

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na pocztę (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1868 do 1 stycznia 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1869 r. sr. 28.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Rakowe zwyrodnienie lewego jądra pozostałego w przewodzie pachwinowym; wodna puchlina moszny (hydrocele), wyluszczenie jądra, prędkie zabliźnienie rany, generalizacya nowotworu w narządziach wewnętrznych. Postrzeżenie Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu). Uwagi nad fizyologią żółci. Przez Aleksandra Wolfa. (Dokończenie). **Kronika Zagraniczna.** Zachowanie się ciepłoty w chorobach. (Przez Dra Wunderlicha prof. w Lipsku). Streścił Dr. Wyrzykowski. (Dokończenie). **Wiadomości bieżące.** O amerykańskim ekstrakcie z mięsa i o mniemaniej w nim zawartości soli kuchennej. Mag. farm. Orłowski. Extractum carnis americanum. Leczenie kataru chronicznego pęcherza moczowego za pomocą wstrzykiwań. Dr. Mallez. Dr. Wszebor. Ruch gości zdrojowych w Krynicy. Dr. Zieleniewski. Szpital Śtój Konstancyi w Maciejowicach. Dr. Rafalski. **Dodatek.** Otiatrii arkusz 11, Toksykologii arkusz 1, Farmakologii arkusz 12ty.

Rakowe zwyrodnienie lewego jądra pozostałego w przewodzie pachwinowym; wodna puchlina moszny (hydrocele), wyluszczenie jądra, prędkie zabliźnienie rany, generalizacya nowotworu w narządziach wewnętrznych.

Postrzeżenie Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

W maju 1865 roku, prosił mnie o poradę Ormianin z miasta Katechyińskiego Sygnachu, Jan Petruzow. Umieściwszy chorego w Tyfliskim szpitalu miejskim i zbadawszy dnia 30go maja, znalazłem go w takim stanie. U chorego 32 lat m., bruneta, znacznie wycieńczonego, w okolicy pachwinowej lewej była obrzmiłość ograniczona w następujący sposób. Z dołu granicę stanowiła fałda pachwinowa (wiązało P o u p a r t'a i część przedniego brzegu kości biodrowej), zewnątrz obrzmiłość sięgała na dwa poprzeczne palce po za kolec górny przedni tejże kości (*spina anter. sup.*); stąd półkolem kierowała się do lewej okolicy podżebrowej, nie doszedłszy na dwa poprzeczne palce do żeber rzekomych skierowała się do pępka, i niedoszedłszy do niego na szerokość dużego palca ręki przeszła na prawa stronę po za linię środkową na dwa poprzeczne palce, i stąd półkolem spuściła się do spojenia łonowego. W taki sposób obrzmiłość ograniczona miała formę owalną, właściwiej zaś podłużnego czworokąta z przytępionymi kątami, ukośnie położonego w okolicy biodrowej wewnętrznej.

Wymiar obrzmienia podłużny (poprzeczny do linii białej) wynosił 10 poprzecznych palców długości, najszerszy zaś między pępkiem a wiązadłem P o u p a r t'a był na 7 poprzecznych palców długi. Wymiar poczynający się od najbliższego punktu obrzmałości od żeber i kończący się przy łonowem spojeniu był równy 12tu poprzecznym palcom. Wymiary tylko co podane ściślej określają formę i objętość obrzmałości. Ściany brzucha były mocno zapadłe, ztąd narodził wybitnie wystawała. Skóra brzucha niezmieniona, barwy prawidłowej, ruchoma, nieprzyrośnięta do głębszej warstwy. Żyły skóry mocno rozszerzone. Sama obrzmałość dość ruchliwa szczególnie w podłużnym kierunku t. j. przewodu pachwinowego. Pod obrzmałość nieprzezroczystą łatwo było podsunąć palec, szczególnie z górnej i wewnętrznej granicy. Od kaszlu obrzmałość się trzęsie, przy oddychaniu mało się rusza i więcej na zewnątrz. Pukanie na całej przestrzeni obrzmałości wywoływało tępe brzmienie. Przy powierzchownem jej obmacywaniu czuło się, że wszędzie jest równą, ale głębsze i kilkakrotne badanie wykryło, że na wewnętrznej części obrzmałości można było domacać się małych nierówności, wyniosłości; ta część guza była twardsza. Na zewnętrznej zaś zupełnie gładkiej ograniczonej przestrzeni guza, wyraźne było chełbotanie (*fluctuatio*).

W tém miejscu zrobiłem z ostrożnością probiercze nakłucie, przyczem wypłynęła ciecz surowicza, zmieszana z gazami. Pod skórą w pobliżu probierczego ułknięcia na ograniczonej przestrzeni zauważyliśmy słabe trzeszczenie. Po odpłynięciu $\bar{3}$ I — $\bar{3}$ II cieczy, powstała wklęsłość w około miejsca ułknięcia, która nazajutrz zginęła, i znowu uczuliśmy chełbotanie. W mosznie lewej jądra nie było, śledziona większa niż w stanie prawidłowym, ból w lędźwiach, bezsenność. W innych narządziach nie chorobowego nie odzyskano. Chory udzielił następującej historyi swojej choroby. Jądro lewe od urodzenia zawsze zostawało w przewodzie pachwinowym. Z początku w pobliżu otworu wewnętrznego, ale potem stopniowo w skutek ciągłych nacisków chorego posuwało się do otworu zewnętrznego, ale nigdy do moszny nie wchodziło: tak rzeczy stały do roku 1864. W końcu września, czy też w początku października chory będący z powołania rzeźnikiem, miał zabić wołu, co mu szło z trudnością gdyż długo musiał się z nim mocować. Od téj chwili chory uczuł po raz pierwszy ból w jądrze, które od téj pory stopniowo i prędko się rozrastało, a bóle się wzmagaly. Od czasu do czasu do wzmagających się bólów przesywających dołączały się wymioty. Po raz pierwszy chory dostał wymiotów w miesiąc po zabiciu wołu; z początku one były dość rzadkie, a później coraz częstsze, choremu się zdawało, że niby wymioty rozpoczynały się z wewnętrznej połowy obrzmałości, ogniska bólów, które były niestałe, zwalniające. Obrzmałość w ciągu 8 miesięcy doszła właśnie do tego stopnia, jakieśmy ją znaleźli i wyżej opisali. Czasami chory doznawał burczenia w guzie, właściwego mającym przepukliny. Chory stanowczo domagał się ope racyi, będąc zdecydowanym w razie odmowy sam na sobie jej dokonać.

Przed operacją musieliśmy oznaczyć miejsce cierpienia, anatomiczną tkankę, a zatem istotę jego. Co do 1go mając na uwadze wrodzone nieprawidłowe

położenie jądra w przewodzie pachwinowym, historię rozwoju obrzmienia, jej formę, ruchliwość i wszystkie objawy jej przedmiotowe, nabraliśmy przekonania że właśnie jądro uległo patologicznemu przeistoczeniu. Ważne przytém nastęczało się pytanie, jaki zachodził stosunek między tą naroślą a jamą brzucha?, czy otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego był zakryty lub nie?. Powolne posuwanie się jądra przez przewód dawało do myślenia, że otwór wewnętrzny prawdopodobnie nie był zarośnięty, lubo konna częsta jazda chorego i inne prace wymagające nateżenia, a także naciskanie narośli mogło ze swój strony przyczynić się do zaklejenia i zarośnięcia onego otworu. Lubo burczenie w narośli rzadko dawało się słyszeć, ale należało je mieć na uwadze przy rozpoznaniu choroby i operowaniu. Chełbotanie po nad zewnętrzną częścią narośli, po nad otworem wewnętrznym przewodu pachwinowego, obok owego burczenia okazywało, że otwór nie był zarośnięty. Probiercze nakłucie stwierdziło to bardzo prawdopodobne przypuszczenie. Surowica z gazami zmieszana, podskórne trzeszczenie w około nakłucia, i to że nazajutrz jama powstała, po wypłynięciu surowicy znowu znikła, przekonywały nas, że otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego był niezarośnięty, i że surowica pochodziła z jamy brzucha. To że obrzmiałość tak prędko się rozwinęła, właściwość bólów, prędkie wyniszczenie w ciele, świadczyły o złośliwej istocie narośli, którą rozpoznaliśmy jako rakowe zwyrodnienie jądra lewego (*carcinoma medullare*), pozostającego w przewodzie pachwinowym.

Dnia 8go czerwca w obec kilku kolegów, zrobiłem cięcie podłużne w skórze przez całą narośl, a następnie oddzielnie każdą warstwę mięśni, powięzi, przeciąłem, podwiązałem naczynia i sznurek nasienny, narośl oddzieliłem. Otwór wewnętrzny nie był zarośnięty, o czém się przekonałem wsunawszy koniec małego palca do jamy brzucha. Tylna ścianka przewodu nie była uszkodzoną. Brzegi rany połączyłem szwami węzłowatymi (*sut. nodosa*) i plastrami, następnie pokryłem lekką warstwą waty. Przepisałem: *Rp. pulv. opii puri gr. 1/4*, co dwie godziny po proszku; wieczorem ból w około rany, niespokojność, upadek sił, kilka razy chory zemdlął. O 10tej wieczorem cały brzuch bolesny, tętno nieprzyśpieszone, język wilgotny i częste nudzenia.

Dnia 9go język białawy, chory miał jedno wypróżnienie, tętno 128, ból w brzuchu bardzo słaby. Środki też same. Wieczorem tętno 118, słabe, oddychanie 36, senność, język suchawy; bólów prawie żadnych w brzuchu.

Dnia 10go tętno 117, oddychanie 42, język białawym śluzem pokryty, suchy; odbijanie, nudzenie, morzyska i ból w około rany. Te same proszki i *inf. Digital. ex 3 I—5 VI*, co dwie godziny po łyżce. Wieczorem w ranie ból mniejszy, tętno 112, oddech 36, niespokojność, tęsknota, nudzenie i morzysko mniejsze. Dyeta mleczna.

Dnia 11go tętno 104, oddech 34, język nieczysty, ból w ranie mniejszy, morzysko raz tylko dokuczało choremu w nocy. Zdjąłem 5 szwów. Proszki makowcowe co godzinę po jednym, naparzenie zaś naparstnicy jak wczoraj. Wie-

czorem tętno 104, oddychanie 30, język wilgotny; morzyska nie było. Ranę i bliższe do niej części pokryto *collodio* (w szpitalu dały się widzieć róże).

Dnia 12go tętno 104, oddech 24, język wilgotny, chory miał 1 stolec, morzyska nie było. Z głębi rany wypłynęła ropa cuchnąca. Miejscami powiodło się śpieszne spojenie. Jeden szew zdjęto. Wieczorem tętno 100, oddech 30, język cokolwiek sznie, nieobfite wypróżnienie.

Dnia 13go język suchawy, w nocy stolców 5 z bólem w brzuchu. Tętno 108, oddech 30. Ropy śmierdzącej mniejsza się ilość wydziela. *Rp. pulv. opii gr. 1/2; sacch. albi gr. IV*, co 2 godziny po proszku. Wieczorem tętno 104, oddech 30, rozwolnienie ustało, żadnych bólów w brzuchu.

Dnia 14go tętno 100, oddech 24, język sznie, stolec jeden, ból w brzuchu słaby i to w pobliżu rany; ropy mniej. Opatrunek takiż. Wieczorem tętno 30, język suchy.

Dnia 15go tętno 98, pełne, oddech 24, czkawka, ból w brzuchu mocniejszy, stolec jeden, morzysko. Jeden szew jeszcze się oddzielił, proszki też same i za napój *acid. muriat. dil. gutt. XXX, aq. communis II I, sacch. albi 3 IB*. Wieczorem tętno 96, oddech 30, język wilgotny, nie było stolca.

Dnia 16go tętno 88, oddech 24, język nieczysty, jeden stolec z lekkim bólem w brzuchu; jeszcze ligatura odeszła, środki też same. Ranę opatrzono rozczyntem saletranu srebra, wieczorem tętno 90, oddech 30. W nocy wypróżnień 5, przytém bóle w około rany się powiększyły.

Dnia 17go tętno 84, oddech 30, w okolicy łądzwiowej i na k. bezimiennój róża się pokazała, stolców 5. Wieczorem przepisałem: *Rp. sulph. chinini gr. IV, pulv. opii gr. 1/6*; co dwie godziny po proszku. Ranę i poczerwieniałe części otaczające posmarowałem mieszaniną *ol. ricini 3 II et glycerini 3 B*.

Dnia 18go tętno 84, oddech 30, róża bledsza. Ilość ropy stopniowo coraz więcej się zmniejsza. Jeszcze jedna ligatura odeszła, środki też same.

Dnia 19go tętno 86, oddech 24, róża bardzo blada posunęła się na grzbiet; na obwodzie z trudnością można było odróżnić czerwoność różową od skóry, tylko wyniosłością brzegu właściwą różę dawała się ona odróżniać od części zdrowych. Wieczorem stan gorączkowy.

Dnia 20go tętno 70, oddech 24. Język wilgotny, dwa wypróżnienia. Róża znikła i ostatnia odeszła ligatura. Chory pozostaje bez żadnego lekarstwa.

Dnia 25go otwarłem ropień, właściwie zatokę ropiastą, powstałą w kierunku moszny, i przez nowo powstały otwór i zostający po ranie przeciągnąłem zawłokę. Od tego czasu chory podlegał niekiedy biegunkom, mniej lub więcej silnym i bezsenności. Gruczoły limfatyczne prawe obrzmiewały i bolały, to wszystko osłabiało chorego. Dnia 14go czerwca, rana się zagoiła, ale pokazały się wymioty, bóle na lewej stronie ciała w okolicy śledziony, nerki, i miejsca operacji. Objętość śledziony nawet się powiększyła, chory przyzwyczajony do gór, tęsknił, nudził się w szpitalu, i prosił o wypuszczenie z niego. W domu, gruczoły limfatyczne a szczególnie śledziona bardzo się powiększyły u chorego,

a biegunka nie ustawała. Chorego w takim stanie odwiedziono na wieś, gdzie prawdopodobnie zmarł.

Jądro wyluszczone było pagórkowate, między wyniosłościami, (pagórkami), we wklęsłościach była ciecz surowicza, z jamy brzucha pochodząca. Do téj wklęsłości łatwo mogła wpaść część kiszki i tam się zacisnąć. W takich właśnie razach przy opadnięciu kiszki, chory czuł burczenie i ból w guzie. Wymioty mogły być następstwem albo zaciśnięciu kiszki, albo zjawiskiem odbitem cierpienia jądra. Badanie mikroskopijne pokazało że to było rakowe rdzeniakowe zwyrodnienie jądra. Zwracamy szczególniejszą uwagę w naszym przypadku: a) na słabą reakcyę, szczególniejszą miejscową pomimo obrażenia otrzewnej; b) długie użycie *opii* i *digitalis* ograniczyło, zapalenie i gorączkę; c) opatrunek był najprostszy, używano waty, wymywszy ranę w naparze rumianku *cum tinc. myrrhae*, różę smarowano *collodio*; d) pomimo to że gruczoły obrzmiewały, rana prędko się zagoiła. Najprawdopodobniej rozpowszechnienie nowotworu w narządziach wewnętrznych zabiło chorego.

Uwagi nad fizyologią żółci.

