

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. O suchotach płucnych przymiotowych. — II. W. Jaworski. Składniki białkowe, wartość pożyweza i lecznicza pożywki peptonowej (*Solutio carnis peptonisata*); oraz odpowiedź na zarzuty D-ra Rejchmana. — Odcinek. Z. Kramsztyk—O cytatach. — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran. — *Dział sprawozdawczy:* 19. Nothnagel. Pragnienie fizjologiczne i pragnienie chorobliwe podniecone. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija -- Ogłoszenia.

I. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 21 Lutego 1882 roku).

I have purposely not included in the series cases, which have been treated by me in private practice, either alone or in conjunction with other practitioners, for the reason that such cases are not open to public criticism and frequently cannot be observed with the same care and accuracy as are practicable with cases occurring in hospital.
(*Waters Clinical Lecture in Pneumonia, 1881.*)

Oddawna już niektórzy lekarze zwracali baczną uwagę na związek przymiotu z suchotami płucnymi, dowodem czego piękna praca Portal'a, drukowana jeszcze w końcu zeszłego wieku, w której autor obok wielu interesujących spostrzeżeń podaje swój wielce racjonalny pogląd na wzajemny stosunek tych cierpień do siebie. W ostatnich dopiero jednakże dwudziestu latach cierpienie to zaczęto szczegółowo i gruntownie obrabiać ze stanowiska anatomopatologicznego i klinicznego, a to zawdzięczając głównie pracom Virchow'a ¹⁾, Beer'a ²⁾, Wagner'a ³⁾, Lancereaux ⁴⁾, Fournier'a ⁵⁾, Zacharin'a ⁶⁾, Kry-

¹⁾ Anton Portal's, Professors d. Medizin zu Paris, Beobachtungen über die Natur und Behandlung der Lungenschwindsucht. Deutsch von G. Mühry. Wien. 1804. str. 204—218. (Oryginal francuzki, drukowany w ostatnich latach XVIII wieku, był mi niedostępny).

²⁾ Virchow. „Die krankhaften Geschwuelste“ T. II. p. 463.

³⁾ Beer. „Die Eingeweide-Syphilis“. Tübingen. 1867.

⁴⁾ Wagner. „Archiv der Heilkunde“. 1863.

⁵⁾ Lancereaux. „Traité de la syphilis“. 1873.

⁶⁾ Fournier. „De la phtisie syphilitique. Gazette hebdomadaire. 1875.

⁷⁾ Zacharin. „Drei Fälle von syphilitischer Paemonie. Berl. Kl. Woch. 1878.

lowa¹⁾, Schnitzler'a²⁾, Rosnera³⁾, Paneritiusa⁴⁾ i wielu innych.

Ja również od lat kilku zwracałem baczną uwagę na cierpienie w mowie będące i jeśli dzisiaj głos zabieram pomimo tak gruntownego obrobienia danej kwestyi, to mam na celu z jednej strony przedstawienie moich na tem polu spostrzeżeń, a powtóre zwrócenie uwagi Sz. Kolegów na pewien zbyt jednostronny kierunek, jaki się rozwinął ostatniemi czasy, szczególnie od publikacyi Schnitzler'a, kierunek w wielu razach bardzo szkodliwy dla chorych, polegający na zbyt pochopnem rozpoznawaniu przymiotu u suchotników, którzy kiedyś przebywali przymiot, pomimo że żadne inne objawy rozpoznania owego wcale nie usprawiedliwiają.

Choroba przymiotowa objawia się w płucach pod dwiema postaciami, stanowiącemi oddzielne formy kliniczne.

1). W ograniczonym miejscu płuc, szczególnie w średnich częściach prawego płuca (choć nie zawsze), występuje rozwój nowotworu przymiotowego (*syphiloma*), podczas gdy stan ogólny chorego przedstawia się nieźle, a innych objawów choroby przymiotowej nigdzie wykryć się nie daje. Jednem słowem mamy na ograniczonym miejscu płuca objawy zgęszczenia, albo nawet zniszczenie tkanki płucnej, jednocześnie nieznamy kaszel i ograniczoną plwocinę obok mocnego braku tchu, natomiast nie dostaje wybitnej gorączki, potów, rozwolnienia, i t. p. objawów, towarzyszących zwykłym suchotom płucnym. Stany takowe w tym okresie rozpoznane i odpowiednio t. j. za pomocą przetworów rtęciowych leczone dają się usunąć niemal w zupełności.

¹⁾ Kryłow. „Izśledowanije o patologo-anatomiczeskich izmienienijach lokkich u syfilitikow“. 1870.

²⁾ Schnitzler. „Die Lungensyphilis“. Wien. 1880.

³⁾ Rosner. „O kile płuc“. Przegląd lekarski. 1881.

⁴⁾ Paneritius. „Ueber Lungensyphilis“. Berlin. 1881.

O CYTATACH.

II.

Czy doprawdy każdy, co występuje z jaką naukową albo literacką pracą, musi złożyć egzamen z całej poprzedniej literatury przedmiotu, o którym pisze? — Czy powinien to wszystko przeczytać — to inne pytanie, ale czy musi dowieść, że to wszystko pamięta? czy ma nawet istotny obowiązek pamiętania tych wszystkich prac poprzednich?

Każdy piszący za przedmiot swej pracy bierze jakiś fakt, jakiś objaw, jakieś ogólniejsze, albo szczegółowe prawo natury. Mniejsza o to, jakie okoliczności na wybór wpłynęły; autor pragnie swój przedmiot poznać, zrozumieć, wyrobić sobie jasny o nim pogląd i swój pogląd innym przedstawić. Ale każdy szczegół w naturze jest powikłany; materiału dla badania szukać potrzeba; potrzeba się uczyć na rozmaite szczegóły zwracać uwagę, które w pierwszej chwili nie

Kaszel niknie, siły wracają, a objawy miejscowe mają również zniknąć w zupełności. Przypadki tej kategorii są bardzo rzadkie, chociaż w literaturze lekarskiej znajduje się ich dosyć spora liczba. Przeglądając jednak krytycznie ową kazuistykę, spostrzegamy, że owe zupełne wyleczenia, podawane przez autorów, jakoś po bliższem rozpatrzeniu inaczej się nam przedstawiają, lub mogą być w inny zupełnie sposób tłumaczone. Najczęściej bowiem spotykamy wyrażenia: „chory wyjechał p r a w i e zupełnie zdrów; w płucach dawały się wykryć zmiany b a r d z o n i e z n a c z n e“. W wielu przypadkach znowu razi niezwykle niedokładny opis zmian fizykalnych płuc i t. p. Jako przykład może tu posłużyć następująca kazuistyka; i tak Ljunggren ze Sztokholmu podaje w II tomie *Archiv für Dermatologie und Syphilis* (1870 str. 553) wielce interesujący przypadek przymiotu płuc. Autor, opisując stan płuc, powiada, że w okolicy prawego szczytu słyszał wyraźny oddech jamisty (*amphorisches Respirationsgeräusch*). Chory po odpowiedniem przeciwprzymiotowem leczeniu miał wyzdrowieć zupełnie, jak powiada autor, ani słowem jednakże nie wzmiankuje, co się stało ze zmianami w płucach, czytelnik więc przypuścić może, i to słusznie, że w płucach również wszystko wróciło do normy, co dla nas jest rzeczą wątpliwą, wiadomo bowiem, że jama. dająca objawy tak zwanego oddechu amforycznego, musi być wielkości co najmniej małego jabłka, a o zabliznieniu zupełnem i to dosyć szybkim takiej wielce należy wątpić.

