnie przygotowawczego nacieczenia, chory zawsze zarazić się musi, jeśli tylko znajdzie się w atmosferze zawierającej laseczniki, przeciwnie zaś usposobienia tego nie mający mogą lata całe przebywać pośród suchotników bez obawy zarażenia. Dowodem tego ostatniego twierdzenia są chorzy, podlegający nawet cierpieniom dróg oddechowych (rozedma, przewlekły nieżyt oskrzeli), a jednak nacieczenia tego nie posiadający, którzy leżąc przez czas długi na salach szpitalnych pośród suchotników sami suchotom nie ulegli. Z pośród innych cierpień, usposabiających do zakażenia, badacze zaznaczają ciężkie wady serca, połączone zwłaszcza z miękkim i szybkim tętnem i cierpienia połączone zazwyczaj z alkoholizmem. Nie ulega wątpliwości, że takie w wpływy, jak złe warunki życia, nadmiar pracy i t. p., a także wadła budowa ciała, sprzyjają również zakażeniu, lecz co się tyczy tego ostatniego faktu, to zdaniem autorów nie można mu przypisywać zbyt wielkiego znaczenia, gdyż widywali oni suchoty zarówno u słabo jak i u silnie zbudowanych.

Zarażenie następuje według autorów zawsze przez płuca nigdy zaś przez przewód pokarmowy, nawet u dzieci, jak chcą niektórzy np. Klebs.

Na poparcie swych twierdzeń, zebranych z klinicznej obserwacji, B. i S. podają wyniki 12 sekcji (w historyjach chorób zaznaczono sekcji 15). Z liczby 12 przypada 6 na zwykłe suchoty, 3 na ostrą gruźlicę, 1 na gruźlicze zapalenie opon mózgowych i 2 na także zapalenie otrzewnej. W trzech przypadkach, a mianowicie w 1 suchot, w 1 ostrej gruźlicy i w 1 gruźliczego zapalenia otrzewnej, badacze nie wykryli wcale laseczników gruźliczych, lecz tylko wzmiankowane wyżej pasorzyty, podobne do gruźliczych, barwiące się sposobem Gram'a bardzo wyraźnie, które B. i S. chcą uważać za inną odmianę pasorzytów gruźliczych.

Laseczniki Koch'a w tkankach, znaleźli badacze w 9 przypadkach, widzieli je w ścianach jam płucnych, w gruzelkach z płuc, z opon mózgowych i z otrzewnej, w krtani, w owrzodzeniach kiszki, w gruczołach limfatycznych oskrzelowych i krezkowych. Zawsze widywali je tylko pośród tkanki o wyglądzie ziarnistym, gdzie zarysy komórek były już zupełnie zglądzone, nigdy zaś w komórkach zdrowych lub komórkach obrzecznych. Na tej zasadzie przypuszczają, że laseczniki mogą rozwijać się tylko w tkankach, w których nastąpiło już poprzednio nacieczenie zapalne, usposabiające tkankę do przyjęcia zarazki, a w ten sposób popierają swe przypuszczenie, wypowiedziane przy zestawieniu wyników badań klinicznych. Zdrowe komórki na kresach nacieczeń stanowią jakby granicę, przez którą pasorzyty przejść nie mogą; gdy komórki te nie podlegną zmianom zapalnym, sprawa ogranicza się, gdy zaś i one zmętnieją, utracą swe wyraźne kontury, pasorzyt przenika w nie, a tym sposobem sprawa gruźlicza szerzy się naokoło, gdy zaś laseczniki dojdą do naczyń chłonnych lub krwionośnych, zakażenie gruźlicze może przejść i na inne narządy, wywołując ogólną gruźlicę. Na poparcie wyżej podanego twierdzenia B. i S. przytaczają, iż w przypadkach suchot widzieli nacieczenia, zawierające laseczniki, obok niezawierających, a nawet w przypadkach gruźlicy prosówkowej widywali gruzelki, nie mające ani jednego lasecznika, obok takich, które posiadały ich bardzo wiele. Zresztą są zdania, iż rozpad serowaty może w przypadkach suchot powstać zupełnie bez udziału laseczników, obecność zaś ich tylko bardzo znacznie przyspiesza całą sprawę.