Przez Aleksandra Wolfa.

(Dokończenie). ¹⁾

Odtąd co dni 4 wstrzykiwałem zwierzęciu żółć jego własną w postaci soli kwasów żółciowych przez tę przetokę dokiszkową, i to w ilościach jużto odpowiadających téj ilości żółci, jaką zwierzę w ciągu całej doby za pomocą przetoki wydzielało, już znowu w ilościach mniejszych, jak to później zobaczymy. Wstrzykiwania te rozpoczynałem we 2 godziny po nakarmieniu zwierzęcia, a robiąc je w przestankach dwugodzinnych, zaprzestawałem dopiero w godzin 12 do 16. Następnie w kale, z dwóch dni następnych zawsze zbieranym i jak w tym razie przynajmniej nieposiadającym owej zgnitej woni, dochodziłem ilościowo kwasów żółciowych a przedewszystkiem kwasu cholalowego, jako powstałego z rozkładu soli kwasów żółciowych w przewodzie pokarmowym. Wreszcie, aby uniknąć kwasów tłuszczowych, które przy zwykłej żywności mięsnej, w znacznej ilości znajdowały się w kale i utrudniały mi tém samym jego rozbiór, karmiłem zwierzę przez czas dłuższy ryżem.

Po skończonych obserwacyach psa otrułem.

Przy sekcji znajduję pęcherzyk żółciowy i dwunastnicę wraz z pokrywającą je otrzewną najzupełniej zrosłe ze ścianą brzuszną w miejscu odpowiadającym początkowo zrobionej ranie, przyczem zgłębnik, wprowadzony od zewnątrz do przetoki przewodu dokiszkowego bez żadnych przeszkód i nie zbaczając gdzie indziej wchodzi do dwunastnicy ²⁾.

¹⁾ Patrz Nr. 11, Gaz. Lek.

²⁾ Preparat przedstawiający obie te przetoki zachowany jest w pracowni profesora H o y e r'a.

Wypadki przy rozbiórce kału otrzymane.

	Wstrzyknięta ilość soli kwasów żółc. w grammach.	Ilość kału suchego z dwóch dni w grammach.	M e t o d a.	Otrzymana ilość kwasu cholalowego oznaczona	
				Na wadze analitycznej.	W przyrz. polaryz. Mitscherlicha
III.	1,8	46	Bischoff'a	0,972 grm.	—
IV.	1,2	37,4	„	0,710 „	0,2914 grm.
V.	1,2	43,7	Hoppe'go	0,415 „	0,2360 „

Dwa grammy tychże samych soli kwas. żółciowych, rozłożone przez gotowanie z potażem gryzącym i strącenie kwasem solnym

w ydały kwasu cholalowego	1,300 grm.		0,2914 grm
zkład na 1,8 grm. soli kwas. żółciowych przypada	1,170 „		— „
a na 1.2 „ „ „ „ „	0,780 „		0,43765 „

Porównawszy teraz cyfry oznaczające nam wypadki przy rozbiórce kału otrzymane, widzimy, że nie cała ilość wstrzykniętych do przewodu pokarmowego soli kwasów żółciowych w kale wykryć się daje; zachodzić tu przeto mogą dwie możliwości, to jest: 1) pewna mała ilość kwasów żółciowych, jak np. w rozbiórce III i IV w przybliżeniu $\frac{1}{8}$ napowrót do krwi wessaną zostaje, — 2) albo téż, metody rozbiierania kału nie są jeszcze dokładne, jak o tém po części z rozbioru IV i V wnosić możemy, gdzie, przy jednakowej ilości wstrzykniętych do przewodu pokarmowego soli kwasów żółciowych i przy zachowaniu w obu razach jednych i tychże samych warunków, ilości wszakże kwasu cholalowego w kale odkryte, przedstawiają znaczne różnice.

Nie mniej uderzające różnice napotykaemy, jeżeli ilość soli kwasów żółciowych, użytą do wstrzykiwań, zechcemy porównać z ilością kwasu cholalowego, oznaczonego w przyrządzie polaryzacyjnym Mitscherlicha; aczkolwiek i tu znowu należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przyrząd polaryzacyjny wskazuje ilość ciała chemicznie czystego, wolnego od wszelkich obcych domieszek, a czego jednak w danym razie, ze względu na istniejącą jeszcze niedokładność metod analitycznych, uskutecznić niepodobieństwem było. Rozbierając bowiem kał, jakąkolwiek metodą (Hoppe, Bischoff), wraz z kwasem cholalowym otrzymujemy stósownie do metody, już to mniejszą, już większą ilość kwasu choloidynowego, którego siły skręcenia płaszczyzny polaryzacyjnej dotychczas nie znamy zupełnie; a wreszcie, jak wiadomo, w kale znajduje się zazwyczaj pewna mała ilość cholesteryny, skręcająca znowu płaszczy-

zną polaryzacyjną na lewo, czyli w stronę wprost przeciwną kwasowi cholalowemu ¹⁾).

A zatem, jakkolwiek w obec takiego stanu rzeczy, ścisła odpowiedź nie jest łatwą na wiadome nam pytanie, to jednakże o ile z przytoczonych powyżej wypadków przy rozbiórce kału otrzymanych, wnosić mogę, oświadczam, że :

1) Żółć z kałem odchodzi — albowiem kwas cholalowy, jako produkt powstały z rozszczepienia się kwasów żółciowych w przewodzie pokarmowym, zawsze znajduje się w kale, bez względu na to, czy zwierzę żywione było mięsem, lub też innemi pokarmami.

2) Ilość kwasu cholalowego, otrzymanego przy rozbiórce kału, jakkolwiek stosunkowo jest znaczną, to jednak nie odpowiada téj ilości soli kwasów żółciowych, jaka wprowadzoną została do przewodu pokarmowego; ze wstrzykniętych bowiem soli kwasów żółciowych razem 4,2 grm., które na drodze sztucznego rozkładu powinny były wydać 2,73 grm. kwasu cholalowego, znalazłem w kale 2,097 grm.; pozostałe zatem 0,633 grm. czyli w przybliżeniu $\frac{1}{3}$, została albo na powrót do krwi wessaną, albo też wykazać się nie daje, według znanych dotychczas metod rozbiierania kału.

W końcu uważam za stosowne zwrócić uwagę na różnice, zachodzące pod względem ilości, otrzymywanego kwasu cholalowego w obec niektórych wykonanych dotychczas rozbiorów kału. A mianowicie: Hoppe-Seyler i Bischoff znajdowali 0,35—0,4 grm. kwasu cholalowego w kale, zebrany w ciągu jednej doby u psów, u których wlewająca się ilość żółci do przewodu pokarmowego nie była powyższym badaczom wcale znaną. Ja zaś, z pięciu wykonanych rozbiorów kału, w pierwszych dwóch, to jest w tych wypadkach, w których ilość wydzielającej się żółci do przewodu pokarmowego, przy karmieniu zwierzęcia 600 grm. mięsa dziennie, również mi nieznaną była, otrzymałem w kale według tych samych metod 0,27—0,32 grm. kwasu cholalowego; gdy tymczasem w pozostałych trzech rozbiorach (III, IV, V) to jest w tych, gdzie wprowadzona ilość żółci (sole kwas. żółciowych) do przewodu pokarmowego była mi wiadomą, otrzymałem w kale 0,97—0,71—0,415 grm. kwasu cholalowego; a zatem 2—3 razy więcej od téj ilości, jaką poszukiwania Hoppe'go, Bischoffa i pierwsze moje (I, II) wykryły. Skoro zaś wiadoma ta ilość, wprowadzonych soli kwasów żółciowych, do przewodu pokarmo-

¹⁾ Kwas cholalowy otrzymany z kału u psa zebranego, według Hoppe'go skręca płaszczyzną polaryzacyjną + 48°.

wego, nie spełna nawet odpowiada ilości żółci za pomocą przetoki w ciągu jednej doby u psa zebranęj, a jednakowoż wydaje w kale 2—3 razy większą ilość kwasu cholalowego od téj, jaka wykazać się daje przy rozbiórce kału, zbieranego u psów w stanie normalnym, czyli przy braku przetoki żółciowęj, ztąd téż zdaje mi się być rzeczą dosyć jasną, że prawdopodobnie psy w stanie zwykłym żyjące, wydzielają normalnie dwa do trzech razy mniejszą ilość żółci do przewodu pokarmowego.

Jeżeli rzeczywiście tak jest, to nie w tem dziwnego, że zwierzęta wydzielające żółć wprost na zewnątrz ustroju za pomocą przetoki, chudną tak nagle i wymagają 2—3ch razy zwiększonej ilości pokarmów, dla utrzymania mniej więcej pierwotnej wagi swojéj. Zachodzi tu tylko pytanie, coby wpływać mogło na to powiększone wydzielanie się żółci?

Istotnie dosyć trudno wytłómaczyć się z tego; być może, że usposabia do tego sam stan zwierzęcia, który w każdym razie za patologiczny uważać należy; albo może raczej ta okoliczność, że, jak wiadomo, żółć w stanie normalnym przebywając przewód dokiszkowy, napotykać może z jego strony pewien niewielki opór, tem bardziej, że i ciśnienie pod jakim się żółć wydzieia, jest według doświadczeń *Heidenhaina* stosunkowo dosyć słabe; w obec zaś przetoki zmieniają się zupełnie te stosunki mechaniczne, i żółć, nie doznając już najmniejszego nawet oporu, swobodnie i bez żadnej przerwy płynie sobie na zewnątrz. A w końcu, jeżeli i to nie wystarcza do wyjaśnienia rzeczy, to bardzo być może że w obec takiego stanu zwierzęcia i systemat nerwowy nie pozostaje bez wpływu, o skutkach którego ze względu na obfitość wydzielającęj się żółci, w stanie nawet normalnym nie wiele dotychczas wiemy. Dla tego téż przy powyższej konkluzyi, mówiąc o ilości żółci wydzielanéj, użyłem wyrażenia „z pomocą przetoki.“

Ze dotychczas nie mieliśmy innego sposobu do ocenienia ilości wydzielającęj się żółci w ustroju, zmuszeni zatem byliśmy poprzestać na ilościach za pomocą przetoki zbieranych; lecz spodziewać się należy: że postępując w sposób już wyżej przezemnie podany, to jest, wstrzykując do przewodu pokarmowego wiadome ilości żółci przez przetokę przewodu dokiszkowego, i do tego w obec ulepszonych metod rozbierania kału, skoro tylko potwierdzone zostanie, czy wszystka żółć, czy téż pewna jęj część, a mianowicie jaka wraz z kałem odchodzi, — w takim razie żółć bez najmniejszęj wątpliwości będzie tą jedną tylko wydzieliną z pomiędzy innych, biorących udział w sprawie trawienia, któręj ilość, w stanie normalnym wydzielającą się, j e d y n i e przez rozbiór już samego kału, a tém samém przy braku przetoki żółciowęj, oznaczyć będzie można, i to z matematyczną niejako dokładnością.

Metody rozbierania kału.

Metod służących do rozbierania kału ze szczególniejszém uwzględnieniem znajdujących się w nim produktów rozkładowych żółci, posiadamy głównie dwie: *Bischoffa* i *Hoppégo*.

B i s c h o f f wyciąga suchy kał gorącym wyskokiem, a następnie odparowawszy wyskok, pozostałość traktuje eterem, aby rozpuścić tłuszcze i kwas cholalowy. Roztwór eteryczny paruje, a otrzymaną w ten sposób pozostałość, gotuje tak długo z wodą, dopóki się tłuszcze w kroplach nie oddziela, poczem płyn na gorąco przesącza i w taki sposób otrzymuje k w a s c h o l a l o w y. Do pozostałości zaś nieco kwaśno oddziaływającej, która powyżej już wyskokiem gorącym wytrawiana była i nie rozpuściła się w eterze, dodaje małą ilość kwasu octowego, poczem traktuje ją wodą wrzącą, aby rozpuścić nierozłożone jeszcze k w a s y ż ó ł c i o w e i osadzić k w a s c h o l o i d y n o w y, jako nierozpuszczalny w wodzie. Nareszcie ten sam kał, który już początkowo traktowany był wyskokiem, wyciąga jeszcze eterem i roztwór eteryczny gotuje z potażem gryzącym w wyskoku rozpuszczonym, aby mogącą znajdować się w roztworze d y s l i z y n e, przeprowadzić napowrót w kwas cholalowy. (E. B i s c h o f f: *Ueber den Nachweis der Gallensäuren mittelst der Pettenkofer'schen Probe und über das Vorkommen dieser Säuren im ikterischen Harne.* — *Henle und Pfeufer's Zeitschrift für nat. Med.* (3) XXI pag. 125 — 153).

H o p p e - S e y l e r wyciąga zimnym wyskokiem kał zebrany u psów mięsem karmionych, wyskok odciąga, a otrzymaną suchą pozostałość, przemywszy wodą, rozpuszcza w słabym wyskoku i dodaje do tego roztworu węglanu sody w nadmiarze, poczem przy ustawicznem mieszaniu paruje do sucha. Pozostałość suchą rozpuszcza w wodzie, przesącza, a uczyniwszy roztwór ten przez parowanie gęstszym, przemywa go razy kilka eterem; następnie odparowawszy do sucha, wyskokiem bezwodnym wydostaje cholalan sody, roztwór ten wyskokowy cholalanu sody odbarwia węglem zwierzęcym i znowu do sucha paruje, poczem rozpuściwszy pozostałość tę w wodzie dodaje chlorku barytu dotąd, dopóki tylko osad powstaje. Poczem zagotowuje płyn wraz z powstałym osadem i tak gotujący się przesącza, przyczem jednak osad razy kilka wodą wrzącą przemywa. W cieczy przesączonej, po jej ostudzeniu, wydziela się cholalan baryty w kryształkach igielkowatych promienisto ułożonych, przy odparowaniu zaś tej cieczy wodnej, wydobywa jeszcze pewną niewielką ilość owych kryształków¹⁾.

Osad wyżej powstały, nie rozpuszczalny w wodzie składa się, z wyjątkiem śladów tylko cholalanu baryty, z soli kwasów tłuszczowych, które jednakże w niewielkiej ilości przedostają się przez sączek wraz z cholalanem baryty, w wrzącej wodzie rozpuszczonym. W końcu kwasem chlorowodnym lub octowym rozkłada sól barytową, a osadzony kwas cholalowy, rozpuściwszy w wy-

¹⁾ Robiąc rozbiór kału pod Nr. I, otrzymany cholalan baryty w wodzie rozpuszczony odparowałem do sucha, następnie rozpuściłem go w mocnym wyskoku i za radą profesora F u d a k o w s k i e g o traktowałem roztwór taki gazem kwasu węglanego — przyczem węglan baryty opadł.

skoku lub eterze, odstawia do krystalizacyi. (*Virchow's Archiv. Bd. XXVI. — Ueber die Schicksale der Gallé im Darmkanale von Prof. F. Hoppe-Seyler in Tübingen*).

Obie te metody posiadają jeszcze wiele niedokładności a mianowicie: rozbierając kał metodą B i s c h o f f'a, niepodobna otrzymać kwasu cholalowego wolnym od kwasów tłuszczowych, i jakkolwiek autor zaleca rozdzielanie tych ciał za pomocą wody wrzącej i następne przesączenie, to jednak zawsze pewna część kwasów tłuszczowych, w obecności kwasu cholalowego, rozdzieloną zostaje na tak drobne kulki, że pomimo najstaranniejszego przesączenia, przechodzą wraz z kwasem cholalowym.