Przykład drugi: W i l l i a m s w dziele swem, zkądinąd nader cennem, o suchotach płucnych (*Pulmonary consumption its varieties etc. London 1871*) podaje na stronie 285 krótką historję suchotnika, który, przedstawiając objawy oddechu jamistego w prawym szczycie, wyzdrowiał mimo to zupełnie przy użyciu jodu i sarsaparylli, oraz po przebyciu zimy we Włoszech. Autor pisząc: „zupełnie wyzdrowiał (*quite recovered*)“, nie wzmiankuje o stanie miejscowym płuc, widocznie więc nie widział chorego po powrocie z Włoch, a jednakże przypadek ów przytacza, jako przykład suchot przymiotowych. Dla mnie byłby on bardziej przypadkiem suchot zwykłych z zejściem pomyślnem,

uderzyły badacza; potrzeba umieć sztucznie zebrać rozmaite warunki, aby ich znaczenie poznać po szczególe; potrzeba wreszcie ocenić te rozmaite tłumaczenia, te teoryje i hipotezy, które się nasuwają umysłowi, aby wybrać tę wreszcie, która najbardziej zadawałuiia. Tej pracy żaden człowiek dla najbardziej nawet drobnego faktu podolałoby nie zdołał; te drobne cegielki zbierają się powoli, pracą wielu ludzi, a książki właśnie, prace poprzednie, przyspieszają badanie i możliwem czynią rozwiązanie postawionej zagadki. Książki zwracają uwagę na szczegóły, które by badacz może dopiero po długim czasie, których by może nigdy nie dostrzegł; podają w rękę metody badania, na które umysł może by nie wpadł wcale; podają i rozmaite teoryje wraz z gotową oceną ich stron dodatnich i ujemnych. W ten sposób jedynie w nauce do jakichś przyjsć można wyników. Ale pamiętać potrzeba koniecznie, że książka jest tylko pomocniczym w naukowej pracy czynnikiem, że musi być ciągle porównywana z naturą. przez naturę kontrolowana. Kto chce istotnie przyjsć do jakiejs pewności w poglądach naukowych, musi strawić dokładnie wszystko, co przeczytał, musi niejako na nowo dla siebie wszystkie zrobić odkrycia: w umyśle jego muszą jakby na nowo się rodzić te wszystkie teoryje, które podano dla objaśnienia danego zjawiska, czy danego zjawisk szeregu. Tylko w ten sposób dochodzi się do pewności i tylko w ten

przy odpowiednim leczeniu klimatycznym. Ten sam zarzut daje się zrobić wielu historyjom, pomieszczonym w pracy monograficznej P a n c r i t i u s'a¹⁾. Dalej w kazuistyce S c h n i t z l e r'a²⁾ znajdujemy spostrzeżenia (str. 10), które tenże autor tytułuje jako wyleczenie zupełne, tymczasem, podając zmiany fizykalne w płucach, znajduwane przy odjeździe chorego, pisze na stronie 16: „*Die Infiltration in der Lunge war bis auf eine geringe Spitzendämpfung geschwunden*“. Podobnych niedokładnych historyj moglibyśmy przytoczyć jeszcze bardzo wiele; dla nas są one dowodem, że na owo wyleczenie zupełne należy zapatrywać się wielce ostrożnie, sądząc bowiem, że najczęściej wyleczenie to jest tylko czasową poprawą, a choroba znowu w jakiś czas wybucha, jak tego poucza interesujący przypadek C u b e'g o, pomieszczony w 82 tomie Archiwu V i r c h o w'a, oraz moje spostrzeżenie, które poniżej szczegółowo opiszę.

2) W ogromnej większości przypadków sprawy przymiotowe płuc występują w późnych okresach choroby przymiotowej, podczas gdy jednocześnie pojawiły się już bardzo ważne zmiany natury przymiotowej i w innych organach, jakoto: krtani, wątrobie, aorcie it. d. Zmiany w płucach przedstawiają wówczas postać zapalenia płuc natury przymiotowej (*pneumonia syphilitica*), warunkując klinicznie odrębną formę suchot płucnych, którą słusznie nazwać można s u c h o t a m i p ł u c n e m i p r z y m i o t o w e m i (*phthisis pulmonum syphilitica*).

Forma ta klinicznie przedstawia wielkie podobieństwo do obrazu daleko posuniętych zwykłych suchot płucnych, a więc mamy wyniszczenie ogólne, kaszel, rozwolnienie, białkomocz i t. p.. Z drugiej jednak strony posiada ona i pewne odrębności wielce charakterystyczne, do których przedewszystkiem zaliczam brak gorączki. Chorzy wyniszczeni w wysokim stopniu, z objawami fizykalnymi znacznych zniszczeń w płucach i krtani, nie gorączkują wcale, wprowadzie

1) Patrz ocenę moją, pomieszczoną w N-rze 4 „Gazety Lekarskiej“ z r. b.

2) l. c.

sposób człowiek naukę na swoją indywidualną zamienić może wiedzę. Tak wyrobiony pogląd jest już istotną własnością człowieka, wszystko jedno z kąd poczerpnięty; wtedy, a może tylko wtedy, człowiek poglądy swoje może innym do użytku podawać.

Skoro się już dojdzie do takiej wiedzy, jakże trudno potem dokładnie zdać sobie sprawę, gdzie każdy szczegół, każdy pomysł ma swoje istotne źródło. Kto z wyteżoną uwagą śledzi za jakimś przedmiotem, jednocześnie w naturze i w książkach, ten żadnego nie pominie szczegółu; wszystko, co do rozwiązania postawionej kwestyi może posłużyć, z pewnością przylgnie do jego pamięci. Ale skoro już raz doszedł umysł do jasnego na sprawę poglądu, albo skoro doszedł do tego punktu, po za który dalej przejść nie ma nadziei, jakże trudno mu wtedy zdać sobie dokładnie sprawę, co sam własnymi dostrzegł zmysłami, a co wyczytał i w jakiej wyczytał książce. Czy obok swojej przewodniej kwestyi, ma wtedy każdy badacz obowiązek utrzymywać dokładny, szczegółowy inwentarz swoich wiadomości?

Zapewne, kto pisząc o jakim przedmiocie, pozostanie w tyle po za znanymi już poglądami, ten na zarzut zasługuje. Niewolno nie dostrzedz tych zjawisk, które już były podane i które w książkach wskazane już były; nie wolno pomi-

od czasu do czasu występuje u nich podwyższenie ciepłoty, nie przewyższa ono jednakże zazwyczaj $38,5^{\circ}\text{C}$. nie przedstawiać najmniejszego podobieństwa do tak powszechnie znanej gorączki hektycznej suchotników. Z owym brakiem gorączki zostaje w dziwnej sprzeczności wysoki stopień wyniszczenia chorego: wygląd tego rodzaju chorych przypomina nie suchotników, lecz osobniki dotknięte cierpieniami dyskratycznymi złośliwymi, posiadają oni bowiem cerę żółto-wozkową, wielce charakterystyczną. To, co o gorączce, da się również powiedzieć i o potach nocnych; nie występują one wcale, lub są nieznaczne, nie przedstawiając owych typowych, tak zwanych kolikwacyjnych potów suchotników. Wreszcie, chociaż to ma mniejszą doniosłość, zaznaczyć winienem, że i krwioplacie w tej formie występuje rzadko, co, jak wiadomo, zdarza się przeciwnie niesłychanie często przy zwykłych przewlekłych suchotach płucnych. Z innych objawów wypada wspomnieć o duszności, która w pewnych przypadkach tego cierpienia dosięga znacznego stopnia, nie idąc w parze z rozległością zmian anatomicznych w płucach; duszność owa od czasu do czasu przyjmuje charakter duszności astmatycznej.

Sądzę, że tę postać przymiotowej choroby płuc najlepiej scharakteryzuję, opisawszy trzy przypadki tego cierpienia, które ostatnimi czasy miałem sposobność szczegółowo spostrzegać.