(*Przyp. spr.*) Dość stosunkowo obfity materiał kliniczny, jakim rozporządzali B. i S., nie został niestety ani opisany zbyt szczegółowo ani poparty stosowną ilością oględzin pośmiertnych, dla tego też nie sądzimy, ażeby przypuszczenia, wypowiedziane przy zestawieniu obserwacji chorych, dały się poprzeć tak małą ilością badań dokonanych na tkankach. Co się zresztą tyczy tego ostatniego badania, to nie wiemy, czy można uważać je za wystarczające; barwienia skrawków tylko za pomocą trzykrotnego ogrzewania nie można nazwać dostate-

cznem, wobec tego, że laseczniki gruzlicze w tkankach wogóle barwią się bardzo trudno, a zabarwione słabo, szybko oddawać mogą swój barwnik. Zresztą zastosowanie do jednych przypadków sposobu Ehrlich'a do innych zaś Gram'a nie można uważać za odpowiednie, gdyż najstosowniej byłoby wypróbować każdy z nich po kolei. Nie wiemy zresztą czy preparaty, badane za pomocą systemów olejnych, nie wykazałyby obecności laseczników tam, gdzie 7 i 8 suchy system Hartnack'a — a tego tylko powiększenia używali autorowie — był za słabym, nawet pomimo oświetlenia za pomocą przyrządu Abbego. W końcu jeszcze jedną uwagę. Wiadomą jest rzeczą, iż Koch zdołał wywołać gruzlicę u zwierząt zupełnie zdrowych, pozostawiając je przez jakiś w powietrzu nasycionem lasecznikami gruzliczemi; robił to samo i Küssner wprowadzając masy gruzlicze do samej tchawicy.

(Archivum Virchow'a zeszyt 1 tomu 98. 1884).

M. Jakowski.

76. Strümpel. O ostrem zapaleniu szarej istoty korowej mózgu (*poliencephalitis acuta*) u dzieci.

Na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników w Magdeburgu, Strümpel zwrócił uwagę na nową postać chorobową, dotychczas w podręcznikach nie uwzględnianą, mianowicie na ostre zapalenie istoty szarej korowej mózgu, głównie w obrębie t. zw. *zona motoria corticalis*. Jak już dedukcyjnie możnaby wnioskować, cierpienie to rozpoczyna się nagle gorączką, wymiotami i drgawkami zwykle ogólnymi, rzadziej tylko ograniczonymi do kończyn, które później ulegną porażeniu. Okres ten choroby (*stadium initiale*) rozmaitego może być natężenia i trwać dłuższy lub krótszy czas (w przypadkach S. od 2 dni do 1—2 miesięcy). Czy w tym czasie może już nastąpić śmierć, trudno powiedzieć; autor skłonny jest sądzić, iż wiele nie jasnych przypadków chorobowych, kończących się śmiercią wśród objawów mózgowych, do tego cierpienia odnieść należy. Lekarz jednak rzadko może widzieć dziecko w tym okresie choroby; zazwyczaj go przywołano, nastąpił już bezwład połowiczny (*hemiplegia*). Bezwład ten prawie nigdy nie jest zupełny, zwykle dotkniętą jest nim pewna tylko grupa mięśni; ztąd dzieci zaczynają powoli na nowo chodzić, lub uczą się chodzić, gdy dotychczas jeszcze nie chodziły, chód tylko wskutek porażenia, lub co częściej skurczu pewnych mięśni jest niezgrabnym. Kończyna górna zwykle silniej bywa zaatakowana niż dolna, nigdy jednak do tego stopnia, jak w *poliomyelitis acuta*. Dość rzadko porażeniu ulegają dolne mięśnie twarzowe. Strümpel widział i porażenie mięśni ocznych, a na skutek takowego zez, którego dzieci do czasu choroby nie miały. Nie zawsze postać porażenia jest połowiczną; czasem przychodzi *monoplegia (brachio-facialis lub cruralis)*. W niektórych przypadkach nie ma widocznego porażenia mięśni, a tylko rodzaj bezładu (*ataxia*), niezgrabne wykonywanie ruchów. Zanik mięśni, jaki bywa w *poliencephalitis*, jest prostym, nigdy nie zależy od zwyrodnienia i nie towarzyszy mu odczyn elektryczny zwyrodnienia, co cechuje *poliomyelitis*. Kończyny porażone ulegają wstrzymaniu rozwoju. Przy *poliencephalitis* ruchy bierne kończyn porażonych są zwykle utrudnione wskutek skurczu (*contractura*) mięśni porażonych, gdy tymczasem w *poliomyelitis* wiotkość (*flacciditas*) mięśni jest zupełną. Odruchy ścięgniste są wzmoczone. Jeśli cierpi *zona motoria corticalis sinistra* wtedy bezwładowi towarzyszą zaburzenia w mowie, gdy dzieci przedtem mówiły; gdy dotąd nie mówiły, to uczą się takowej bardzo trudno, późno i jest ona na długo niewyraźną. Wielkiej wagi, gdyż wskazują na siedlisko choroby, są objawy podrażnienia, jakie w przypadkach *poliencephalitis* na stałe pozostają. Tu należą: padaczka (*epilepsia*) zaczynająca się prawie zawsze w kończynach porażonych i do nich ograniczona lub uogólniająca się i *atethosis*, która bywa częściej. Zaburzeniem ruchowym przy *poliencephalitis* towarzyszą czasami zaburzenia czuciowe, a rzadziej inteligencji. Autor widział, iż dzieci dotknięte tą chorobą robią często powolne postępy w naukach, są uparte, skłonne do kłamstwa i t. d.,