Postępując zaś metodą H o p p e'go, nie można mieć pewności, czy zimnym wyskokiem wydobytą została całkowita ilość kwasu cholalowego i innych części rozkładowych żółci w suchym kale zawartych — powtóre, przy tyłu manipulacyach niepodobna uniknąć strat niejakich — a wreszcie i cholalan baryty nie jest wolnym od soli kwasów tłuszczowych, jak to sam H o p p e nawet wyznaje. W końcu i to jeszcze dodać muszę, że tak przy jednej jak i drugiej metodzie, wraz z kwasem cholalowym otrzymujemy mniejszą lub większą ilość kwasu choloidynowego, którego istnienia jako takiego H o p p e nie przyjmuje, uważając go tylko za mieszaninę kwasu cholalowego z dyslizyną (Gorup Besanez).

Kończąc niniejszą pracę moją, wyznać muszę, że metody podane dałyby się zmodyfikować, i jedynie skutkiem naglącego terminu złożenia rozprawy, nie byłem już w możności tego uskutecznić, a co wszelako na przyszłość będzie usiłowaniem mojem.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Zachowanie się ciepłoty w chorobach.

Przez Dra W u n d e r l i c h a, prof. w Lipsku.

Streścił Dr. Wyrzykowski.

(Dokończenie *).

Ciągle kilka razy dziennie powtarzane oceniania ciepłoty przez cały przebieg choroby, dostarczają najważniejsze momenta dla ocenienia pojedynczego wypadku chorobnego, o ile ten jest połączony ze znacznymi zboczeniami od ciepłoty prawidłowej zdrowego. Wskazują prawidłowość w przebiegu chorób gorączkowych i przez to dostarczają najważniejszą podstawę dla ocenienia pojedynczego wypadku. Same przez się stanowią o rozpoznaniu choroby. Mogą uczynić widocznymi peryody i okresy w przebiegu choroby, oraz wskazują czas przejścia z jednego okresu w drugi. Wskazują nieprawidłowości w przebiegu, zależne po części od przypadkowych okoliczności, po części od powikłań lub od tera-

*) Patrz Nr. 10 Gaz. Lek.

peutycznego postępowania, stanowią zatem *criterium* tak dla odmian choroby, jak i dla terapii. Wskazują czas kiedy proces choroby ukończył się, oraz mogą same jedne w związku z innymi objawami wskazać zbliżenie się śmiertelnego zejścia. Wskazują dokładność rekonwalescencji i dają pierwsze wskazówki zaburzenia takowej. W przebiegu chorób gorączkowych z ocenienia ciepłoty dają się rozróżnić:

A. Okresy rozwoju choroby.

1. Okres początkowy (*stadium initiale, pyrogeneticum*), który trwa dłużej lub krócej, i kończy się z umiejscowieniem choroby, lub osiągnięciem najniższego stopnia dzienną średnią ciepłoty, właściwej danej chorobie. 2. Okres górowania (*acme, fastigium*) gdy choroba jest w zupełnym swym rozwoju. 3. Okres nieoznaczony (*st. amphibole*) występuje tylko w ciężkich chorobach, w którym to czasie okazują się liczne, mniej lub więcej znaczne nieprawidłowości w przebiegu.

B. Okresy w razie wyleczenia.

1. Okres stanowczego, lub niezupełnego upadku gorączki (*perturbatio critica, st. decrementi*). 2. Okres powrotu do prawidłowej ciepłoty, *deferwescencja*. 3. Okres rekonwalescencji, w którym ciepłota staje się prawidłową lub spada poniżej.

C. Okresy w razie śmiertelnego zejścia.

1. Okres poprzedzający konanie, charakterystyczny przez właściwe zachowanie się ciepłoty, szybki wzrost lub upadek, także i przez inne objawy. 2. Konanie. 3. Śmierć i zmiany pośmiertne ciepłoty.

Zachowanie się ciepłoty w okresie początkowym, jest już w wielu chorobach bardzo charakterystyczne, często tylko uchodzi z pod uwagi dla wielkiej krótkotrwałości. Zachowanie to jest różnym stosownie czy gorączka poprzedza, lub dopiero przyłącza się do miejscowego cierpienia.

Niekiedy typ jego zaciera się gdy choroba powstaje już u chorego, lub gorączkującego indywiduum.

Zachowanie się objawów w okresie początkowym wskazuje tylko w razach niezwyklego natężenia, na ciężki dalszy przebieg i niebezpieczeństwo choroby.

Fastigium przez wysokość ciepłoty, przez zmiany tejże i przez czas trwania, daje najcharakterystyczniejsze momenta dla oznaczenia formy choroby. Prócz tego wskazuje częścią przez bezwzględną wysokość ciepłoty i przez długie zatrzymanie się na niezwyklej wysokości, częścią przez zboczenia od nieprawidłowego typu na natężenie i niebezpieczeństwo choroby, z drugiej zaś strony umiarkowanie bezwzględnej wysokości, krótkie zatrzymanie się w samym górowaniu oraz wcześniej występujące zwołnienia wskazują łagodny przebieg choroby. Nieprawidłowość, nawet gdy zależy na umiarkowaniu ciepłoty, jest w ogóle niepomysłną i tylko przy szczególnych stosunkach może być uważaną za znak łagodnego przebiegu. Wystąpienie powikłań często może być rozpoznaniem przez opóźnienie podniesienia ciepłoty w *fastigium*.

Stadium amphibole, występujące prawie zawsze w ciężkich wypadkach, jest peryodem zmieniających się pogorszeń i polepszeń. W tym czasie występują bardzo często powikłania, zdradzające się przedewszystkiem podniesieniem ciepłoty, *st. amphibole* jest zawsze znakiem ciężkiej choroby i przez cały czas jego trwania czy trwa ono kilka dni, czy kilka tygodni rokowanie jest niepomyślnym. Jednorazowe podniesienie ciepłoty choćby do znacznej wysokości, lub znaczny upadek takowej, nie ma tak jeszcze złego znaczenia w tym okresie, jak częste powtarzanie się, lub długie trwanie tych zboczeń.

Przy końcu *fastigium* lub *st. amphibole*, często przed nastąpieniem zupełnie pomyślnego zejścia choroby, ciepłota podnosi się znacznie, które to podniesienie trwa pół dnia, nie-

kiedy 3 dni. To podniesienie wraz z innemi odpowiednimi objawami wywiera wrażenie pogorszenia, niekiedy przedstawiającego się bardzo groźnie: *perturbatio critica*. Jest często niemożliwem wykryć jego pomysłny charakter i tylko z dalszego przebiegu, oraz szybkiego i niewątpliwego polepszenia, okazuje się prawdziwe jego znaczenie.

Stadium decrementi brakuje nieraz w wielu uleczalnych wypadkach, w tych razach bezpośrednio po *fastigium* lub *st. amphibole* następuje upadek gorączki, gdy przy *st. decrementi* ciepłota zmniejsza się powoli, jużto w wieczornych nasileniach, jużto w rannych zwolnieniach, lub jednocześnie w obu razach. Niekiedy podczas *st. decrementi* ciepłota spada poniżej $36,5^{\circ}$ ze wszystkimi objawami bezsilności, to przytrafić się może raz jeden, poczem ciepłota powraca do pierwotnej wysokości, lub powtarza się codziennie, podczas gdy w przypałowających nasileniach, ciepłota nie okazuje żadnej skłonności do zmniejszenia.

Defervescencya, czyli upadek gorączki, w którym ciepłota powraca do prawidłowej wysokości, okazuje dwa główne, różne typy: albo gorączka spada szybko, niekiedy w ciągu jednej nocy, lub 36 godzin *szybka defervescencya*, przelom; lub gorączka spada powoli przez dnie całe, *powolna defervescencya*, *lysis*; albo występuje przez ciągłe obniżanie ciepłoty, które gdy trwa dłużej nad 12 godzin, w godzinach poobiednich jest powolniejsze jak w rannych; albo w sposób remitujący, to jest obniżenie przerywa się wieczornymi pogorszeniami. Podczas *defervescencyi* występuje nieraz bezsilność, która jednak wprędce przechodzi w rekonwalescencyą.

W *rekonwalescencyi*, gdy takowa jest zupełną i niezaburzoną żadnemi powikłaniami, ciepłota zachowuje się jak u zdrowego, każde podniesienie ciepłoty, lub każde obniżenie odbywające się nie w granicach właściwych zdrowiu, wskazują że rekonwalescencya jest nie zupełną.

Podczas upadku gorączki może nastąpić podniesienie ciepłoty, niekiedy bardzo znaczne o 2 i 3 stopnie; podniesienie to może być przemijającym, lub trwa i do dwóch dni, w każdym razie nie ma ono znaczenia i powstaje często z małoważnej, a nawet bez żadnej widocznej przyczyny. Inną razą może być początkiem powrotu choroby, rozwijającego się powikłania, lub wskazuje gdy podniesienia ciepłoty są nieznaczne, a uporczywie się utrzymują na nieuleczone następstwa procesów patologicznych.

W przypadku śmiertelnego zejścia podczas okresu poprzedzającego *konanie*, ciepłota jużto wzrasta, już obniża się, lub zachowuje się na poprzedniej wysokości. Inne objawy mianowicie zachowanie się tętna, okres ten daleko czynią wyraźniejszym.

Podczas *konania* ciepłota nie zmienia się wcale, lub tylko bardzo nieznacznie i pozostaje na wysokości na jakiej była poprzednio; albo obniża się znacznie do wysokości prawidłowej, lub poniżej (głównie przy śmierci z wycieńczenia); albo wzrasta w bardzo krótkim czasie do mniej więcej znacznej wysokości, której podczas choroby samą, nigdy nie dosięgła.

W chwili *skonu* ciepłota obniża się czasami, lecz często w wypadkach, w których podczas konania szybko wzrastała wznosi się do samej śmierci; nawet wzrastanie trwa jeszcze przez kilka minut nawet parę godzin i po śmierci, w pierwszym razie ciepłota spada szybko po śmierci, w drugim razie stygnięcie trwa dość długo, tak że nawet po 12 godzinach po śmierci, ciepło zwłok okazywać się może znacznie wyższem jak człowieka zdrowego.

Przebieg chorób gorączkowych pod względem trwania i następstw objawów ciepłoty może okazywać: 1. Krótkie napady gorączki (*febricula*, *ephemera*, *febris terminalis*). 2. Gorączki ciągłe, które podczas swego *fastigium* okazują nieznaczne dzienne różnice i szybko przechodzą w *defervescencyą*. 3. Remitujące ostre gorączki, które dopóki tylko natężenie ich nie jest znaczne,

także podczas *fastigium*, a przynajmniej przy upadku, okazują znaczne dzienne różnice (wieczorne nasilenia, ranne zwolnienia) i tylko przy wystąpieniu powikłania, lub przy zbliżającej się śmierci tekowe czasami giną, gorączki remitujące zwykle kończą się *per lysis*. 4. I n t e r m i t u j ą c e. 5. G o r ą c z k i p r z e w l e k ł e, które ciągną się tygodnie, miesiące całe, jużto bez przerwy, jużto podług typu remitującego, lub intermitującego czasami przerywane pozornym wyzdrowieniem.

Febricula i *ephemera* są to umiarkowane i krótkotrwałe napady gorączki, szybko kończące się wyzdrowieniem. Ciepłota dochodzi w nich do $40,5^{\circ}$ nawet i wyżej, na tej wysokości zatrzymuje się krótki czas i spada szybko. Napad taki trwa od 1 do 3 dni. W tej formie poczynającej się niekiedy dreszczami występuje gorączka traumatyczna, pologowa, w rekonwalescencji, w lekkich kataralnych zapaleniach i umiarkowanych zaburzeniach w tkankach, oraz w pojedynczym napadzie zimnicy; lub ciepłota wzrasta powoli i po 2 do 5 dniach dochodzi do swego punktu górowania, który rzadko 40° przenosi i po krótkim trwaniu spada w szybkiej *deferwescencji*. Przebieg taki występuje w tychże samych okolicznościach jak poprzedni, nigdy tylko w zimnicy.

Wielkie podobieństwo ze względu na początek okazuje w swym przebiegu *febris terminalis*, jakkolwiek ma zupełnie inne znaczenie.

W chorobach bezgorączkowych w okresie poprzedzającym konanie, lub podczas samego konania ciepłota szybko wzrasta i w czasie jej górowania lub po obniżeniu się w ciągu ostatnich kilku minut następuje śmierć. Ta forma występuje przy śmiercią kończących się *neurozach*, przy wielu zatruciach i ciepłota w takich razach dosięga najwyższego swego stopnia, jaki dotąd był u ludzi spostrzeganym.

Gorączki ciągłe poczynają się zwykle krótkotrwałym okresem początkowym, często dreszczami. Podczas *fastigium* wynosi średnia dzienna ciepłota zwykle 39° — 40° rzadko powyżej lub poniżej. Różnica między najwyższą i najniższą ciepłotą w ciągu dnia dosięga tylko w wyjątkowych razach do $\frac{1}{2}^{\circ}$. *Fastigium* trwa do tygodnia, *deferwescencja* następuje szybko.

Najdokładniej reprezentuje tę grupę, pierwotne, niepowikłane krupowe zapalenie płuc; podobny przebieg zachowują również gorączki wysypkowe, ospa, szkarlatyna (z powolną *deferwescencją*), miąższowe zapalenie migdałów, zapalenie opon mózgowych na wypukłości czaszki, durzycia plamista (z długim trwaniem gorączki), róża twarzy, oraz często bardzo wszelkie natężone gorączkowe choroby, w których z wzrastającym nasileniem, przebieg nieregularny ciepłoty staje się ciągłym.

W gorączkach z przebiegiem *remitującym*, okres początkowy trwa krótko, lub przeciąga się dłużej. Dzienna średnia ciepłota jest bardzo różną, gdy ciężkie i lekkie przypadki okazują typ remitujący, zwykle wynosi $38,5^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$ i wyżej, w którym to ostatnim wypadku właściwiej przytrafiają się tylko nasilenia, a nie żadne prawdziwe zwolnienia, gdyż zawsze w takim razie najniższa ciepłota zostaje wysoką, gorączkową. Trwanie okresu górowania jest mniej ograniczone, jak w gorączkach ciągłych i wynosi nieraz kilka tygodni. *Deferwescencja* zwykle jest *per lysis* i remitująca.

Do tej grupy należy przedewszystkiem durzycia brzuszna, dalej gorączkowe kataralne cierpienia, gryppa, zapalenie płuc kataralne, gorączkowe gościcowe cierpienia, odra, zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki, ostra gruźlica, suchoty, włośnica.

Typ *intermitujący* odznacza się pojedynczemi napadami gorączki, które zwykle trwają czas krótki, a w żadnym razie nie przeciągają się zbyt długo, w przerwach zaś między nimi ciepłota jest zupełnie prawidłową.

Przy krótkotrwałych napadach gorączki, podniesienie ciepłoty rzadko trwa dzień, dosięga zaś wysokości znacznie większej jak w innych chorobach 41° — $41,5^{\circ}$, a *pyrexia* jest również krótką od kilku godzin do 3ch dni. Nakoniec napady i a *pyrexia* zmieniają się z pewną stałą prawidłnością.