S p o s t r z e ż e n i e I. W dniu 17 Lipca 1881 r., przybył do Zakładu leczniczego w Nałęczowie P. urzędnik z Wołynia, lat 42 mający, przysłany przez jednego z kolegów prowincjonalnych, z powodu przewlekłej sprawy płucno-krtaniowej, od kilku lat trwającej. Chory niezwykle wyniszczony, głosem nadzwyczaj ochrypniętym, z wielką trudnością z powodu mocnej duszności, opowiedział nam następującą anamnezę: czuł się on zawsze zdrowym, dopiero od lat kilku zaczął powoli i bez widocznej przyczyny kaszlać; kilkakrotnie również wystąpiło krwioplacie niezbyt obfite. Przed półtora rokiem miała podobno występować gorączka i dreszcze; ostatniej zimy kaszel nieco wzmógł się, duszność się zwiększyła, a jednocześnie chory zaczął stopniowo upadać na siłach.

nać tego tłómaczenia, które najlepiej daną kwestyję rozwiązuje, jeżeli takiego tłómaczenia już ktoś użył poprzednio. Ale autor nie ma obowiązku przytoczyć artykułu, w którym dany szczegół odnalazł, nawet nie ma obowiązku pamiętać o tem; z braku cytaty samej zarzutu robić nie można. Pomyślmy tylko, gdyby istotnie było obowiązkiem każdego znać dokładnie rodowód każdej najdrobniejszej kwestyi, znać nazwiska tych wszystkich, co o tych kwestyjach pisali, a choćby tych pierwszych, co na nie uwagę zwrócili, jakieżby to był straszny balast dla pamięci, jak mało w umyśle innych, istotniejszych rzeczy pomieścićby się mogło!

Ozasami ten katalog, do artykułu przyczepiony, nazywają częścią⁴ historyczną; ma on przedstawiać jak i dl⁴ czego rozwijała się dana kwestyja naukowa; ale jak rzadko ta część istotnie na miano historyi zasługuje, jak trudno wreszcie pisać istotną historyję pojedynczej naukowej kwestyi! Właściwa historyja nauki musi naturalnie na cytatach się ciągle opierać, bo ma inny zupełnie przedmiot badania, bo dla niej książka jest tem samem, czem widoczne zjawiska dla badacza natury.

Często konieczność cytatach w ten sposób motywują, że one ułatwić mają pracę następnym badaczom, mają im wskazać źródła, na znalezienie których

Co się tyczy chrypki, to takowa również bez widocznej przyczyny wystąpiła po raz pierwszy przed dwoma laty, stopniowo zwiększając się w nateżeniu, tak że po upływie kilku miesięcy chory głos utracił zupełnie.

W rodzinie chorego usposobienie dziedziczne do suchot płucnych nie istnieje; chory był żonatym; przed dwoma laty żona zmarła na szybko przebiegające suchoty płucne; z dwojga dzieci jedno zmarło niedługo po urodzeniu, drugie żyje, mając obecnie lat pięć; jest ono zdrowem, ma być jednakże nieco zółzowatym, jak chory się wyrażał. Chory utrzymuje, że dawniej żadnych nie przebywał chorób; tylko szesnaście lat temu po zarażeniu się przebył przymiot z objawami następczemi w gardle i na skórze; cierpienie to przy odpowiednim leczeniu przeciw przymiotowem, nadzwyczaj szybko ustąpiło; od tego czasu nigdy żadne objawy nie występowały, pomimo że chory zawsze w tym kierunku się obserwował. Obecnie przedmiot głównej skargi chorego stanowi: znaczna, duszność, nie pozwalająca mu ująć kilku kroków, kaszel duszący, suchy, z napadami wymiotów, występującymi po każdym jedzeniu.

Badanie chorego wykazało stan następujący: Znaczne wyniszczenie, stan bezgorączkowy, wysoka duszność, odżywianie liche, waga 130 funt.; klatka piersiowa nieźle rozwinięta. Pod lewym obojczykiem aż do trzeciego żebra znaleźliśmy stopień odgłosu opukowego, z tyłu przeciwnie—stopień wyraźny występuje z prawej strony od góry aż do połowy łopatki. Z przodu w obu szczytach przy wysłuchiowaniu znajdujemy oddech nieokreślony i nieco suchych rzeżeń. Z tyłu z prawej strony, na miejscu odpowiadającym stopniowi, słychać wydech oskrzelowy, lekką bronchofoniję i rzeżenia z charakterem prawie dźwięcznym. Pojemność płuc 2400 ctm.. Tętno serca czyste.

Badanie jamy gardzielo-krtaniowej dało nam wynik następujący: Gardziel umiarkowanie zaczerwieniona, na tylnej ścianie istnieje parę białych granulacyj; nigdzie w gardzieli blizn nie dostrzega się.

K r t a n i e. Nagłośnia lekko zaczerwieniona, zresztą zupełnie prawidłowa, toż samo fałdy nagłośnio-nalewkowe i języko-nagłośniowe. Cała tylna ścianka krtani nieznacznie zaczerwieniona; żadnych zbrzeknięć ani owrzodzeń na niej

daremnie dużo czasu straciłoby musieli. Ten pogląd może dawniej miałby jaką racyję, dziś jej nie ma. Każdy, nawet w swojej małej, prywatnej bibliotece, jeżeli tylko posiada jeden „Centralblatt“, jeden „Jahrbuch“ i jeden „Handbuch“, z łatwością odnajdzie wskazówki, gdzie szukać źródeł do swojej pracy; żadna, przynajmniej jako tako ważniejsza praca nie może być pominięta.

Słowem, zdaje się rzeczą dosyć jasną, że kwestyję cytat należy pozościć wyłącznie dobrej woli piszącego; robić komu zarzut z pominięcia jakiegoś autora jest rzeczą niesłuszną. Owszem, wobec takiej łatwości w odnajdywaniu literatury, możeby raczej nadmiar cytat ganić należało: ani one rozprawy bardziej zrozumiały, ani z pewnością bardziej zajmują nie robią.

Cytaty ograniczać się muszą i ograniczają przeważnie do prac współczesnych i czasem robią wrażenie wzajemnych usług; cytuje się innych w nadziei, że taką samą odbierze się nagrodę. Wszak być cytowanym jest co najmniej równie przyjemnie, jak cytować; wszakże czasami jakiś autor niezacytowany publicznie swe żale wywodzi.

(D. n.)

Zygmunt Kramsztyk.

nie dostrzega się. Za to wewnątrz krtani przedstawiało obraz znacznych zniszczeń: obie struny prawdziwe i wrzekome zupełnie zniszczone; tu i owdzie widać resztki błony śluzowej, oraz liczne wybujałości i zagłębienia, robiące wrażenie bujań łącznotkankowych (polipów niemal), oraz blizn. Wnętrze tchawicy niedostępne dla badania. Organa trawienia nie przedstawiały żadnych zbożeń podmiotowych i czynnościowych; łaknienie liche z powodu kaszlu, wywołującego wymioty. Sen niezły, chociaż przerywany przez kaszel. Potów nocnych nie bywało wcale. Na całym ciele nigdzie gruczołów powiększonych nie można było wykryć. W moczu ani cukru ani białka nie ma. Dodać tu jeszcze winienem, że chory żył w bardzo dobrych warunkach higienicznych i dyjetetycznych, mieszkał w małym miasteczku, wśród ogrodów, prowadził życie regularne, nie robiąc żadnych nadużyć.