Z podanego opisu widać, iż cierpienie to bardzo jest podobne do *poliomyelitis anterior acuta*. Różnice zaznaczyliśmy wyżej, obecnie zaś dodamy, iż za cierpieniem istoty szarej kory mózgowej w tych razach mówi badanie pośmiertne, które wykazało braki porencefaliczne zapalne w *zona motoria corticalis*. W przypadkach gdy bezwład jest połowiczny, gdy mu towarzyszy porażenie mięśni dolnych twarzowych, zaburzenia w mowie, a w następstwie pojawia się epilepsja lub *athetosis*, nawet bez sekcji możemy stanowczo twierdzić, iż cierpieniem dotkniętą jest *zona motoria corticalis*.

Cierpienie to napada dzieci zazwyczaj przedtem zdrowe. Niekiedy obwinioną o wywołanie takowego bywa zaćma, innym razem pokazywało się ono po przebyciu odry, szkarlatyny. Na 24 przypadki, obserwowane przez Ś., dzieci były w wieku od 4 tygodni do 6 lat.

(Przyp. spr.) Francuzcy autorowie opisują oddawna „*atrophie partielle du cerveau*“, która prawdopodobnie jest zejściem cierpienia opisanego przez Strümpell'a.

(*Deutsche med. Woch. 1884. Nr. 44.*)

W. Gajkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Rozpowszechnienie wiadomości z dziedziny higieny w sferach, gdzie takowe powinny i mogą znajdować zastosowanie, przedstawia fakt zawsze pożądanym, zwłaszcza u nas przy braku prac w tym rodzaju. Dla tego zanotować musimy ukazanie się w literaturze książki D-ra Pola k a, pod tytułem „*Higiena fabryk i rzemiosł*“. Jest to popularnie wyłożony podręcznik co do prawodawstw obowiązujących za granicą i u nas, co do urządzenia fabryk, oraz środków ochronnych przeciwko szkodliwociom, z rozmaitemi rodzajami fabrykacyi połączonym. W końcu książki podaje autor artykuł o mieszkaniach dla robotników, wreszcie o pomocy lekarskiej w fabrykach i o pomocy w nagłych wypadkach. Dodać wypada, że uwzględnione są w książce warunki higieniczne fabryk i warsztatów w kraju, o ile autor mógł zebrać takowe, co dla prywatnych osób przedstawia znaczne trudności.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

— *Przegląd lekarski Nr. 48.* Głuziński. Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnieć (C. d.). — Ziemański. O schyzomyceetach w ropie (C. d.). — Koppf. Sprawozdanie z ruchu chorych w klinice prof. Rosnera. — Nr. 49. Obaliński. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit. — Głuziński. — Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnieć (C. d.). — Koppf. Sprawozdanie z ruchu chorych w klinice prof. Rosnera.

Medycyna Nr. 48. Krokiewicz. Chinoideum citricum. — Nr. 49. Meyerson. Polip krtańowy operowany po uprzednim znieczuleniu kokainą.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Rocznik medycyny krajowej. Rok VII.

Pola k. Higiena fabryk i rzemiosł. Warszawa. 1885

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1885 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekty na rok 1885 na „Wędrowca“ i „Tygodnik Powszechny“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 29 Подбры 1884 г. Друк. К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.

ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR
KATAR Płuc i osłabienie **SUCHOTY PŁUCNE, Astma**
piersiowe,
 Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

KROPEL LIWONIENSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

TROUETTE-PERRET

Składających się z Kreozotu bukowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego

Przetwór ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zalecanym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych chorobach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrawia, pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najuporczywszych, dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropeł, rano i wieczorem.

Skład główny : TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU
 jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknienia fałszerstw należy uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej fiaszce.

W Warszawie u D-ra Heinricha, aptekarzy Maryjana Barcza, Ziemińskiego i u drogistów Gallego, Ludw. Spiessa i Syna, Mrozowskiego i Zeuschnera.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Nerry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

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

CHOROBY SERCA

D-ra **OSKARA WIDMANA**

prymariusza 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 49.

0-22

Wydawnictwo 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 49, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.