Przebieg podobny okazują zimnice.

Przy dłużej trwających napadach gorączki, podniesienie ciepłoty jak i *apyraxie* trwają dłużej, napad gorączki powtarza się najczęściej raz jeden, rzadko dwa razy, a do najrzadszych wypadków liczy się kilkakrotne powtórzenie. Do téj kategorii należy gorączka powrotna, jakkolwiek i wiele innych chorób okazują niekiedy przebieg podobny jak: ropnica, róża, ospa prawdziwa, wiele wypadków krupowego zapalenia płuc, niekiedy ostra gruźlica, zapalenie błon mózgowych na podstawie czaszki i suchoty.

Przewlekłe znane także pod nazwą gorączek *trawiacych* odznaczają się długim swém trwaniem, niekiedy przez lata całe. Przebieg ich jest nadzwyczaj nieprawnym, jakkolwiek w pewnych okresach czasu zachowują pewien stały typ, zwykle remitujący z jednorazowym lub dwukrotném nasileniem w ciągu doby, które już to bywa umiarkowaném, już natężoném, podczas gdy w zwołnieniu ciepłota jest zupełnie, lub prawie prawidłową. Rzadziej nasilenia występują co drugi dzień, naksztalt form intermitujących. Przy zbliżaniu się śmierci, lub przy wystąpieniu powikłań zmienia się często typ remitujący na ciągły. Takie zachowanie się najczęściej spotyka się w przewlekłych zapaleniach płuc i oskrzeli, oznaczanych ogólną nazwą suchot, w przewlekłych owrzodzeniach kiszek, długo trwających ropieniach, w przewlekłych zapaleniach błon surowicznych, przy zatorach naczyń.

Podniesienie ciepłoty, bez względu jakiego ono nie było, bez żadnej wątpliwości wywiera swój wpływ na czynności, na odżywianie tkanek i na wydzieliny.

Przy umiarkowaném podniesieniu ciepłoty trudno jest ocenić powyższy wpływ z pewnym prawdopodobieństwem we wszystkich szczegółach.

Przy znaczniejszém jako stałe następstwo jest zmniejszenie wagi ciała. Prócz tego wzrastają częstość oddychania i tętna, mózgowie funkcyonuje nieprawidłowo, zwiększają się wydzieliny skóry i mocznika, występuje zastój krwi, szybkie stłuszczenie i rozpad tkanek. Wszystkie te następstwa nie występują odpowiednio do podniesienia ciepłoty, jej trwania lub szybkości i brak tych następczych zaburzeń nie należy do tak rzadkich zdarzeń.

Przy bardzo znaczném podniesieniu ciepłoty, życie jest niemożliwem, jakkolwiek niewiadomém jest od czego to zależy.

Również i szybkie zmiany w ciepłocie mogą wywierać swój wpływ na czynności ciała.

Przy szybkim podniesieniu się ciepłoty, szczególnie gdy ciepło tułowia wzrasta wpród niż w kończynach, występują zwykle dreszcze.

Przy szybkim upadku poprzednio bardzo wysokiej ciepłoty, występują nieraz ciężkie zaburzenia w ustroju, duszność, majaczenie, bezsilność.

Choroby które odznaczają się nie przez podniesienie ciepłoty, ale przeciwnie przez znaczny jej upadek, nie przedstawiają w swym przebiegu ciepłoty żadnej prawidłowości.

Są to wypadki wycieńczenia, stwardnienia tkanki podskórnej u noworodków (*scleroma*) przewlekłych zatruc, raka.

W innych i daleko częstszych wypadkach spostrzega się tylko przemijające obniżenie ciepłoty: czasami podczas zwolnienia remitujących gorączek wskutek krwotoku, obfitych wypróżnień; jako nadmierne obniżenie ciepłoty podczas okresu upadku gorączki; niekiedy podczas konania.

Przy znaczném obniżeniu ciepłoty następuje śmierć.

Wiadomości bieżące.

— O Amerykańskim ekstrakcie z mięsa i o mniemanéj w nim zawartości soli kuchennéj. (*Chemisch-technisches Repertorium 1866, zweites Halbjahr. Nahrungsmittel. 51.*) Liebig zaprzeczając firmie Gehe et com. w Dreźnie, utrzymującej jakoby ex-

trakt mięsny Amerykański z Fray-Bentos zawierał znaczny dodatek soli kuchennej, zwraca uwagę, że ekstrakt ten do handlu ztamtąd nadsyłany, poprzednio rozbierany i stosownie do dobroci oceniony zostaje, i że o fałszywości podania Gehe'a, każdy przekonać się może prostym rozbiorem popiołu tego ekstraktu. Liebig przyznaje, że ekstrakt mięsny amerykański ma smak słonawy, a nawet, że często napotkać w nim można kryształki, te jednak, nie są solą kuchenną, ale kreatyną, albo kwaśnym fosforanem potażu, należącym do normalnego składu tegoż ekstraktu. Ponieważ z praktyki okazało się, że otrzymanie jego zawsze w jednakowym kolorze i z cechującymi własnościami jest prawie niemożliwe; Liebig przeto do ocenienia wartości tego południowo-amerykańskiego ekstraktu, przyjmuje stosunek następujący: wody od 16 do 21⁰/₀, popiołu 18 do 22, części rozpuszczalnych w wyskoku (30⁰) 56 do 66. Jeżeli ekstrakt ten do Antwerpii (główny skład kompanii), przychodzi z większą zawartością wody jak 21⁰/₀, co bardzo rzadko się zdarza, to zaraz na miejscu w umyślnie na ten cel urządzonych naczyniach, do właściwej doprowadzony zostaje konsystencji. Zwyczajny dobry ekstrakt, zawiera mniej jak 17⁰/₀ wody, a więcej jak 56⁰/₀ części składowych rozpuszczalnych w 80⁰ wyskoku. Papkowaty, albo zawierający klój, nie powinien być używany. Liebig rozbierając wiele gatunków ekstraktu wyrabianego w Niemczech, ani jednego dotychczas nie znalazł z mniejszą ilością jak 24⁰/₀ wody, częściej zaś napotykał 28—30⁰/₀. (Jacobson, kupował kilkakrotnie w Berlinie „Extrakt mięsny“ fabryki niemieckiej który był jasno brązowym i pomimo znacznej zawartości kleju w dość grubiej warstwie jeszcze przeświecał). Jeden z doskonałych ekstraktów, podobny do Liebig'owskiego wolny zupełnie od kleju, wyrabiany jest przez Hilsch'a (w Petersburgu). Co się tyczy smaku i koloru ekstraktu z Fray-Bentos, które są często zmienne, nie oznaczają one błędu w jego fabrykacji, zależą bowiem od rodzaju i starości użytego bydła. Mięso wołowe daje ekstrakt ciemny rozszerzający właściwy przyjemny zapach osobliwie w rozcieńczonym roztworze; z mięsa krowiego jest miękki, jaśniejszy od poprzedzającego i w smaku delikatny. Mięso zwierząt, mniej jak cztery lata mających, nie powinno być do tego celu używane, ponieważ daje ekstrakt papkowaty i nudnego smaku. Przegatunkowywanie bydła przy fabrykacji na wielką skalę jest niemożliwe, co właśnie staje się przyczyną zmiany koloru i smaku, w miarę przewyżki jednego lub drugiego mięsa, w każdodziennym przygotowaniu. Jeden wół lub krowa, rzadko dają więcej ekstraktu, jak osm do dziesięciu funtów. Przepuszczenia jakoby mięso końskie w Ameryce południowej było używane do wyrabiania tego ekstraktu, podług Jakobson'a są nieloiczne, ponieważ konie tam daleko są droższe jak bydło czyli rogacizna; a nadto, że rosół z tego mięsa jak Liebig poprzednio okazał (1. Band 62 p. 29;) daje ekstrakt smaku tłustego, rozpuszczający się we wodzie na ciecz flegmistą i mętną. Przy gotowaniu rosolu z mięsa końskiego tworzy się także ustawicznie na powierzchni skórka utrudniająca parowanie. Mięso skopowe, dostarcza do ekstraktu doskonałego smaku; prawdopodobnie wkrótce w Fray-Bentos przygotowywanym będzie.

-- *Extractum carnis americanum*, jakie do Warszawy sprowadza P. Ernest Gay, ma następny skład wedle rozbioru dokonanego w pracowni chemicznej Głównej Szkoły Warszawskiej pod okiem Prof. Romana Wawnińskiego: 100 części ekstraktu zawierają: wody 18,20⁰/₀, sybstaneyj organicznych 60,25⁰/₀, subs. nieorganicznych 21,55⁰/₀ soli kuchennej zaledwie ślady, żelaza i tłuszczu tak samo. Prócz tego znaleziono w ekstrakcie 5,16⁰/₀ kwasu fosforowego, i 10,24⁰/₀ Azotu.

— Leczenie kataru chronicznego pęcherza moczowego za pomocą wstrzykiwań. W katarach lżejszych, powodujących obecność śluzu w moczu a nie będących następstwem osłabienia działalności ścian pęcherza, Dr. Mallez używa roztworu jodu i jodku potassu w stosunku 3-ch gram nalewki jodowej i 1go grama jodku potassu na 300 gram wody czyli w przybliżeniu na uncye i grana: *Rp. Tinct. Jodi do. 1; Kali jodati scr. 1; Aquae destil. Libram. M. D. S.* Jeżeli bóle towarzyszą katarowi, płyn wstrzykiwany zawiera po jednym gramie nalewki jodowej, jodku potassu i wyciągu belladony na 300 gram wody czyli: *Rp. Tinct. Jodi, Kali Jodati, Extr. belladonnae an scr. 1. Aquae destill. Libram. M. D. S.* Trzecia część powyższej ilości płynów idzie na jedno zastrzyknięcie, które się co dwa dni powtarza. Jeśli katar pęcherza sprawia wydzielanie się płynu ropiastego

i mocz szybko się rozkłada w samym już pęcherzu, wówczas Pan M a l l e z używa następujących roztworów: *Rp. Natri hyposulphurosi dr. 1; Aquae destillatae Libram M. D. S.*, albo *Rp. Acidi carbolici dr. 1; Spiritus vini scr. 1; Aquae destil. Libram. M. D. S.*; albo *Rp. Kali hypermanganici dr. 1; Aquae destill. Libram. M. D. S.* Ilość powyższa roztworów wystarcza na trzy zastrzyknięcia codziennie powtarzane. W tych samych razach używać także można roztworów azotanu srebra. *Rp. Argenti Nitrici gr. XV; Aquae destill. Libram.* Na trzy zastrzykiwania powtarzać się mające co 4 do 5ciu dni. Przy wstrzykiwaniach z azotanu srebra należy zachowywać większe ostrożności niż przy innych roztworach. Potrzeba uprzednio wstrzyknąć wody letniej, i po jej wypuszczeniu dopiero wprowadzić do oczyszczonego pęcherza płyn z azotanem srebra. Ten ostatni nie powinien przebywać w pęcherzu dłużej jak $\frac{1}{2}$ do 1 minuty, poczem znów wstrzyknąć wypada do pęcherza pewną ilość płynu klejkiego i łagodnego. Temperatura wstrzykiwanego płynu nie jest obojętną. Płyn chłodny dobrze działa na sam katar i na pobudzenie osłabionej kurczliwości ścian pęcherza; wszelako w pewnych razach przy istniejących bólach i częstoci oddawania moczu, może być szkodliwym. W ogóle, do pierwszych wstrzykiwań nie należy nigdy używać płynu niższej od $+15^{\circ}$ temperatury, i temperatura ta powinna być tem wyższa, im częstsze są pozywania do oddawania moczu, ilość zaś płynu wstrzykniętego naraz powinna się zmniejszać w miarę powiększania się częstoci oddawania moczu.

— **Ruch gości zdrojowych w Krynicy.** Od początku tegorocznej pory zdrojowej aż do d. 31 sierpnia, przybyło do Krynicy w celu leczniczym 727 rodzin, składających się z 1606 osób, między któremi z prowincyj Ces. Austriackiego 1097, zaś z krajów pod berłem rosyjskiem zostających 509 osób. Pomimo pory jesienniej, pogoda w ogóle do leczenia zdrojowego a w szczególności dla chorych kuracyi wzmacniającej potrzebujących, jest tutaj bardzo sprzyjająca, to téż obecnie z d. 1. września bawi tu jeszcze 630 osób. Kapiel mineralnych wszelakiego rodzaju udzielono dotychczas 28109; co dostatecznie dowodzi ruchu i czynności w tutejszych wspaniałych lazienkach. Rozsyłka tutejszych szczaw żelazistych tak **K r y n i e k i é j** jak i **S ł o t w i ń s k i é j**, doszła obecnie do 43100 flaszek a ponieważ zdaniem znakomitych lekarzy, szczawy żelaziste i zimową porą z prawdziwą korzyścią przez chorych używanemi być mogą, przeto tutejszy zarząd zakładu zdrojowego postanowił świeże transporta swych wód od 15 września b. r. na nowo rozpocząć. Obie zatém zdrojowe wody metodą **H e c h t a** do flaszek nalewane, tylko do końca września t. r. w handel rozsyłanemi będą. Liczbę 23 lekarzy tutaj bawiących a w poprzednich korespondencyach wymienionych, zwiększyli pp. Dr. **S w i e t l i c k i** i Prof. Szkoły głów. Dr. **H i r s c h f e l d** z Warszawy, **B i e l i ń s k i** i **L u t o s t a ń s k i** z Król. Polskiego, Dr. **S t a r k e l** z Tarnowa, Dr. **A r m a t y s i R i e g e r** ze Lwowa, Prof. **C z e r w i a k o w s k i** wraz ze swym synem **D r e m** Medycyny i Dr. **B o n n y c k i**, wszysej trzej z Krakowa; liczba zatém lekarzy Krynicy tego roku odwiedzających wynosi 28.

Dr. *Zieleniewski.*

— Ze sprawozdania rocznego ze szpitala Ś. Konstancyi w Maciejowicach, złożonego przez Dr. **R a f a l s k i e g o** okazuje się, że w ciągu roku 1867 leczono osób 2445, mianowicie: w samym szpitalu 153, ambulatoryjnie 2047, po wsiach (bezpłatnie) 245. Z leczonych stale w szpitalu wyzdrowiało 105, otrzymało polepszenie 23, zmarło 11 (śmiertelność $7,19\%$), operacyi wykonano 229, z nich większych 14 (wypilowanie połowy szczęki dolnej 1, operacya przepukliny zaciśniętej 2, odjęcie kończyn 4, i t. d.), pomniejszych 215. Pomiedzy chorobami chirurgicznymi (było razem 337) najczęstsze były: próchnienie zębów (175), wrzody (47), potłuczenia, rany, złamania kości (35); z chorób terapeutycznych (razem było 2108); najczęściej występowały: zapalenia dróg oddechowych (312, *bronchitis, pneumonia* i t. p.), gorączki (281), nieżyty żołądka i kiszek (245), gościec (151), świerzba (66), wól (*struma*, 54), i t. d. Otrzymało bezpłatną pomoc lekarską i lekarstwa osób 2099.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na pocztę (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1868 do 1 stycznia 1869 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1869 r. sr. 28.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Rakowe zwyrodnienie lewego jądra pozostałego w przewodzie pachwinowym; wodna puchlina moszny (hydrocele), wyluszczenie jądra, prędkie zabliźnienie rany, generalizacya nowotworu w narządziach wewnętrznych. Postrzeżenie Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu). Uwagi nad fizyologią żółci. Przez Aleksandra Wolfa. (Dokończenie). **Kronika Zagraniczna.** Zachowanie się ciepłoty w chorobach. (Przez Dra Wunderlicha prof. w Lipsku). Streścił Dr. Wyrzykowski. (Dokończenie). **Wiadomości bieżące.** O amerykańskim ekstrakcie z mięsa i o mniemaniej w nim zawartości soli kuchennej. Mag. farm. Orłowski. Extractum carnis americanum. Leczenie kataru chronicznego pęcherza moczowego za pomocą wstrzykiwań. Dr. Mallez. Dr. Wszebor. Ruch gości zdrojowych w Krynicy. Dr. Zieleniewski. Szpital Śtój Konstancyi w Maciejowicach. Dr. Rafalski. **Dodatek.** Otiatrii arkusz 11, Toksykologii arkusz 1, Farmakologii arkusz 12ty.