Takim przedstawiał się po dokładnem zbadaniu stan naszego chorego. Czy stan ten należało uważać, jak to dotychczas miało miejsce, za przypadek suchot płucno-krtaniowych? (*phtisis pneumolaryngea*). W tem leżało zapytanie i trudność odpowiedzi. Zmiany w płucach, a mianowicie objawy fizykalne, nie przedstawiały nie tak bardzo uderzającego. mieliśmy bowiem objawy rozległych zgęszczeń, szczególnie prawego płuca, ze zjawiskami prawdopodobnego zniszczenia tkanki płucnej obu szczytów; temu obrazowi zupełnie odpowiadała znaczna duszność, kaszel, wyniszczenie. Uderzała wprawdzie ta okoliczność, że chory prawie wcale nie oddawał plwociny przy daleko posuniętych zmianach w płucach; tego rodzaju jednakże objaw widywałem nieraz; zdarzało mi się nawet widzieć suchotników, przedstawiających obraz znacznych zniszczeń, którzy do samej śmierci pomimo suchego kaszlu, wcale plwociny nie oddawali, a jednakże badanie pośmiertne wykazywało obraz zwykłych serowatych suchot płucnych. Niejasnym było jednakże dla mnie brak zupełny objawów hektycznych, które przy tego rodzaju daleko posuniętych suchotach płucnych stanowczo występują; chory nasz nie pocił się i nie gorączkował wcale, nie miał rozwolnienia, a pomimo to wychudł strasznie, wynędzniał i słabł coraz bardziej na siłach. Drugim punktem wielce ważnym i stanowiącym rażącą sprzeczność ze zwykłym obrazem suchot płucno-krtaniowych były zmiany, wykryte za pomocą badania laryngoskopijnego. Jak to wyżej opisałem, znalazłem tylną ściankę krtani zupełnie zdrową, natomiast zniszczenie znaczne całego wnętrza krtani, z rodzajem bliznowatego zwyrodnienia. Obrazu podobnego nie napotyka się przy zwykłych suchotach krtaniowych, przy których najwcześniejsze i najgłówniejsze zmiany wykrywamy na tylnej ściance krtani. Wprawdzie zdarza się czasem, że tylko same struny głosowe bywają zajęte sprawą wrzodziejącą, natury suchotniczej, ale nigdy w tak wysokim stopniu, bez udziału tylnej ścianki i nagłośni, przytem bliznowatych zwyrodnień tak rozległych nie spostrzega się chyba nigdy, przy zwykłych suchotach krtaniowych. Zmiany owe w krtani naprowadzały na myśl sprawę przymiotową, choć z drugiej strony przeciw niej zdawał się przemawiać brak zajęcia gardła, brak blizn w gardzieli, zajęcia gruczołów i innych oznak przymiotu późnego (*syphilis tarda*). Wziąwszy jednakże pod uwagę, że chory przeby-

wał niewątpliwie szesnaście lat temu chorobę przymiotową. skłonny byłem bardziej całą sprawę przyjąć za objawy późnego przymiotu (*sypilis pulmonum et laryngis*) i wychodząc z tego punktu widzenia, po naradzie z kolegami Nowickim i Chęłchowskim zaleciłem choremu leczenie przeciwprzymiotowe (sublimat wewnątrz i jodek potasu). (D. c. n.)

II. Składniki białkowe, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowej

(*Solutio carnis peptonisata*);

oraz odpowiedź na zarzuty D-ra Rejchmana.

Podał prof. D-r **Walery Jaworski** (z Krakowa).

W Przeglądzie Lekarskim Krakowskim ogłosiłem zeszłego roku sposób przyrządzania mięsa w formie strawnej i pożywnej, dla domowego użytku w chorobach przewodu pokarmowego, w chorobach gorączkowych i przewlekłych, połączonych z wyniszczeniem, uważając świeży przetwór za korzystniejszy pokarm dla chorego, niż handlowy, zwykle już w rozkładzie będący.

Przyrządzenie mięsa według mego przepisu polega na tem, że poddaje się je, posiekawszy 500 grm., peptonizacyi, nalewając nań. 1 litr wody, 40 grm. kwasu solnego, 0,5 grm. pepsyny, przez kilkanaście godzin przy ciepłocie 40° C.; następnie gotuje się mocno, aż do rozpuszczenia się pojedynczych kawalków mięsa, dodawszy równocześnie jarzyn kuchennych, a potem cukru i wina według polecenia lekarza, poczem dodaje się przypalonej mąki, cedzi i nareszcie zobojętnia sodą tak długo, aby jeszcze smak kwaskowaty zupełnie nie znikł. Pokarm ten nazwałem „pożywką peptonową“, gdyż zawiera prawie połowę ciał białkowych w postaci peptonu bezwzględniego.

D-r Rejchman w swej rozprawie p. t.: „Nowe poszukiwania nad sztucznem trawieniem“, umieszczonej w N-rze 33 „Gazety Lekarskiej“ z r. 1881, wciągnął i powyższą pożywkę w zakres swego badania i pisze o niej na str. 677: „Dla otrzymania roztworu peptonu z mięsa, według przepisu D-ra Jaworskiego, poddałem 500 grm. mięsa działaniu kwasu solnego i pepsyny, pochodzącej z jednej z aptek warszawskich... przy ciepłocie około 40° C. Po upływie 12 godzin, zobojętniwszy i przecedziwszy otrzymany roztwór mięsa, przekonaliśmy się, że on z roztworem sody gryzącej i siarczanu miedzi daje barwę Nr. 1, t. j., że wcale peptonu nie zawiera“. A w przypisku dodaje tenże autor: „Prawdopodobnie zależało to od złego gatunku użytej pepsyny handlowej, a dotychczas nie miałem sposobności zbadania tej pepsyny. Z drugiej strony, kwas solny, według przepisu używany, jest 10 razy silniejszy od tego, jaki jest najlepszy dla peptonizacyi ciał białkowych“. Tym sposobem cała wartość owego pokarmu niezbitym napozór dowodem, bo doświadczalnym, została zakwestyjonowaną. Na ten zarzut w swoim czasie, bawiąc przez dłuższy czas w Niemczech, nie mogłem odpowiedzieć i czynię to teraz, przeprowadziwszy

wprzód jakościowe i ilościowe poszukiwania nad zmianami ciał białkowatych w czasie żołądkowego trawienia mięsa, które to poszukiwania na innem miejscu ogłoszę.

Badałem kilkakrotnie przesącz (*filtratum*) z pożywki w ten sam sposób, jak to czynił D-r Rejchman, t. j. rozczyne 1% siarczanu miedzi i ługiem sodowym i otrzymałem rzeczywiście tylko podane przez D-ra Rejchmana zabarwienie fioletkowo-niebieskie. Nadto daje przesącz z pożywki osady: z kwasem azotnym zgęszczonym, z węglanem sodu, podczas zubożenia, z żelazo-cyjankiem potasu, po zakwaszeniu kwasem octowym, i ze zgęszczonym rozczyne soli kuchennej. Odczynnikite wskazują tylko obecność białka, lecz nie dają oddziaływania na ciała peptonowe. Nie więc łatwiejszego jak z tego badania uczynić wniosek, że rozczyne wcale peptonu nie zawiera. Oddzielając jednak metodycznie ciała białkowate, zakrywające zachowanie się peptonu względem odczynników, znajdziemy w przesączu pożywki i ciała peptonowe, skoro z niego wydzielimy wprzód wszystkie ciała białkowate.

Do stopniowego oddzielania ciał białkowatych, jakoteż oznaczenia ich ilościowego, prowadzi następująca, aczkolwiek zmodna, jednak pewna metoda.

Jeżeli do 100 ctm. sześć. przesączu, otrzymanego z rozcieńczonej pożywki, ostrożnie dodamy rozcieńczonego rozczyne węglanu sodu, aż niemal do zubożenia, to utworzy się osad biały, którego ilość, na sączku zebrana, a po spaleniu obliczona na białko, wynosi 7,3 gm. na 500 gm. mięsa. Osad ten, rozpuszczony w rozcieńczonym kwasie solnym lub wodanie sodu, daje wszystkie oddziaływania na syntoninę.

Dodając do przesączu od syntoniny na każde 100 ctm. sześć. rozczyne 50 gm. soli kuchennej sproszkowanej i 30 ctm. sześć. kw. octowego 30%¹⁾ i klucąc przez 20 minut, otrzymamy silny osad, którego ilość przeciętna, zebrana na sączku, po spaleniu przedstawia 33 gm. białka na 500 gm. użytego mięsa. Osad ten, rozpuszczony w wodzie, zachowuje się względem odczynników w sposób następujący:

Z taniną powstaje znaczny osad; z żelazo-cyjankiem potasu powstaje również osad biały; ze zgęszczonym kwasem azotnym powstaje osad biały, w n a d m i a r z e t e g o ż r o z p u s z c z a l n y, r ó w n i e ż r o z p u s z c z a l n y z a o g r z a n i e m, a wydzielający się po oziębieniu; molibdenijan amonu sprawia osad biały; rozczyne wodny fenolu daje podobnie osad biały; siarczan miedzi i ług sodowy sprawiają zabarwienie fioletkowo-czerwone, odpowiadające zabarwieniu numerowi IV lub V tablicy Rejchmana.

Ciało więc to w oddziaływaniu swem jest zupełnie zgodne z propeptonem S c h m i d t - M ü h l h e i m ' a (*Virchow's Archiv T. 81 pag. 185 i 575*), i z peptonem żołądkowym A d a m k i e w i c z a, dla którego zatrzymuję nazwę propeptonu.

Przesącz od propeptonu, badany dalej odczynnikami na białko i ciała peptonowe, przedstawia następujące oddziaływania:

Z tanniną daje osad znaczny; z żelazo-cyjankiem potasu wcale się nie m a c i; z kwasem azotnym rozczyne się nie zmienia; molibdenijan amonu sprawia

¹⁾ Jest to metoda E. S a l k o w s k i e g o (*Zeitschr. f. anal. Chem. XX str. 316*), zmieniona przezemnie do ilościowego oznaczenia ciał białkowatych za pomocą wagi.

znaczny osad; roztwór wodny fenolu sprawia osad; siarczan miedzi z ługiem sodowym sprawiają zabarwienie czerwono-fioletowe, odpowiadające numerowi V tablicy Rejchmana.

Roztwór więc ten zachowuje się względem odczynników jako zawierający rzeczywisty pepton (*peptonum absolutum*), którego ilość przeciętna, oznaczona za pomocą wysokoku, wynosi 40,0 gramów na 500,0 gm. użytego mięsa.

Poprzestając tylko na wykazaniu obecności peptonu w pożywce, z pominięciem ciał przejściowych, dojdziemy do tego celu jeszcze inną, nierównie krótszą drogą.

Gotując bowiem przesącz pożywki z roztworem octanu żelaza, prawie zobojętnionego za pomocą ługu sodowego i oddzielając osad, zawierający wszystkie ciała białkowe niepeptonowe, przez sączenie lub ustanie się, znajdziemy w przesączu zupełnie bezbarwnym następujące zachowanie się względem odczynników.

Tannina sprawia osad znaczny; molibdenian amonu również; roztwór wodny fenolu również; kwas azotny osadu wcale nie daje; żelazo-cyjanek potasu z kwasem octowym podobnie nie daje osadu, siarczan miedzi z ługiem sodowym sprawia zabarwienie różowe lub mocno czerwone, zupełnie odpowiadające N-rowsi VI tablicy Rejchmana.

Roztwór więc zawiera tylko pepton, pierwotnie zawarty w pożywce, obok innych ciał białkowych.

Pożywka zatem utworzona z 500 gm. mięsa zawiera następujące przeciętne ilości składników białkowych (zależne od materiałów użytych i warunków otrzymania, gdyż dłuższy czas peptonizacji, dłuższe gotowanie, a nawet kilkuniedniowe pozostawienie już ugotowanej pożywki zwiększa w niej według moich doświadczeń ilość peptonu).

Syntony	.	.	.	.	.	.	7,3	gram.
Propeptonu	.	.	.	.	.	.	33,0	„
Peptonu	.	.	.	.	.	.	40,0	„
							80,3	gram.

czyli 89,9% wszystkich ciał białkowych (89,4 gm.) zawartych w 500 gm. surowego mięsa.

Z powyższych faktów, o których prawdziwości każdy wszelkiego czasu przekonać się może, poweźmie szanowny Czytelnik przekonanie, iż twierdzenie D-ra Rejchmana, jakoby moja pożywka nie zawierała wcale peptonu jest zupełnie niesłusznem, a pochodzi tylko ztąd, że badający nie uwzględnił innych ciał białkowych przejściowych, znajdujących się równocześnie w roztworze, a traktował całą rzecz, stosownie do kierunku swej pracy, w powyższej rozprawie podanej, tak, jakoby cały funt mięsa w przeciągu 12 godzin miał utworzyć roztwór czystego peptonu, podczas gdy sam autor w swych poszukiwaniach przychodzi do wniosku, że 0,5 gm. samego włókna dopiero po 25 godzinach trawienia daje oddziaływanie roztworu na czysty pepton. Niewykazanie peptonu w pożywce tem więcej mnie zadziwia, iż nowsze poszukiwania kilku autorów wykazały obecność peptonu we krwi, mięsie, ropie, bez sztucznej peptonizacji.

Co się zaś dotyczy uwagi D-ra Rejchmana, jakoby pepsyna użyta mogła być złej jakości, nie przywiązuję do tego w tym przypadku wielkiego znaczenia; gdyż i najgorsza pepsyna będzie zawierała tyle fermentu, by wytworzyć choćby małą ilość peptonu. Wiemy przecież, że jedna część pepsyny ma trawić 60,000 części białka, a przy warunkach przy jakich się pożywka przyrządza, mała ilość peptonu i bez pepsyny powstać musi.

Co się tyczy zgęszczenia kwasu solnego (4%) używanego do pożywki, to nie zadziwi nikogo ten wysoki stopień zgęszczenia, jeżeli przytoczę następujące okoliczności. Woda studzienna krakowska¹⁾ używana do gotowania, zawiera znaczną ilość wapna i węglanów, do zobojętnienia których zużywa się spora ilość kwasu solnego; podobnie do zobojętnienia zasad i amonijków organicznych, wytwarzających się w mięsie, również potrzebną jest pewna ilość kwasu solnego; następnie kwas solny mniejszego zgęszczenia nie zapobiega według mego doświadczenia wytwarzaniu się ciał rozkładowych podczas peptonizacji mięsa i powoduje woń i smak nieprzyjemny pożywki, tem bardziej, że wtenczas peptonizacja wymaga dłuższego czasu. Dalej, jeżeli podczas gotowania użyjemy mniej zgęszczonego kwasu solnego, to nie rozpuści się cała ilość ciał klejodajnych w mięsie, a ostatecznie miałem na względzie cel terapeutyczny ten, ażeby, podając pożywkę kwaśną choremu, podnieść łaknienie i działać antyseptycznie na rozkład zawartości w żołądku będącym w stanie patologicznym, a nadto uczynić pożywkę smaku i woni przyjemnej, gdyż obojętna, według mego doświadczenia, chorem do smaku nie przypada. Dlatego nie radziłbym zmniejszać przepisanej ilości kwasu solnego, ale raczej ilość sody, potrzebnej do zobojętnienia pożywki. Przyrządzając bowiem pożywkę, można się przekonać, że z początku po dodaniu kwasu solnego do mięsa ciecz przyjmuje smak bardzo kwaśny, po peptonizacji zaś kilkunasto-godzinnej pozostaje już tylko słaby smak kwaśny, dlatego ilość sody można zmniejszyć do połowy pierwotnie przepisanej.