Rakowe zwyrodnienie lewego jądra pozostałego w przewodzie pachwinowym; wodna puchlina moszny (*hydrocele*), wyluszczenie jądra, prędkie zabliźnienie rany, generalizacya nowotworu w narządziach wewnętrznych.

Postrzeżenie Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

W maju 1865 roku, prosił mnie o poradę Ormianin z miasta Katechyińskiego Sygnachu, Jan Petruzow. Umieściwszy chorego w Tyfliskim szpitalu miejskim i zbadawszy dnia 30go maja, znalazłem go w takim stanie. U chorego 32 lat m., bruneta, znacznie wycieńczonego, w okolicy pachwinowej lewej była obrzmiałość ograniczona w następujący sposób. Z dołu granicę stanowiła fałda pachwinowa (wiązało P o u p a r t'a i część przedniego brzegu kości biodrowej), zewnątrz obrzmiałość sięgała na dwa poprzeczne palce po za kolec górny przedni tejże kości (*spina anter. sup.*); stąd półkolem kierowała się do lewej okolicy podżebrowej, nie doszedłszy na dwa poprzeczne palce do żeber rzekomych skierowała się do pępka, i niedoszedłszy do niego na szerokość dużego palca ręki przeszła na prawą stronę po za linię środkową na dwa poprzeczne palce, i stąd półkolem spuściła się do spojenia łonowego. W taki sposób obrzmiałość ograniczona miała formę owalną, właściwiej zaś podłużnego czworokąta z przytępionymi kątami, ukośnie położonego w okolicy biodrowej wewnętrznej.

Wymiar obrzmienia podłużny (poprzeczny do linii białej) wynosił 10 poprzecznych palców długości, najszerszy zaś między pępkiem a wiązadłem P o u p a r t'a był na 7 poprzecznych palców długi. Wymiar poczynający się od najbliższego punktu obrzmałości od żeber i kończący się przy łonowém spojeniu był równy 12tu poprzecznym palcom. Wymiary tylko co podane ściślej określają formę i objętość obrzmałości. Ściany brzucha były mocno zapadłe, ztąd narodził wybitnie wystawała. Skóra brzucha niezmieniona, barwy prawidłowej, ruchoma, nieprzyrośnięta do głębszej warstwy. Żyły skóry mocno rozszerzone. Sama obrzmałość dość ruchliwa szczególnie w podłużnym kierunku t. j. przewodu pachwinowego. Pod obrzmałość nieprzezroczystą łatwo było podsunąć palec, szczególnie z górnej i wewnętrznej granicy. Od kaszlu obrzmałość się trzęsie, przy oddychaniu mało się rusza i więcej na zewnątrz. Pukanie na całej przestrzeni obrzmałości wywoływało tępe brzmienie. Przy powierzchowném jęj obmacywaniu czuło się, że wszędzie jest równą, ale głębsze i kilkakrotne badanie wykryło, że na wewnętrznej części obrzmałości można było domacać się małych nierówności, wyniosłości; ta część guza była twardsza. Na zewnętrznej zaś zupełnie gładkiej ograniczonej przestrzeni guza, wyraźne było chełbotanie (*fluctuatio*).

W tém miejscu zrobiłem z ostrożnością probiercze nakłucie, przyczém wypłynęła ciecz surowicza, zmieszana z gazami. Pod skórą w pobliżu probierczego ułknięcia na ograniczonej przestrzeni zauważyliśmy słabe trzeszczenie. Po odpłynięciu $\bar{3}$ I — $\bar{3}$ II cieczy, powstała wklęsłość w około miejsca ułknięcia, która nazajutrz zginęła, i znowu uczuliśmy chełbotanie. W mosznie lewej jądra nie było, śledziona większa niż w stanie prawidłowym, ból w lędźwiach, bezsenność. W innych narządziach nie chorobowego nie odzowano. Chory udzielił następującej historyi swojej choroby. Jądro lewe od urodzenia zawsze zostawało w przewodzie pachwinowym. Z początku w pobliżu otworu wewnętrznego, ale potem stopniowo w skutek ciągłych nacisków chorego posuwało się do otworu zewnętrznego, ale nigdy do moszny nie wchodziło: tak rzeczy stały do roku 1864. W końcu września, czy téż w początku października chory będący z powołania rzeźnikiem, miał zabić wołu, co mu szło z trudnością gdyż długo musiał się z nim mocować. Od téj chwili chory uczuł po raz pierwszy ból w jądrze, które od téj pory stopniowo i prędko się rozrastało, a bóle się wzmagaly. Od czasu do czasu do wzmagających się bólów przesywających dołączały się wymioty. Po raz pierwszy chory dostał wymiotów w miesiąc po zabiciu wołu; z początku one były dość rzadkie, a później coraz częstsze, choremu się zdawało, że niby wymioty rozpoczynały się z wewnętrznej połowy obrzmałości, ogniska bólów, które były niestałe, zwalniające. Obrzmałość w ciągu 8 miesięcy doszła właśnie do tego stopnia, jakeśmy ją znaleźli i wyżej opisali. Czasami chory doznawał burczenia w guzie, właściwego mającym przepukliny. Chory stanowczo domagał się ope racyi, będąc zdecydowanym w razie odmowy sam na sobie jęj dokonać.

Przed operacją musieliśmy oznaczyć miejsce cierpienia, anatomiczną tkankę, a zatem istotę jego. Co do 1go mając na uwadze wrodzone nieprawidłowe

położenie jądra w przewodzie pachwinowym, historię rozwoju obrzmienia, jej formę, ruchliwość i wszystkie objawy jej przedmiotowe, nabraliśmy przekonania że właśnie jądro uległo patologicznemu przeistoczeniu. Ważne przytém nastęczało się pytanie, jaki zachodził stosunek między tą naroślą a jamą brzucha?, czy otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego był zakryty lub nie?. Powolne posuwanie się jądra przez przewód dawało do myślenia, że otwór wewnętrzny prawdopodobnie nie był zarośnięty, lubo konna częsta jazda chorego i inne prace wymagające nateżenia, a także naciskanie narośli mogło ze swój strony przyczynić się do zaklejenia i zarośnięcia onego otworu. Lubo burczenie w narośli rzadko dawało się słyszeć, ale należało je mieć na uwadze przy rozpoznaniu choroby i operowaniu. Chełbotanie po nad zewnętrzną częścią narośli, po nad otworem wewnętrznym przewodu pachwinowego, obok owego burczenia okazywało, że otwór nie był zarośnięty. Probiercze nakłucie stwierdziło to bardzo prawdopodobne przypuszczenie. Surowica z gazami zmieszana, podskórne trzeszczenie w około nakłucia, i to że nazajutrz jama powstała, po wypłynięciu surowicy znowu znikła, przekonywały nas, że otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego był niezarośnięty, i że surowica pochodziła z jamy brzucha. To że obrzmiałość tak prędko się rozwinęła, właściwość bólów, prędkie wyniszczenie w ciele, świadczyły o złośliwej istocie narośli, którą rozpoznaliśmy jako rakowe zwyrodnienie jądra lewego (*carcinoma medullare*), pozostającego w przewodzie pachwinowym.

Dnia 8go czerwca w obec kilku kolegów, zrobiłem cięcie podłużne w skórze przez całą narośl, a następnie oddzielnie każdą warstwę mięśni, powięzi, przeciąłem, podwiązałem naczynia i sznurek nasienny, narośl oddzieliłem. Otwór wewnętrzny nie był zarośnięty, o czém się przekonałem wsunawszy koniec małego palca do jamy brzucha. Tylna ścianka przewodu nie była uszkodzoną. Brzegi rany połączyłem szwami węzłowatymi (*sut. nodosa*) i plastrami, następnie pokryłem lekką warstwą waty. Przepisałem: *Rp. pulv. opii puri gr. 1/4*, co dwie godziny po proszku; wieczorem ból w około rany, niespokojność, upadek sił, kilka razy chory zemdlął. O 10tej wieczorem cały brzuch bolesny, tętno nieprzyśpieszone, język wilgotny i częste nudzenia.

Dnia 9go język białawy, chory miał jedno wypróżnienie, tętno 128, ból w brzuchu bardzo słaby. Środki też same. Wieczorem tętno 118, słabe, oddychanie 36, senność, język suchawy; bólów prawie żadnych w brzuchu.

Dnia 10go tętno 117, oddychanie 42, język białawym śluzem pokryty, suchy; odbijanie, nudzenie, morzyska i ból w około rany. Te same proszki i *inf. Digital. ex 3 I—5 VI*, co dwie godziny po łyżce. Wieczorem w ranie ból mniejszy, tętno 112, oddech 36, niespokojność, tęsknota, nudzenie i morzysko mniejsze. Dyeta mleczna.

Dnia 11go tętno 104, oddech 34, język nieczysty, ból w ranie mniejszy, morzysko raz tylko dokuczało choremu w nocy. Zdjąłem 5 szwów. Proszki makowcowe co godzinę po jednym, naparzenie zaś naparstnicy jak wczoraj. Wie-

czorem tętno 104, oddychanie 30, język wilgotny; morzyska nie było. Ranę i bliższe do niej części pokryto *collodio* (w szpitalu dały się widzieć róże).

Dnia 12go tętno 104, oddech 24, język wilgotny, chory miał 1 stolec, morzyska nie było. Z głębi rany wypłynęła ropa cuchnąca. Miejscami powiodło się śpieszne spojenie. Jeden szew zdjęto. Wieczorem tętno 100, oddech 30, język cokolwiek sznie, nieobfite wypróżnienie.

Dnia 13go język suchawy, w nocy stolców 5 z bólem w brzuchu. Tętno 108, oddech 30. Ropy śmierdzącej mniejsza się ilość wydziela. *Rp. pulv. opii gr. 1/2; sacch. albi gr. IV*, co 2 godziny po proszku. Wieczorem tętno 104, oddech 30, rozwolnienie ustało, żadnych bólów w brzuchu.

Dnia 14go tętno 100, oddech 24, język sznie, stolec jeden, ból w brzuchu słaby i to w pobliżu rany; ropy mniej. Opatrunek takiż. Wieczorem tętno 30, język suchy.

Dnia 15go tętno 98, pełne, oddech 24, czkawka, ból w brzuchu mocniejszy, stolec jeden, morzysko. Jeden szew jeszcze się oddzielił, proszki też same i za napój *acid. muriat. dil. gutt. XXX, aq. communis II I, sacch. albi 3 IB*. Wieczorem tętno 96, oddech 30, język wilgotny, nie było stolca.

Dnia 16go tętno 88, oddech 24, język nieczysty, jeden stolec z lekkim bólem w brzuchu; jeszcze ligatura odeszła, środki też same. Ranę opatrzono rozczyntem saletranu srebra, wieczorem tętno 90, oddech 30. W nocy wypróżnień 5, przytém bóle w około rany się powiększyły.

Dnia 17go tętno 84, oddech 30, w okolicy łądzwiowej i na k. bezimienną róża się pokazała, stolców 5. Wieczorem przepisałem: *Rp. sulph. chinini gr. IV, pulv. opii gr. 1/6*; co dwie godziny po proszku. Ranę i poczerwieniałe części otaczające posmarowałem mieszaniną *ol. ricini 3 II et glycerini 3 B*.

Dnia 18go tętno 84, oddech 30, róża bledsza. Ilość ropy stopniowo coraz więcej się zmniejsza. Jeszcze jedna ligatura odeszła, środki też same.

Dnia 19go tętno 86, oddech 24, róża bardzo blada posunęła się na grzbiet; na obwodzie z trudnością można było odróżnić czerwoność różową od skóry, tylko wyniosłością brzegu właściwą różę dawała się ona odróżnić od części zdrowych. Wieczorem stan gorączkowy.

Dnia 20go tętno 70, oddech 24. Język wilgotny, dwa wypróżnienia. Róża znikła i ostatnia odeszła ligatura. Chory pozostaje bez żadnego lekarstwa.

Dnia 25go otwarłem ropień, właściwie zatokę ropiastą, powstałą w kierunku moszny, i przez nowo powstały otwór i zostający po ranie przeciągnąłem zawłokę. Od tego czasu chory podlegał niekiedy biegunkom, mniej lub więcej silnym i bezsenności. Gruczoły limfatyczne prawie obrzmiewały i bolały, to wszystko osłabiało chorego. Dnia 14go czerwca, rana się zagoiła, ale pokazały się wymioty, bóle na lewej stronie ciała w okolicy śledziony, nerki, i miejsca operacji. Objętość śledziony nawet się powiększyła, chory przyzwyczajony do gór, tęsknił, nudził się w szpitalu, i prosił o wypuszczenie z niego. W domu, gruczoły limfatyczne a szczególnie śledziona bardzo się powiększyły u chorego,

a biegunka nie ustawała. Chorego w takim stanie odwiedziono na wieś, gdzie prawdopodobnie zmarł.

Jądro wyluszczone było pagórkowate, między wyniosłościami, (pagórkami), we wklęsłościach była ciecz surowicza, z jamy brzucha pochodząca. Do téj wklęsłości łatwo mogła wpaść część kiszki i tam się zacisnąć. W takich właśnie razach przy opadnięciu kiszki, chory czuł burczenie i ból w guzie. Wymioty mogły być następstwem albo zaciśnięciu kiszki, albo zjawiskiem odbitem cierpienia jądra. Badanie mikroskopijne pokazało że to było rakowe rdzeniakowe zwyrodnienie jądra. Zwracamy szczególniejszą uwagę w naszym przypadku: a) na słabą reakcyę, szczególniejszą miejscową pomimo obrażenia otrzewnej; b) długie użycie *opii* i *digitalis* ograniczyło, zapalenie i gorączkę; c) opatrunek był najprostszy, używano waty, wymywszy ranę w naparze rumianku *cum tinc. myrrhae*, różę smarowano *collodio*; d) pomimo to że gruczoły obrzmiewały, rana prędko się zagoiła. Najprawdopodobniej rozpowszechnienie nowotworu w narządziach wewnętrznych zabiło chorego.

Uwagi nad fizyologią żółci.

Przez Aleksandra Wolfa.