Jeszcze muszę wyrazić moje zobowiązanie D-rowi Rejchmanowi za zwrócenie swej uwagi na moją pracę, gdyż tym sposobem podał mi sposobność nie tylko wykazania faktycznego stanu rzeczy, ale i ponownego polecenia pożywki peptonowej Szanownym Kolegom w celu stosowania jej jako środka pożywczego dla chorych. Środek rzeczony ma wyższość nad innymi podobnymi w tem, że jest domowy, a zawsze świeży, nie wydając się choremu jako lek apteczny, a następnie, że jest ekonomiczny, gdyż pozwala wyzyskać o ile możności jak najlepszy materiał pożywczy z mięsa, zamieniając je w postać najłatwiej wessalną. Że pożywka nie jest czystym peptonem, tylko że zawiera znaczną domieszką innych ciał białkowatych, uważam to za jej zaletę. Gdyż obecnie nie zakończona jest kwestya, czy czysty pepton sam w każdym przypadku wystarczy do zupełnego odżywienia ustroju, a powtóre dotychczasowe doświadczenia wykazują, że użycie samego peptonu przez dłuższy czas na przewód pokarmowy korzystnie nie działa, wywołując nieżyt jelit²⁾; z dodatkiem zaś innych pokarmów ustrój go znosi

¹⁾ Rozbiór chemiczny wód studziennych i rzecznych krakowskich prof. Olszewskiego 1871 wykazuje przeciętną ilość węglanów wapnia 0,341 na jeden litr wody.

²⁾ P 16 s z. Pflüg. Arch. IX. 323.

przez czas bardzo długi. Poddając więc pożywkę przez krótszy lub dłuższy czas peptonizacji (nawet całą dobę), nadto dodając innych ciał niebiałkowatych, stosownie do stopnia podupadłego trawienia, lekarz może podawać choremu w pożywece mniejszą lub większą ilość peptonu, a tem samem zmniejszyć lub powiększyć pracę chemiczną przewodu pokarmowego.

W końcu muszę dodać ze swego doświadczenia lekarskiego, że pożywka powyższa nietylko okazała się dobrym środkiem odżywczym, ale i symptomatycznie leczniczym w przypadkach nerwobólu żołądka (*cardialgia*). Szczególniej zasługuje na wzmiankę jeden przypadek, który tu pokrótce przytoczę.

R. M., lat 28, starszy strażnik skarbowy, wskutek nadużycia, jak sam podaje, napojów wyskokowych i tłuszczu w postaci słoniny z papryką, od 1½ roku zauważył zaburzenia w trawieniu; z tego powodu chory do mnie o poradę się zgłosił. Stan chorego wtedy w ten sposób mnie się przedstawił. Wejrzenie skóry zielonkowo-białe, odżywianie bardzo podupadłe, waga ciała 56½ klgrm., sfera umysłowa mocno przygnębiona. Chory skarży się na odbijania i wymioty śluzowe rano, zaparcie stolca kilkodniowe, bóle w okolicy żołądka z uczuciem pełności, tak przed jak i po jedzeniu; wydymanie się okolicy żołądka z rodzajem mocnego palenia wewnątrz, które po kilku godzinach ustępuje miejsca uczuciu wewnętrznego „świądu“, prawie zawsze chorego trapiącego, obok tego istnieje wstręt do pokarmów, raz—z powodu braku łaknienia, drugi raz—z powodu obawy zwiększenia dolegliwości. Przedmiotowo można tylko stwierdzić nagromadzenie płynu w żołądku o każdym czasie, a za pomocą wypukania, rozszerzenie granic żołądka, przy silniejszym ucisku bolesność wzdłuż podżebrza lewego. Po zastosowaniu wyłącznie tylko mojej pożywki już w pierwszych dniach odbijanie, wymioty, wydymanie się okolicy żołądka i palenie znikły i tylko uczucie świądu, jak się chory wyraża, jeszcze mu dokuczalo, to ostatnie po 4-tygodniowym użyciu pożywki ustąpiło zupełnie. Nadto, łaknienie poprawiło się do tego stopnia, że chory nie mógł się powstrzymać od spożywania nadmiernej ilości pokarmów, pomimo swej woli i mego ostrzeżenia. Usposobienie hypochondryczne ustąpiło. Odżywianie podczas użycia pożywki o tyle się poprawiło, że chory ważył po 4 tygodniach 59,5 klgrm., t. j. o 3 klgr. więcej niż przedtem.

W tym przypadku objawy chorobowe żołądka przez samo żywienie chorego pożywką ustąpiły, pomimo równocześnie trwającego nieżyty jelit, który o tyle się w tym czasie zmniejszył, że chory oddaje już stolec codziennie lecz ze znaczną ilością śluzu. Uważam to również za dowód, że wejrzenie blade skóry pomimo zwiększonego ciężaru ciała ciągle się utrzymuje, gdyż według mego dotychczasowego doświadczenia choroby żołądka nigdy nie powodują takiego upadku odżywiania, jak choroby jelit, co tłumaczę tem, że w samoistnych chorobach żołądka jego czynność zastępować mogą jelita, podczas gdy z chorobowymi zmianami w jelitach łączą się zwykle zmiany w narządzie chłonnym, a tem samem wessanie pokarmów jest w wysokim stopniu upośledzone, która to sprawa w patologii dotychczas tak mało jest zbadaną. Podajemy tedy w tych przypadkach często bezskutecznie choremu najłatwiej wessalne pokarmy, np. pożywkę peptonową, lecz ustrój ich sobie nie przyswaja, bo chorobowo zmie-

niony narząd chłonny jelit nie jest w stanie ich wessać. Pożywka peptonowa i w tych przypadkach stosowana będzie miała wyższość nad innymi pokarmami, dlatego że nie zawierając ciał stałych nierozpuszczalnych, zapobieży nagromadzeniu się ich w przewodzie pokarmowym, a przeto błona śluzowa, chorobowo zmieniona, nie będzie ciągle drażnioną, zostaje względnie w spokoju, przez co proces chorobny przynajmniej powstrzymanym być może.

III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasńskiego**
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

Mówiłem już, w jaki sposób należy przygotowywać antyseptyczny *cat-gut* i jedwabne ligatury. Jestto punkt niezmiernie ważny ze względu na rolę, jaką w przeciwnieśnym leczeniu ran, gra z jednej strony podwiązywanie naczyń odpowiednio, a z drugiej strony zeszywanie ran, w celu doraźnego gojenia (*prima intentio*). Doświadczenie, oraz bardzo specjalne badania dowiodły, że prawdziwie zdezinfekowany *cat-gut*, znalazłszy się wśród tkanek, zostaje przez nie wessanym, lub otorbianym, że nie wywołuje w nich podrażnień żadnych, nie może więc pociągać za sobą tych nieznosnych nieraz powikłań, których przyczyną bywały niciane szwy i ligatury. Zamknięcie naczynia jest pewniejsze, obawa wtórnych krwotoków żadna; część przewiązana nie ulega zgorzeli, nitka katgutowa nie przecina rurki naczyniowej, lecz tworzy na niej organiczną obrączkę, która z czasem zniknąć może zupełnie. Strony ujemne do b r e g o *cat-gut'u* tak są nieznanne, że śmiało możemy o nich zapomnieć. Do szwów użytym być może *cat-gut* tylko tam, gdzie nie ma wielkiego naprężenia, lub gdzie wydzielina sąsiednich tkanek mogłaby go zbyt szybko rozpuścić. Delikatne szwy, szczególnie przy operacjach plastycznych, niczem nie dadzą się tak pięknie nałożyć, jak *cat-gut em*. Po kilku dniach obcinamy tylko węzeł, a o samą nitkę wcale się nie troszczymy.