(Dokończenie). ¹⁾

Odtąd co dni 4 wstrzykiwałem zwierzęciu żółć jego własną w postaci soli kwasów żółciowych przez tę przetokę dokiszkową, i to w ilościach jużto odpowiadających téj ilości żółci, jaką zwierzę w ciągu całej doby za pomocą przetoki wydzielało, już znowu w ilościach mniejszych, jak to później zobaczymy. Wstrzykiwania te rozpoczynałem we 2 godziny po nakarmieniu zwierzęcia, a robiąc je w przestankach dwugodzinnych, zaprzestawałem dopiero w godzin 12 do 16. Następnie w kale, z dwóch dni następnych zawsze zbieranym i jak w tym razie przynajmniej nieposiadającym owej zgniłej woni, dochodziłem ilościowo kwasów żółciowych a przedewszystkiem kwasu cholalowego, jako powstałego z rozkładu soli kwasów żółciowych w przewodzie pokarmowym. Wreszcie, aby uniknąć kwasów tłuszczowych, które przy zwykłej żywności mięsnej, w znacznej ilości znajdowały się w kale i utrudniały mi tém samym jego rozbiór, karmiłem zwierzę przez czas dłuższy ryżem.

Po skończonych obserwacjach psa otrujęm.

Przy sekcji znajduję pęcherzyk żółciowy i dwunastnicę wraz z pokrywającą je otrzewną najzupełniej zrosłe ze ścianą brzuszną w miejscu odpowiadającym początkowo zrobionej ranie, przyczem zgłębnik, wprowadzony od zewnątrz do przetoki przewodu dokiszkowego bez żadnych przeszkód i nie zbaczając gdzie indziej wchodzi do dwunastnicy ²⁾.

¹⁾ Patrz Nr. 11, Gaz. Lek.

²⁾ Preparat przedstawiający obie te przetoki zachowany jest w pracowni profesora H o y e r'a.

Wypadki przy rozbiórce kału otrzymane.

	Wstrzyknięta ilość soli kwasów żółc. w grammach.	Ilość kału suchego z dwóch dni w grammach.	M e t o d a.	Otrzymana ilość kwasu cholalowego oznaczona	
				Na wadze analitycznej.	W przyrz. polaryz. Mitscherlicha
III.	1,8	46	Bischoff'a	0,972 grm.	—
IV.	1,2	37,4	„	0,710 „	0,2914 grm.
V.	1,2	43,7	Hoppe'go	0,415 „	0,2360 „

Dwa grammy tychże samych soli kwas. żółciowych, rozłożone przez gotowanie z potażem gryzącym i strącenie kwasem solnym

w ydały kwasu cholalowego	1,300 grm.		0,2914 grm
zkład na 1,8 grm. soli kwas. żółciowych przypada	1,170 „		— „
a na 1.2 „ „ „ „ „	0,780 „		0,43765 „

Porównawszy teraz cyfry oznaczające nam wypadki przy rozbiórce kału otrzymane, widzimy, że nie cała ilość wstrzykniętych do przewodu pokarmowego soli kwasów żółciowych w kale wykryć się daje; zachodzić tu przeto mogą dwie możliwości, to jest: 1) pewna mała ilość kwasów żółciowych, jak np. w rozbiórce III i IV w przybliżeniu $\frac{1}{8}$ napowrót do krwi wessaną zostaje, — 2) albo téż, metody rozbijania kału nie są jeszcze dokładne, jak o tém po części z rozbioru IV i V wnosić możemy, gdzie, przy jednakowej ilości wstrzykniętych do przewodu pokarmowego soli kwasów żółciowych i przy zachowaniu w obu razach jednych i tychże samych warunków, ilości wszakże kwasu cholalowego w kale odkryte, przedstawiają znaczne różnice.

Nie mniej uderzające różnice napotykaemy, jeżeli ilość soli kwasów żółciowych, użytą do wstrzykiwań, zechcemy porównać z ilością kwasu cholalowego, oznaczonego w przyrządzie polaryzacyjnym Mitscherlicha; aczkolwiek i tu znowu należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przyrząd polaryzacyjny wskazuje ilość ciała chemicznie czystego, wolnego od wszelkich obcych domieszek, a czego jednak w danym razie, ze względu na istniejącą jeszcze niedokładność metod analitycznych, uskutecznić niepodobieństwem było. Rozbijając bowiem kał, jakąkolwiek metodą (Hoppe, Bischoff), wraz z kwasem cholalowym otrzymujemy stósownie do metody, już to mniejszą, już większą ilość kwasu choloidynowego, którego siły skręcenia płaszczyzny polaryzacyjnej dotychczas nie znamy zupełnie; a wreszcie, jak wiadomo, w kale znajduje się zazwyczaj pewna mała ilość cholesteryny, skręcająca znowu płaszczy-

zną polaryzacyjną na lewo, czyli w stronę wprost przeciwną kwasowi cholalowemu ¹⁾).

A zatem, jakkolwiek w obec takiego stanu rzeczy, ścisła odpowiedź nie jest łatwą na wiadome nam pytanie, to jednakże o ile z przytoczonych powyżej wypadków przy rozbiórce kału otrzymanych, wnosić mogę, oświadczam, że :

1) Żółć z kałem odchodzi — albowiem kwas cholalowy, jako produkt powstały z rozszczepienia się kwasów żółciowych w przewodzie pokarmowym, zawsze znajduje się w kale, bez względu na to, czy zwierzę żywione było mięsem, lub też innemi pokarmami.

2) Ilość kwasu cholalowego, otrzymanego przy rozbiórce kału, jakkolwiek stosunkowo jest znaczną, to jednak nie odpowiada téj ilości soli kwasów żółciowych, jaka wprowadzoną została do przewodu pokarmowego; ze wstrzykniętych bowiem soli kwasów żółciowych razem 4,2 grm., które na drodze sztucznego rozkładu powinny były wydać 2,73 grm. kwasu cholalowego, znalazłem w kale 2,097 grm.; pozostałe zatem 0,633 grm. czyli w przybliżeniu $\frac{1}{3}$, została albo na powrót do krwi wessaną, albo też wykazać się nie daje, według znanych dotychczas metod rozbiierania kału.

W końcu uważam za stosowne zwrócić uwagę na różnice, zachodzące pod względem ilości, otrzymywanego kwasu cholalowego w obec niektórych wykonanych dotychczas rozbiorów kału. A mianowicie: Hoppe-Seyler i Bischoff znajdowali 0,35—0,4 grm. kwasu cholalowego w kale, zebrany w ciągu jednej doby u psów, u których wlewająca się ilość żółci do przewodu pokarmowego nie była powyższym badaczom wcale znaną. Ja zaś, z pięciu wykonanych rozbiorów kału, w pierwszych dwóch, to jest w tych wypadkach, w których ilość wydzielającej się żółci do przewodu pokarmowego, przy karmieniu zwierzęcia 600 grm. mięsa dziennie, również mi nieznaną była, otrzymałem w kale według tych samych metod 0,27—0,32 grm. kwasu cholalowego; gdy tymczasem w pozostałych trzech rozbiorach (III, IV, V) to jest w tych, gdzie wprowadzona ilość żółci (sole kwas. żółciowych) do przewodu pokarmowego była mi wiadomą, otrzymałem w kale 0,97—0,71—0,415 grm. kwasu cholalowego; a zatem 2—3 razy więcej od téj ilości, jaką poszukiwania Hoppe'go, Bischoffa i pierwsze moje (I, II) wykryły. Skoro zaś wiadoma ta ilość, wprowadzonych soli kwasów żółciowych, do przewodu pokarmo-

¹⁾ Kwas cholalowy otrzymany z kału u psa zebranego, według Hoppe'go skręca płaszczyzną polaryzacyjną + 48°.

wego, nie spełna nawet odpowiada ilości żółci za pomocą przetoki w ciągu jednej doby u psa zebranęj, a jednakowoż wydaje w kale 2—3 razy większą ilość kwasu cholalowego od téj, jaka wykazać się daje przy rozbiórce kału, zbieranego u psów w stanie normalnym, czyli przy braku przetoki żółciowęj, ztąd téż zdaje mi się być rzeczą dosyć jasną, że prawdopodobnie psy w stanie zwykłym żyjące, wydzielają normalnie dwa do trzech razy mniejszą ilość żółci do przewodu pokarmowego.

Jeżeli rzeczywiście tak jest, to nie w tem dziwnego, że zwierzęta wydzielające żółć wprost na zewnątrz ustroju za pomocą przetoki, chudną tak nagle i wymagają 2—3ch razy zwiększonej ilości pokarmów, dla utrzymania mniej więcej pierwotnej wagi swojej. Zachodzi tu tylko pytanie, coby wpływać mogło na to powiększone wydzielanie się żółci?

Istotnie dosyć trudno wytłómaczyć się z tego; być może, że usposabia do tego sam stan zwierzęcia, który w każdym razie za patologiczny uważać należy; albo może raczej ta okoliczność, że, jak wiadomo, żółć w stanie normalnym przebywając przewód dokiszkowy, napotykać może z jego strony pewien niewielki opór, tem bardziej, że i ciśnienie pod jakim się żółć wydzieia, jest według doświadczeń *Heidenhaina* stosunkowo dosyć słabe; w obec zaś przetoki zmieniają się zupełnie te stosunki mechaniczne, i żółć, nie doznając już najmniejszego nawet oporu, swobodnie i bez żadnej przerwy płynie sobie na zewnątrz. A w końcu, jeżeli i to nie wystarcza do wyjaśnienia rzeczy, to bardzo być może że w obec takiego stanu zwierzęcia i systemat nerwowy nie pozostaje bez wpływu, o skutkach którego ze względu na obfitość wydzielającęj się żółci, w stanie nawet normalnym nie wiele dotychczas wiemy. Dla tego téż przy powyższej konkluzyi, mówiąc o ilości żółci wydzielanęj, użyłem wyrażenia „z pomocą przetoki.“

Ze dotychczas nie mieliśmy innego sposobu do ocenięcia ilości wydzielającęj się żółci w ustroju, zmuszeni zatem byliśmy poprzestać na ilościach za pomocą przetoki zbieranych; lecz spodziewać się należy: że postępując w sposób już wyżej przezemnie podany, to jest, wstrzykując do przewodu pokarmowego wiadome ilości żółci przez przetokę przewodu dokiszkowego, i do tego w obec ulepszonych metod rozbierania kału, skoro tylko potwierdzone zostanie, czy wszystka żółć, czy téż pewna jęj część, a mianowicie jaka wraz z kałem odchodzi, — w takim razie żółć bez najmniejszęj wątpliwości będzie tą jedną tylko wydzieliną z pomiędzy innych, biorących udział w sprawie trawienia, któręj ilość, w stanie normalnym wydzielającą się, j e d y n i e przez rozbiór już samego kału, a tém samém przy braku przetoki żółciowęj, oznaczyć będzie można, i to z matematyczną niejako dokładnością.

Metody rozbierania kału.

Metod służących do rozbierania kału ze szczególniejszém uwzględnieniem znajdujących się w nim produktów rozkładowych żółci, posiadamy głównie dwie: *Bischoffa* i *Hoppégo*.

B i s c h o f f wyciąga suchy kał gorącym wyskokiem, a następnie odparowawszy wyskok, pozostałość traktuje eterem, aby rozpuścić tłuszcze i kwas cholalowy. Roztwór eteryczny paruje, a otrzymaną w ten sposób pozostałość, gotuje tak długo z wodą, dopóki się tłuszcze w kroplach nie odziedzią, poczem płyn na gorąco przesącza i w taki sposób otrzymuje k w a s c h o l a l o w y. Do pozostałości zaś nieco kwaśno oddziaływającej, która powyżej już wyskokiem gorącym wytrawiana była i nie rozpuściła się w eterze, dodaje małą ilość kwasu octowego, poczem traktuje ją wodą wrzącą, aby rozpuścić nierozłożone jeszcze k w a s y ż ó ł c i o w e i osadzić k w a s c h o l o i d y n o w y, jako nierozpuszczalny w wodzie. Nareszcie ten sam kał, który już początkowo traktowany był wyskokiem, wyciąga jeszcze eterem i roztwór eteryczny gotuje z potażem gryzącym w wyskoku rozpuszczonym, aby mogącą znajdować się w roztworze d y s l i z y n e, przeprowadzić napowrót w kwas cholalowy. (E. B i s c h o f f: *Ueber den Nachweis der Gallensäuren mittelst der Pettenkofer'schen Probe und über das Vorkommen dieser Säuren im ikterischen Harne.* — *Henle und Pfeufer's Zeitschrift für nat. Med.* (3) XXI pag. 125 — 153).

H o p p e - S e y l e r wyciąga zimnym wyskokiem kał zebrany u psów mięsem karmionych, wyskok odciąga, a otrzymaną suchą pozostałość, przemywszy wodą, rozpuszcza w słabym wyskoku i dodaje do tego roztworu węglanu sody w nadmiarze, poczem przy ustawicznem mieszaniu paruje do sucha. Pozostałość suchą rozpuszcza w wodzie, przesącza, a uczyniwszy roztwór ten przez parowanie gęstszym, przemywa go razy kilka eterem; następnie odparowawszy do sucha, wyskokiem bezwodnym wydostaje cholalan sody, roztwór ten wyskokowy cholalanu sody odbarwia węglem zwierzęcym i znowu do sucha paruje, poczem rozpuściwszy pozostałość tę w wodzie dodaje chlorku barytu dotąd, dopóki tylko osad powstaje. Poczem zagotowuje płyn wraz z powstałym osadem i tak gotujący się przesącza, przyczem jednak osad razy kilka wodą wrzącą przemywa. W cieczy przesączonej, po jej ostudzeniu, wydziela się cholalan baryty w kryształkach igielkowatych promienisto ułożonych, przy odparowaniu zaś tej cieczy wodnej, wydobywa jeszcze pewną niewielką ilość owych kryształków ¹⁾.

Osad wyżej powstały, nie rozpuszczalny w wodzie składa się, z wyjątkiem śladów tylko cholalanu baryty, z soli kwasów tłuszczowych, które jednakże w niewielkiej ilości przedostają się przez sączek wraz z cholalanem baryty, w wrzącej wodzie rozpuszczonym. W końcu kwasem chlorowodnym lub octowym rozkłada sól barytową, a osadzony kwas cholalowy, rozpuściwszy w wy-

¹⁾ Robiąc rozbiór kału pod Nr. I, otrzymany cholalan baryty w wodzie rozpuszczony odparowałem do sucha, następnie rozpuściłem go w mocnym wyskoku i za radą profesora F u d a k o w s k i e g o traktowałem roztwór taki gazem kwasu węglanego — przyczem węglan baryty opadł.

skoku lub eterze, odstawia do krystalizacyi. (*Virchow's Archiv. Bd. XXVI. — Ueber die Schicksale der Gallé im Darmkanale von Prof. F. Hoppe-Seyler in Tübingen*).

Obie te metody posiadają jeszcze wiele niedokładności a mianowicie: rozbierając kał metodą B i s c h o f f'a, niepodobna otrzymać kwasu cholalowego wolnym od kwasów tłuszczowych, i jakkolwiek autor zaleca rozdzielanie tych ciał za pomocą wody wrzącej i następne przesączenie, to jednak zawsze pewna część kwasów tłuszczowych, w obecności kwasu cholalowego, rozdzieloną zostaje na tak drobne kulki, że pomimo najstaranniejszego przesączenia, przechodzą wraz z kwasem cholalowym.

Postępując zaś metodą H o p p e'go, nie można mieć pewności, czy zimnym wyskokiem wydobyta została całkowita ilość kwasu cholalowego i innych części rozkładowych żółci w suchym kale zawartych — powtóre, przy tyłu manipulacyach niepodobna uniknąć strat niejakich — a wreszcie i cholalan baryty nie jest wolnym od soli kwasów tłuszczowych, jak to sam H o p p e nawet wyznaje. W końcu i to jeszcze dodać muszę, że tak przy jednej jak i drugiej metodzie, wraz z kwasem cholalowym otrzymujemy mniejszą lub większą ilość kwasu choloidynowego, którego istnienia jako takiego H o p p e nie przyjmuje, uważając go tylko za mieszaninę kwasu cholalowego z dyslizyną (Gorup Besanez).

Kończąc niniejszą pracę moją, wyznac muszę, że metody podane dałyby się zmodyfikować, i jedynie skutkiem naglącego terminu złożenia rozprawy, nie byłem już w możności tego uskutecznić, a co wszelako na przyszłość będzie usiłowaniem mojem.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Zachowanie się ciepłoty w chorobach.

Przez Dra W u n d e r l i c h a, prof. w Lipsku.

Streścił Dr. Wyrzykowski.

(Dokończenie *).

Ciągle kilka razy dziennie powtarzane oceniania ciepłoty przez cały przebieg choroby, dostarczają najważniejsze momenta dla ocenienia pojedynczego wypadku chorobnego, o ile ten jest połączony ze znacznymi zboczeniami od ciepłoty prawidłowej zdrowego. Wskazują prawidłowość w przebiegu chorób gorączkowych i przez to dostarczają najważniejszą podstawę dla ocenienia pojedynczego wypadku. Same przez się stanowią o rozpoznaniu choroby. Mogą uczynić widocznymi peryody i okresy w przebiegu choroby, oraz wskazują czas przejścia z jednego okresu w drugi. Wskazują nieprawidłowości w przebiegu, zależne po części od przypadkowych okoliczności, po części od powikłań lub od tera-

*) Patrz Nr. 10 Gaz. Lek.

peutycznego postępowania, stanowią zatem *criterium* tak dla odmian choroby, jak i dla terapii. Wskazują czas kiedy proces choroby ukończył się, oraz mogą same jedne w związku z innymi objawami wskazać zbliżenie się śmiertelnego zejścia. Wskazują dokładność rekonwalescencji i dają pierwsze wskazówki zaburzenia takowej. W przebiegu chorób gorączkowych z ocenienia ciepłoty dają się rozróżnić:

A. Okresy rozwoju choroby.

1. Okres początkowy (*stadium initiale, pyrogeneticum*), który trwa dłużej lub krócej, i kończy się z umiejscowieniem choroby, lub osiągnięciem najniższego stopnia dzienną średnią ciepłoty, właściwej danej chorobie. 2. Okres górowania (*acme, fastigium*) gdy choroba jest w zupełnym swym rozwoju. 3. Okres nieoznaczony (*st. amphibole*) występuje tylko w ciężkich chorobach, w którym to czasie okazują się liczne, mniej lub więcej znaczne nieprawidłowości w przebiegu.

B. Okresy w razie wyleczenia.

1. Okres stanowczego, lub niezupełnego upadku gorączki (*perturbatio critica, st. decrementi*). 2. Okres powrotu do prawidłowej ciepłoty, *deferwescencja*. 3. Okres rekonwalescencji, w którym ciepłota staje się prawidłową lub spada poniżej.

C. Okresy w razie śmiertelnego zejścia.

1. Okres poprzedzający konanie, charakterystyczny przez właściwe zachowanie się ciepłoty, szybki wzrost lub upadek, także i przez inne objawy. 2. Konanie. 3. Śmierć i zmiany pośmiertne ciepłoty.

Zachowanie się ciepłoty w okresie początkowym, jest już w wielu chorobach bardzo charakterystyczne, często tylko uchodzi z pod uwagi dla wielkiej krótkotrwałości. Zachowanie to jest różnym stosownie czy gorączka poprzedza, lub dopiero przyłącza się do miejscowego cierpienia.

Niekiedy typ jego zaciera się gdy choroba powstaje już u chorego, lub gorączkującego indywiduum.

Zachowanie się objawów w okresie początkowym wskazuje tylko w razach niezwyklego natężenia, na ciężki dalszy przebieg i niebezpieczeństwo choroby.

Fastigium przez wysokość ciepłoty, przez zmiany tejże i przez czas trwania, daje najcharakterystyczniejsze momenta dla oznaczenia formy choroby. Prócz tego wskazuje częścią przez bezwzględną wysokość ciepłoty i przez długie zatrzymanie się na niezwyklej wysokości, częścią przez zboczenia od nieprawidłowego typu na natężenie i niebezpieczeństwo choroby, z drugiej zaś strony umiarkowanie bezwzględnej wysokości, krótkie zatrzymanie się w samym górowaniu oraz wcześniej występujące zwołnienia wskazują łagodny przebieg choroby. Nieprawidłowość, nawet gdy zależy na umiarkowaniu ciepłoty, jest w ogóle niepomysłną i tylko przy szczególnych stosunkach może być uważaną za znak łagodnego przebiegu. Wystąpienie powikłań często może być rozpoznaniem przez opóźnienie podniesienia ciepłoty w *fastigium*.

Stadium amphibole, występujące prawie zawsze w ciężkich wypadkach, jest peryodem zmieniających się pogorszeń i polepszeń. W tym czasie występują bardzo często powikłania, zdradzające się przedewszystkiem podniesieniem ciepłoty, *st. amphibole* jest zawsze znakiem ciężkiej choroby i przez cały czas jego trwania czy trwa ono kilka dni, czy kilka tygodni rokowanie jest niepomyślnym. Jednorazowe podniesienie ciepłoty choćby do znacznej wysokości, lub znaczny upadek takowej, nie ma tak jeszcze złego znaczenia w tym okresie, jak częste powtarzanie się, lub długie trwanie tych zboczeń.

Przy końcu *fastigium* lub *st. amphibole*, często przed nastąpieniem zupełnie pomyślnego zejścia choroby, ciepłota podnosi się znacznie, które to podniesienie trwa pół dnia, nie-

kiedy 3 dni. To podniesienie wraz z innemi odpowiednimi objawami wywiera wrażenie pogorszenia, niekiedy przedstawiającego się bardzo groźnie: *perturbatio critica*. Jest często niemożliwem wykryć jego pomysłny charakter i tylko z dalszego przebiegu, oraz szybkiego i niewątpliwego polepszenia, okazuje się prawdziwe jego znaczenie.

Stadium decrementi brakuje nieraz w wielu uleczalnych wypadkach, w tych razach bezpośrednio po *fastigium* lub *st. amphibole* następuje upadek gorączki, gdy przy *st. decrementi* ciepłota zmniejsza się powoli, jużto w wieczornych nasileniach, jużto w rannych zwolnieniach, lub jednocześnie w obu razach. Niekiedy podczas *st. decrementi* ciepłota spada poniżej $36,5^{\circ}$ ze wszystkimi objawami bezsilności, to przytrafić się może raz jeden, poczem ciepłota powraca do pierwotnej wysokości, lub powtarza się codziennie, podczas gdy w przypalających nasileniach, ciepłota nie okazuje żadnej skłonności do zmniejszenia.

Defervescencya, czyli upadek gorączki, w którym ciepłota powraca do prawidłowej wysokości, okazuje dwa główne, różne typy: albo gorączka spada szybko, niekiedy w ciągu jednej nocy, lub 36 godzin *szybka defervescencya*, przełom; lub gorączka spada powoli przez dnie całe, *powolna defervescencya*, *lysis*; albo występuje przez ciągłe obniżanie ciepłoty, które gdy trwa dłużej nad 12 godzin, w godzinach poobiednich jest powolniejsze jak w rannych; albo w sposób remitujący, to jest obniżenie przerywa się wieczornymi pogorszeniami. Podczas *defervescencyi* występuje nieraz bezsilność, która jednak wprędce przechodzi w rekonwalescencyą.

W *rekonwalescencyi*, gdy takowa jest zupełną i niezaburzoną żadnemi powikłaniami, ciepłota zachowuje się jak u zdrowego, każde podniesienie ciepłoty, lub każde obniżenie odbywające się nie w granicach właściwych zdrowiu, wskazują że rekonwalescencya jest nie zupełną.

Podczas upadku gorączki może nastąpić podniesienie ciepłoty, niekiedy bardzo znaczne o 2 i 3 stopnie; podniesienie to może być przemijającym, lub trwać do dwóch dni, w każdym razie nie ma ono znaczenia i powstaje często z małoważnej, a nawet bez żadnej widocznej przyczyny. Inną razą może być początkiem powrotu choroby, rozwijającego się powikłania, lub wskazuje gdy podniesienia ciepłoty są nieznaczne, a uporczywie się utrzymują na nieuleczone następstwa procesów patologicznych.

W przypadku śmiertelnego zejścia podczas okresu poprzedzającego *konanie*, ciepłota jużto wzrasta, już obniża się, lub zachowuje się na poprzedniej wysokości. Inne objawy mianowicie zachowanie się tętna, okres ten daleko czynią wyraźniejszym.

Podczas *konania* ciepłota nie zmienia się wcale, lub tylko bardzo nieznacznie i pozostaje na wysokości na jakiej była poprzednio; albo obniża się znacznie do wysokości prawidłowej, lub poniżej (głównie przy śmierci z wycieńczenia); albo wzrasta w bardzo krótkim czasie do mniej więcej znacznej wysokości, której podczas choroby samą, nigdy nie dosięgła.

W chwili *skonu* ciepłota obniża się czasami, lecz często w wypadkach, w których podczas konania szybko wzrastała wznosi się do samej śmierci; nawet wzrastanie trwa jeszcze przez kilka minut nawet parę godzin i po śmierci, w pierwszym razie ciepłota spada szybko po śmierci, w drugim razie stygnięcie trwa dość długo, tak że nawet po 12 godzinach po śmierci, ciepło zwłok okazywać się może znacznie wyższem jak człowieka zdrowego.

Przebieg chorób gorączkowych pod względem trwania i następstw objawów ciepłoty może okazywać: 1. Krótkie napady gorączki (*febricula*, *ephemera*, *febris terminalis*). 2. Gorączki ciągłe, które podczas swego *fastigium* okazują nieznaczne dzienne różnice i szybko przechodzą w *defervescencyą*. 3. Remitujące ostre gorączki, które dopóki tylko natężenie ich nie jest znaczne,

także podczas *fastigium*, a przynajmniej przy upadku, okazują znaczne dzienne różnice (wieczorne nasilenia, ranne zwolnienia) i tylko przy wystąpieniu powikłania, lub przy zbliżającej się śmierci tekowe czasami giną, gorączki remitujące zwykle kończą się *per lysis*. 4. I n t e r m i t u j ą c e. 5. G o r ą c z k i p r z e w l e k l e, które ciągną się tygodnie, miesiące całe, jużto bez przerwy, jużto podług typu remitującego, lub intermitującego czasami przerywane pozornym wyzdrowieniem.

Febricula i *ephemera* są to umiarkowane i krótkotrwałe napady gorączki, szybko kończące się wyzdrowieniem. Ciepłota dochodzi w nich do $40,5^{\circ}$ nawet i wyżej, na tej wysokości zatrzymuje się krótki czas i spada szybko. Napad taki trwa od 1 do 3 dni. W tej formie poczynając się niekiedy dreszczami występuje gorączka traumatyczna, pługowa, w rekonwalescencji, w lekkich kataralnych zapaleniach i umiarkowanych zaburzeniach w tkankach, oraz w pojedynczym napadzie zimnicy; lub ciepłota wzrasta powoli i po 2 do 5 dniach dochodzi do swego punktu górowania, który rzadko 40° przenosi i po krótkim trwaniu spada w szybkiej *deferwescencji*. Przebieg taki występuje w tychże samych okolicznościach jak poprzedni, nigdy tylko w zimnicy.

Wielkie podobieństwo ze względu na początek okazuje w swym przebiegu *febris terminalis*, jakkolwiek ma zupełnie inne znaczenie.

W chorobach bezgorączkowych w okresie poprzedzającym konanie, lub podczas samego konania ciepłota szybko wzrasta i w czasie jej górowania lub po obniżeniu się w ciągu ostatnich kilku minut następuje śmierć. Ta forma występuje przy śmiercią kończących się *neurozach*, przy wielu zatruciach i ciepłota w takich razach dosięga najwyższego swego stopnia, jaki dotąd był u ludzi spostrzeganym.

Gorączki ciągłe poczynają się zwykle krótkotrwałym okresem początkowym, często dreszczami. Podczas *fastigium* wynosi średnia dzienna ciepłota zwykle 39° — 40° rzadko powyżej lub poniżej. Różnica między najwyższą i najniższą ciepłotą w ciągu dnia dosięga tylko w wyjątkowych razach do $\frac{1}{2}^{\circ}$. *Fastigium* trwa do tygodnia, *deferwescencja* następuje szybko.

Najdokładniej reprezentuje tę grupę, pierwotne, niepowikłane krupowe zapalenie płuc; podobny przebieg zachowują również gorączki wysypkowe, ospa, szkarlatyna (z powolną *deferwescencją*), miąższowe zapalenie migdałów, zapalenie opon mózgowych na wypukłości czaszki, durzycia płamista (z długim trwaniem gorączki), róża twarzy, oraz często bardzo wszelkie natężone gorączkowe choroby, w których z wzrastającym nasileniem, przebieg nieregularny ciepłoty staje się ciągłym.

W gorączkach z przebiegiem *remitującym*, okres początkowy trwa krótko, lub przeciąga się dłużej. Dzienna średnia ciepłota jest bardzo różną, gdy ciężkie i lekkie przypadki okazują typ remitujący, zwykle wynosi $38,5^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$ i wyżej, w którym to ostatnim wypadku właściwiej przytrafiają się tylko nasilenia, a nie żadne prawdziwe zwolnienia, gdyż zawsze w takim razie najniższa ciepłota zostaje wysoką, gorączkową. Trwanie okresu górowania jest mniej ograniczone, jak w gorączkach ciągłych i wynosi nieraz kilka tygodni. *Deferwescencja* zwykle jest *per lysis* i remitująca.

Do tej grupy należy przedewszystkiem durzycia brzuszna, dalej gorączkowe kataralne cierpienia, gryppa, zapalenie płuc kataralne, gorączkowe gościcowe cierpienia, odra, zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki, ostra gruźlica, suchoty, włośnica.

Typ *intermitujący* odznacza się pojedynczemi napadami gorączki, które zwykle trwają czas krótki, a w żadnym razie nie przeciągają się zbyt długo, w przerwach zaś między nimi ciepłota jest zupełnie prawidłową.

Przy krótkotrwałych napadach gorączki, podniesienie ciepłoty rzadko trwa dzień, dosięga zaś wysokości znacznie większej jak w innych chorobach 41° — $41,5^{\circ}$, a *pyrexia* jest również krótką od kilku godzin do 3ch dni. Nakoniec napady i a *pyrexia* zmieniają się z pewną stałą prawidłnością.