Jedwab, dobrze zdezinfekowany, może być także użyty do podwiązywania naczyń. Jedwab taki wcale nie będzie grał roli ciała obcego wśród tkanek, jeżeli tylko jest aseptyczny. Jedwabiem, przygotowanym podług przepisów, jakie wyżej podałem, śmiało możemy przy owaryjotomii podwiązywać naczynia w jamie brzusznej, oraz samą szypułkę torbiei, chociażbyśmy jej nie mieli zamiaru utwierdzić zewnątrz jamy otrzewnej. Szew srebrny, lub z włosia końskiego, o ile będzie zdezinfekowany, ma też prawo być użytym przy metodzie antyseptycznej. Szwy z drutu srebrnego lub z przepalonego drutu miedzianego głównie do wiązania kości używane bywają np. przy wypilowaniach, przy amputacji *Grittięgo*, *Pirogowa* it. p., wreszcie przy złamaniach rzepki (*Rose*, *Kocher*, *Metzler*, *Syme*, *Langenbuch*, *Lister*, *Royes Bell*, *Henry Smith* etc.). Druty takie, porządnie w wodzie karbolowej wymyte, odczynu zapalnego nie wywołują, leżyć mogą w ranie całymi tygodniami, nie przeszkadzając gojeniu doraźnemu, jeżeli dany przypadek przebiega aseptycznie w całym znaczeniu tego wyrazu. Dość powiedzieć, że *Vander Meulen* z Utrechtu zeszył złamaną rzepkę drutem platynowym, usunawszy poprzednio wszystkie skrzepy; szew nie przechodził przez staw, lecz przez grubość kości samej. Drut, po związaniu obcięto przy samej kości. W dwa tygodnie zrosła się kość, rana zagoiła się doraźnie. Drut wgoił się w rzepkę, nie zostawiając żadnego śladu. Po 4 miesiącach, oprócz trochę wystającej kostniny *callus* żadnego śladu szwu nie znaleziono.

Wargi rany powinny być połączone ze sobą licznemi szwami, tak aby powierzchnie ich jaknajdokładniej jedna do drugiej przystawały. Jeżeli dreny w należyty sposób umieszczone zostały, to porządnie nałożony szew udać się musi, chyba że wargi rany były poprzednio stłuczone i dlatego pod przeciwnym opatrunkiem obumarły.

Rany wielkie i głębokie, o dużych np. płatach, powinny być połączone szwem podwójnym: głębokim i powierzchownym. Głębokie szwy nakładamy *catgutem*, lub drutem metalowym. Szwy te, zbliżając do siebie głębokie części płatów, oraz punkta, bardziej od samej rany oddalone, znoszą naprężenie warg tej ostatniej, pomagają więc i do jej łatwego zagojenia. Można by je nazwać szwami zluźniającymi (*Entspannungsnähte*). Bardzo mi się podobał sposób, w jaki szwy owe nakładają w klinice Billroth'a: biorą drut srebrny dość cienki, kulki ołowiane (śrut) prześwidrowane, oraz małe blaszki ołowiane okrągłe, mające mniej więcej 1 centymetr w średnicy i otwór w samym środku. Drut, na cienką nawleczony igłę, przesuwają przez otworek jednej śruciny i otworek jednej blaszki, potem przez jeden i drugi płat rany, mającej być zeszytą. Kulkę ściskają cążkami na drucie, żeby na nim stanowiła rodzaj supła i nie pozwoliła mu uciec przez blaszkę i ranę. Blaszka chroni skórę od ucisku kulką. Po drugiej stronie rany, na wystający ze skóry drut, znowu nakładają blaszkę i kulkę. Im tę ostatnią mocniej przysunie się do skóry, tem płaty mocniej się zbliżą. Zakończenie stanowi zgniecenie owej drugiej kulki, jakoby zawiązanie drugiego supła; szew taki zdejmuje się prędzej niż powierzchowne, a jeżeli rana była ciągle aseptyczna, to najmniejszych po sobie nie zostawia on śladów. Szew ten podlegał niezliczonym, mniej lub więcej skomplikowanym modyfikacyjom, że wspomnę tu tylko o więcej znanych szwach Neugebauera (do zeszywania krocza) Thiersch'a (z pałeczką), Lister'a i tam dalej. Nie będę ich tu opisywał, gdyż wolę mniejszą liczbę przepisów gromadzić, skoro te, które daję, uważam za wystarczające i najpraktyczniejsze.

Z góry postanowiłem sobie za zadanie w pracy niniejszej mówić tylko o samej technice opatrywania ran, nie wdając się w żadne poglądy teoretyczne, spory, traktaty o pasorzytnem pochodzeniu chorób przyrannych, chemicznem lub mechanicznem działaniu środków przeciwnych i t. d. Pod tym względem stoję tu na stanowisku czysto listerowskiem, na stanowisku, które praca Matlakowskiego (l. c.), zdaje mi się, że dostatecznie wyjaśniła. Powinno mnie to usprawiedliwić, dla czego nie będę się wdawał w rozprawy, czy mgła karbolowa jest konieczną, czy niepotrzebną, czy szkodliwą (?). Wolę poradzić wam to, co mnie samemu wydaje się najlepszem i co sam w praktyce z korzyścią stosuję. Mgła karbolowa (spray), zdaniem mojem, jest rzeczą niezmiernie ważną i w pewnych razach konieczną. Wyrobiłem sobie dla niej pewne wskazania i tych się zawsze trzymam w postępowaniu. Mgła karbolowa nieodzowną jest w każdej sali specjalnej szpitalnej, w praktyce prywatnej łatwiej mogę się zdecydować na jej zaniechanie. Polewanie rany wodą karbolową podczas operacji jest rzeczą bezwarunkowo potrzebną i korzystną. Ma rację Mikulicz, gdy tak gorąco tę metodę zachwala. Nie uda się nam jednakże niezem zastąpić spray'a tam, gdzie chodzi o strącenie i zubożenie roznosicieli zarazy z powietrza przed operacją w pokoju, w którym mamy np. staw kołanowy lub jamę brzuszną otworzyć, a gdzie przed chwilą całe kwarty cuchnącej ropy z klatki piersiowej wypuszczaliśmy, lub zatoki moczowe rozcinając, rozległą opatrywaliliśmy zgorzel. Operacje krócej trwające, (amputacje, otwieranie ropni, typowe wypłowywanie, wyjmowanie martwaków, opatrywanie świeżej rany i t. p.), powinny być bezwarunkowo robione pod mgłą karbolową. Zatrucia fenolem obawiać się tu nie należy, bo w takim razie chyba prędzej umarł z niego chirurg, który czwartą lub piątą z rzędu robi dziś operację, niż chory, którego na pół godziny w atmosferę tę wniesiono. Jeżeli choremu kwas karbolowy zaszkod-

dził, to prędzej ten, którym mu ranę polewano i opatrywano, niż ten, co w postaci mgły, dostał się do płuc wszystkich w sali obecnych osób. Zresztą spray nie wyklucza wcale *potrzeby polewania rany*. Operacje, przy których jamę otrzewnej lub oplucnej otworzyć musimy, lub które bardzo długiego wymagają krzątania się, robić można bez spray'u, pod warunkiem, że poprzednio pokój został w odpowiedni sposób odwietrzony, że w nim przez parę dni nie było mebli, okna otworzono (paląc jednocześnie w piecu), w nocy dezynfekcję siarką przeprowadzono, a przez godzinę przynajmniej przed operacją działał bezustannie spray parowy.