Przebieg podobny okazują zimnice.

Przy dłużej trwających napadach gorączki, podniesienie ciepłoty jak i *apyrexię* trwają dłużej, napad gorączki powtarza się najczęściej raz jeden, rzadko dwa razy, a do najrzadszych wypadków liczy się kilkakrotne powtórzenie. Do téj kategorii należy gorączka powrotna, jakkolwiek i wiele innych chorób okazują niekiedy przebieg podobny jak: ropnica, róża, ospa prawdziwa, wiele wypadków krupowego zapalenia płuc, niekiedy ostra gruźlica, zapalenie błon mózgowych na podstawie czaszki i suchoty.

Przewlekłe znane także pod nazwą gorączek *trawiących* odznaczają się długim swém trwaniem, niekiedy przez lata całe. Przebieg ich jest nadzwyczaj nieprawnym, jakkolwiek w pewnych okresach czasu zachowują pewien stały typ, zwykle remitujący z jednorazowym lub dwukrotnym nasileniem w ciągu doby, które już to bywa umiarkowanym, już natężonym, podczas gdy w *zwolnieniu* ciepłota jest zupełnie, lub prawie prawidłową. Rzadziej nasilenia występują co drugi dzień, naksztalt form intermitujących. Przy zbliżaniu się śmierci, lub przy wystąpieniu powikłań zmienia się często typ remitujący na ciągły. Takie zachowanie się najczęściej spotyka się w przewlekłych zapaleniach płuc i oskrzeli, oznaczanych ogólną nazwą suchot, w przewlekłych owrzodzeniach kiszek, długo trwających ropieniach, w przewlekłych zapaleniach błon surowicznych, przy zatorach naczyń.

Podniesienie ciepłoty, bez względu jakiego ono nie było, bez żadnej wątpliwości wywiera swój wpływ na *czynność*, na *odżywianie* tkanek i na *wydzieliny*.

Przy *umiarkowanym* podniesieniu ciepłoty trudno jest ocenić powyższy wpływ z pewnym prawdopodobieństwem we wszystkich szczegółach.

Przy *znaczniejszém* jako stałe następstwo jest zmniejszenie wagi ciała. Prócz tego wzrastają częstość oddychania i tętna, mózgowie funkcyonuje nieprawidłowo, zwiększają się wydzieliny skóry i mocznika, występuje zastój krwi, szybkie stłuszczenie i rozpad tkanek. Wszystkie te następstwa nie występują odpowiednio do podniesienia ciepłoty, jej trwania lub szybkości i brak tych następczych zaburzeń nie należy do tak rzadkich *zdarzeń*.

Przy *bardzo znaczném* podniesieniu ciepłoty, życie jest niemożliwym, jakkolwiek niewiadomym jest od czego to zależy.

Również *szybkie zmiany* w *cieplocie* mogą wywierać swój wpływ na *czynność* ciała.

Przy *szybkim* podniesieniu się ciepłoty, szczególnie gdy ciepło *tułowia* wzrasta wpród niż w kończynach, występują zwykle *dreszcze*.

Przy *szybkim upadku* poprzednio bardzo *wysokiej* ciepłoty, występują nieraz ciężkie zaburzenia w ustroju, duszność, majaczenie, bezsilność.

Choroby które odznaczają się nie przez podniesienie ciepłoty, ale przeciwnie przez *znaczny jej upadek*, nie przedstawiają w swym *przebiegu* ciepłoty żadnej *prawidłowości*.

Są to wypadki wycieńczenia, stwardnienia tkanki podskórnej u noworodków (*scleroma*) przewlekłych zatruc, raka.

W innych i daleko częstszych wypadkach spostrzega się tylko przemijające obniżenie ciepłoty: czasami podczas *zwolnienia* remitujących gorączek wskutek *krwotoku*, *obfitych wypróżnień*; jako *nadmierne obniżenie* ciepłoty podczas *okresu upadku* gorączki; niekiedy podczas *konania*.

Przy *znaczném obniżeniu* ciepłoty następuje śmierć.

Wiadomości bieżące.

— O *Amerykańskim ekstrakcie* z mięsa i o *mniemanéj* w nim *zawartości soli kuchennéj*. (*Chemisch-technisches Repertorium 1866, zweites Halbjahr. Nahrungsmittel. 51.*) Liebig zaprzeczając *firmie Gehe et com.* w Dreźnie, *utrzymującej* jakoby *ex-*

trakt mięsny Amerykański z Fray-Bentos zawierał znaczny dodatek soli kuchennej, zwraca uwagę, że ekstrakt ten do handlu ztamtąd nadsyłany, poprzednio rozbierany i stosownie do dobroci oceniony zostaje, i że o fałszywości podania Gehe'a, każdy przekonać się może prostym rozbiorem popiołu tego ekstraktu. Liebig przyznaje, że ekstrakt mięsny amerykański ma smak słonawy, a nawet, że często napotkać w nim można kryształy, te jednak, nie są solą kuchenną, ale kreatyną, albo kwaśnym fosforanem potażu, należącym do normalnego składu tegoż ekstraktu. Ponieważ z praktyki okazało się, że otrzymanie jego zawsze w jednakowym kolorze i z cechującymi własnościami jest prawie niemożliwe; Liebig przeto do ocenienia wartości tego południowo-amerykańskiego ekstraktu, przyjmuje stosunek następujący: wody od 16 do 21⁰/₀, popiołu 18 do 22, części rozpuszczalnych w wyskoku (30⁰) 56 do 66. Jeżeli ekstrakt ten do Antwerpii (główny skład kompanii), przychodzi z większą zawartością wody jak 21⁰/₀, co bardzo rzadko się zdarza, to zaraz na miejscu w umyślnie na ten cel urządzonych naczyniach, do właściwej doprowadzony zostaje konsystencji. Zwyczajny dobry ekstrakt, zawiera mniej jak 17⁰/₀ wody, a więcej jak 56⁰/₀ części składowych rozpuszczalnych w 80⁰ wyskoku. Papkowaty, albo zawierający klój, nie powinien być używany. Liebig rozbierając wiele gatunków ekstraktu wyrabianego w Niemczech, ani jednego dotychczas nie znalazł z mniejszą ilością jak 24⁰/₀ wody, częściej zaś napotykał 28—30⁰/₀. (Jacobson, kupował kilkakrotnie w Berlinie „Extrakt mięsny“ fabryki niemieckiej który był jasno brązowym i pomimo znacznej zawartości kleju w dość grubej warstwie jeszcze przeświecał). Jeden z doskonałych ekstraktów, podobny do Liebig'owskiego wolny zupełnie od kleju, wyrabiany jest przez Hilsch'a (w Petersburgu). Co się tyczy smaku i koloru ekstraktu z Fray-Bentos, które są często zmienne, nie oznaczają one błędu w jego fabrykacji, zależą bowiem od rodzaju i starości użytego bydła. Mięso wołowe daje ekstrakt ciemny rozszerzający właściwy przyjemny zapach osobliwie w rozcieńczonym roztworze; z mięsa krowiego jest miękki, jaśniejszy od poprzedzającego i w smaku delikatny. Mięso zwierząt, mniej jak cztery lata mających, nie powinno być do tego celu używane, ponieważ daje ekstrakt papkowaty i nudnego smaku. Przegatunkowywanie bydła przy fabrykacji na wielką skalę jest niemożliwe, co właśnie staje się przyczyną zmiany koloru i smaku, w miarę przewyżki jednego lub drugiego mięsa, w każdodziennym przygotowaniu. Jeden wół lub krowa, rzadko dają więcej ekstraktu, jak osm do dziesięciu funtów. Przepuszczenia jakoby mięso końskie w Ameryce południowej było używane do wyrabiania tego ekstraktu, podług Jakobson'a są nieloiczne, ponieważ konie tam daleko są droższe jak bydło czyli rogacizna; a nadto, że rosół z tego mięsa jak Liebig poprzednio okazał (1. Band 62 p. 29;) daje ekstrakt smaku tłustego, rozpuszczający się we wodzie na ciecz flegmistą i mętną. Przy gotowaniu rosolu z mięsa końskiego tworzy się także ustawicznie na powierzchni skórka utrudniająca parowanie. Mięso skopowe, dostarcza do ekstraktu doskonałego smaku; prawdopodobnie wkrótce w Fray-Bentos przygotowywanym będzie.

-- *Extractum carnis americanum*, jakie do Warszawy sprowadza P. Ernest Gay, ma następny skład wedle rozbioru dokonanego w pracowni chemicznej Głównej Szkoły Warszawskiej pod okiem Prof. Romana Wawniakiewicza: 100 części ekstraktu zawierają: wody 18,20⁰/₀, sybstaneyj organicznych 60,25⁰/₀, subs. nieorganicznych 21,55⁰/₀ soli kuchennej zaledwie ślady, żelaza i tłuszczu tak samo. Prócz tego znaleziono w ekstrakcie 5,16⁰/₀ kwasu fosforowego, i 10,24⁰/₀ Azotu.

— Leczenie kataru chronicznego pęcherza moczowego za pomocą wstrzykiwań. W katarach lżejszych, powodujących obecność śluzu w moczu a nie będących następstwem osłabienia działalności ścian pęcherza, Dr. Mallez używa roztworu jodu i jodku potassu w stosunku 3-ch gram nalewki jodowej i 1go grama jodku potassu na 300 gram wody czyli w przybliżeniu na uncye i grana: *Rp. Tinct. Jodi do. 1; Kali jodati scr. 1; Aquae destil. Libram. M. D. S.* Jeżeli bóle towarzyszą katarowi, płyn wstrzykiwany zawiera po jednym gramie nalewki jodowej, jodku potassu i wyciągu belladony na 300 gram wody czyli: *Rp. Tinct. Jodi, Kali Jodati, Extr. belladonnae an scr. 1. Aquae destill. Libram. M. D. S.* Trzecia część powyższej ilości płynów idzie na jedno zastrzyknięcie, które się co dwa dni powtarza. Jeśli katar pęcherza sprawia wydzielanie się płynu ropiastego

i mocz szybko się rozkłada w samym już pęcherzu, wówczas Pan M a l l e z używa następujących roztworów: *Rp. Natri hyposulphurosi dr. 1; Aquae destillatae Libram M. D. S.*, albo *Rp. Acidi carbolici dr. 1; Spiritus vini scr. 1; Aquae destil. Libram. M. D. S.*; albo *Rp. Kali hypermanganici dr. 1; Aquae destill. Libram. M. D. S.* Ilość powyższa roztworów wystarcza na trzy zastrzyknięcia codziennie powtarzane. W tych samych razach używać także można roztworów azotanu srebra. *Rp. Argenti Nitrici gr. XV; Aquae destill. Libram.* Na trzy zastrzykiwania powtarzać się mające co 4 do 5ciu dni. Przy wstrzykiwaniach z azotanu srebra należy zachowywać większe ostrożności niż przy innych roztworach. Potrzeba uprzednio wstrzyknąć wody letniej, i po jej wypuszczeniu dopiero wprowadzić do oczyszczonego pęcherza płyn z azotanem srebra. Ten ostatni nie powinien przebywać w pęcherzu dłużej jak $\frac{1}{2}$ do 1 minuty, poczem znów wstrzyknąć wypada do pęcherza pewną ilość płynu klejkiego i łagodnego. Temperatura wstrzykiwanego płynu nie jest obojętną. Płyn chłodny dobrze działa na sam katar i na pobudzenie osłabionej kurczliwości ścian pęcherza; wszelako w pewnych razach przy istniejących bólach i częstoci oddawania moczu, może być szkodliwym. W ogóle, do pierwszych wstrzykiwań nie należy nigdy używać płynu niższej od $+15^{\circ}$ temperatury, i temperatura ta powinna być tem wyższa, im częstsze są pozywania do oddawania moczu, ilość zaś płynu wstrzykniętego naraz powinna się zmniejszać w miarę powiększania się częstoci oddawania moczu.

— **Ruch gości zdrojowych w Krynicy.** Od początku tegorocznej pory zdrojowej aż do d. 31 sierpnia, przybyło do Krynicy w celu leczniczym 727 rodzin, składających się z 1606 osób, między któremi z prowincyj Ces. Austriackiego 1097, zaś z krajów pod berłem rosyjskiem zostających 509 osób. Pomimo pory jesienniej, pogoda w ogóle do leczenia zdrojowego a w szczególności dla chorych kuracyi wzmacniającej potrzebujących, jest tutaj bardzo sprzyjająca, to téż obecnie z d. 1. września bawi tu jeszcze 630 osób. Kapiel mineralnych wszelakiego rodzaju udzielono dotychczas 28109; co dostatecznie dowodzi ruchu i czynności w tutejszych wspaniałych lazienkach. Rozsyłka tutejszych szczaw żelazistych tak **K r y n i e k i é j** jak i **S ł o t w i ń s k i é j**, doszła obecnie do 43100 flaszek a ponieważ zdaniem znakomitych lekarzy, szczawy żelaziste i zimową porą z prawdziwą korzyścią przez chorych używanemi być mogą, przeto tutejszy zarząd zakładu zdrojowego postanowił świeże transporta swych wód od 15 września b. r. na nowo rozpocząć. Obie zatém zdrojowe wody metodą **H e c h t a** do flaszek nalewane, tylko do końca września t. r. w handel rozsyłanemi będą. Liczbę 23 lekarzy tutaj bawiących a w poprzednich korespondencyach wymienionych, zwiększyli pp. Dr. **S w i e t l i c k i** i Prof. Szkoły głów. Dr. **H i r s c h f e l d** z Warszawy, **B i e l i ń s k i** i **L u t o s t a ń s k i** z Król. Polskiego, Dr. **S t a r k e l** z Tarnowa, Dr. **A r m a t y s i R i e g e r** ze Lwowa, Prof. **C z e r w i a k o w s k i** wraz ze swym synem Drem Medycyny i Dr. **B o n n y c k i**, wszysej trzej z Krakowa; liczba zatém lekarzy Krynicy tego roku odwiedzających wynosi 28.

Dr. *Zieleniewski.*

— Ze sprawozdania rocznego ze szpitala Ś. Konstancyi w Maciejowicach, złożonego przez Dr. **R a f a l s k i e g o** okazuje się, że w ciągu roku 1867 leczono osób 2445, mianowicie: w samym szpitalu 153, ambulatoryjnie 2047, po wsiach (bezpłatnie) 245. Z leczonych stale w szpitalu wyzdrowiało 105, otrzymało polepszenie 23, zmarło 11 (śmiertelność $7,19\%$), operacyi wykonano 229, z nich większych 14 (wypilowanie połowy szczęki dolnej 1, operacya przepukliny zaciśniętej 2, odjęcie kończyn 4, i t. d.), pomniejszych 215. Pomiedzy chorobami chirurgicznymi (było razem 337) najczęstsze były: próchnienie zębów (175), wrzody (47), potłuczenia, rany, złamania kości (35); z chorób terapeutycznych (razem było 2108); najczęściej występowały: zapalenia dróg oddechowych (312, *bronchitis, pneumonia* i t. p.), gorączki (281), nieżyty żołądka i kiszek (245), gościec (151), świerzba (66), wól (*struma*, 54), i t. d. Otrzymało bezpłatną pomoc lekarską i lekarstwa osób 2099.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