Trzeba więc koniecznie, żeby każdy szpital i każda stacja sanitarno-ratunkowa zaopatrzoną była w odpowiednie przyrządy parowe do rozpylania kwasu karbolowego. Szpital, mając kilka takich przyrządów, mógłby je wynajmować chorym na miasto, tworząc sobie w ten sposób pewny, aczkolwiek skromny dochód. Znów słyszę głosy, oburzające się, że kwestyja zaczyna być coraz bardziej skomplikowaną, że niedość było łamać sobie głowę nad dezynfekowaniem surdutów i paznogi, bo tu nawet trzeba się w jakieś lokomobile zaopatrywać, zanim się byle jakie wypiłowanie da zrobić. Tych malkontentów zapewnić mogę, że nasz stolik opatrunkowy, pomimo obfitej i różnorodnej zawartości, ani w części nie jest tak skomplikowany, jak dawny *aparatus magnus* do cięcia pęcherza, zbiór świdrów, rusztowań i kół zębatach do trepanacyi, piecyk z mieszkem do rozpalania kilkunastu rozmaitych zegadeł i inne tym podobne proste przyrządy. Nieprzekonanych odsyłam do Brambilli, Scultet'a, Andrea da Croce, Heister'a i zwolenników okluzyi atmosferycznej Vacca i J. Guérin'a, albo ciągłych miejscowych letnich kąpiel z polewaniem (*irrigatio*).

Kogo nie stać na przyrząd parowy (mojem zdaniem najlepszy jest kulisty model Colin'a o dwóch strumieniach), ten może się zaopatrzyć w tak zwany spray ręczny, narazi się jednak na konieczność zamówienia sobie osobnego pomocnika do dmuchania, czyli kalikanta. Przyrządy ręczne często ulegają zepsuciu, zatkaniu, pękaniu balonów i z tego względu w większym oddziale chirurgicznym należą, tak jak szprycki Pravaz'a i ciepłomierze, do rzędu narzędzi, ciągle i bez przerwy będących w naprawie.

Roztwory do mgły używane muszą być nietylko w wodzie przekroplonej robione, ale i przed użyciem precedzone, żeby rur nie zatykały. W przyrządzie Colin'a są filtry na końcu rurek, ciągnących roztwór ze słoja. Do spray'u parowego bierzemy 5%, a do ręcznego 2,5% roztwór fenolu. Jeżeli operujemy pod mgłą fenolową, to chory powinien być przykryty nieprzemakalną ceratą, żeby bielizna na nim nie mokła i niepotrzebnie go nie chłodziła. Dezynfekcyja powietrza w sali operacyjnej jest rzeczą tak ważną, tak kapitalną, że doprawdy nie mogę dobrać słów dość gorących, żeby mgły karbolowej bronić i stosowanie jej jak najogólniej rozpowszechnić. Hegar, ogłaszając swe świetne owaryjotomije o spray'u nie wspomina, bo go nie używał; ale czyż nie zadawał on sobie jeszcze więcej trudu i zachodu, oczyszczając powietrze pokoju operacyjnego za pomocą par chloru i siarki? Postępowanie było jeszcze bardziej skomplikowane, a przebieg ran nie zupełnie aseptyczny.

Wypadałoby mi tu powiedzieć choć parę słów o tak zwanym makintoszu, czyli materji nieprzemakalnej i osłonce Listerowskiej, czyli tak zwanej *silk-protective*. Są to rzeczy, których przygotowanie jest już trudniejsze i dlatego musimy je, jako gotowy do użycia wyrób, nabywać od fabrykantów.

Osłonka ma na celu ograniczyć bezpośrednio działanie kwasu karbolowego na ranę, oraz ochronić ją od targań, wstrząśnień i podrażnień, przywieraniem opatrunku powodowanych, jest więc jedną z najważniejszych części składowych oprawy. Jest to miętka materja jedwabna, powleczone po obu stronach cienką warstwą lakieru kopalowego i napendzlowana mieszaniną, je-

dnej części dekstryny z dwiema częściami krochmalu, rozpuszczonych w piętnastu częściach pięcioprocentowej wody karbolowej. Przed położeniem osłonki na ranę trzeba pierwszą starannie obmyć w wodzie karbolowej.

Oslonka ogranicza ropienie i sprzyja doraźnemu gojeniu się rany, chroniąc ją od podrażnienia przez zbyt długo trwające działanie mocnych roztworów karbolu, a oprócz tego stanowi dość czuły odczynnik do wykazania rozpoczynającego się w danej ranie rozkładu ciał organicznych, gdyż zawierając w sobie ślady ołowiu, czernieje od siarki wolnej. Jeżeli na niej dostrzeżemy takie czarne plamy, to musimy zaraz przystąpić do energicznego zdezynfekowania rany, chyba że jesteśmy w stanie dowieść, że siarka, plamiąca w danym przypadku osłonkę, pochodzi z innych źródeł, mianowicie z gumy, z której sączki są zrobione. Wówczas owe sączki zmienić należy na świeże. Oslonka jest dość droga, ale ją można kilka razy użyć, o ile nie straciła swej pięknej barwy, i o ile za każdym razem porządnie zostanie wyprana w zimnej wodzie karbolowej. Zastąpić ją można bibułą gumową lub czemś podobnem, ale żaden z surogatów protektywy dobrocią wyrównać jej nie może.

Mackintosh jest to rodzaj płótna, pokrytego cienką warstwą kauczuku. Ma na celu zatrzymywanie w opatrunku, ulatniającego się zeń fenolu, oraz wydostających się ku powierzchni wydzielin rany, a więc uchronienie tych ostatnich od rozkładu, który je czeka, przy zetknięciu się z powietrzem. Ten materiał można bezpiecznie zastąpić bibułą gumową, lub papierem woskowanym, które znacznie są tańsze od makintoszu. Oslona nieprzemakalna gra ważną rolę w opatrunku *Lister'a*, gdyż stanowi o jego hermetyczności i dlatego uważać należy, żeby materiał, do tej roli użyty, nigdzie nie był przedziurawiony, bo jużby wpuszczał powietrze do wnętrza opatrunku.

Opaski, czyli bandaże, powinny być trojaki. Jedne z musliu karbolowego, drugie z musliu zwyczajnego, sztywnego (organtynowe), które zakłada się zmoczone, a które po wyschnięciu twarzą tworzą skorupę, a trzecie sprężyste, gumowe, albo flanelowe, mające na celu hermetyczne zamknięcie obwodu całego opatrunku, lub odpowiedni ucisk części, które go potrzebują w danym przypadku.

Do uzupełnienia spisu materiałów, któremi walczymy obecnie z ropnicą, posocznicą, zatokami, różą i całym szeregiem podobnie miłych nieprzyjaciółek, dodać muszę parę uwag, dotyczących innych środków opatrunkowych, bez których nieraz nie można się obejść.

Przedewszystkiem więc wspomnę, że najgrubsze działa naszego przeciwnego arsenału reprezentowane są przez skrobaczkę, chlorek cynku i żegadło platynowe, czyli *thermocautère Pacquelin'a*. O wskazaniach do ich użycia mam zamiar mówić później, tu wspomnę tylko, że to jest broń, do użycia której uciekamy się wówczas, gdy mamy przed sobą już gotowe, kwitnące sprawy zakaźne, jako to: błonicę, grzybowatą lub gruzliczą ziarninę, jad trupi zaszczerpiony, węglik, czarną krostę i t. p., lub gdzie się obawiamy, że opatrunek przeciwny nie będzie w stanie zapobiedz wessaniu niepotrzebnych rzeczy w miejsce, a potwierzane w ranie drogi limfatyczne.

Chlorek cynku jesto jeden z najpotężniejszych środków przeciwny i oddawna w chirurgii szerokie znalazł zastosowanie, że wspomnę tylko o płynie przeciwnym *Burnetta*, o cieście żrącym *Canquoin'a*, strzałach *Maisonneuve'a* i t. d. Roztwór chlorku cynku (1 : 8) wprowadzony został w użycie przez *Morgan'a*, w celu oczyszczania rany po wyluszczeniu raka od zarażających ją pierwiastków tego nowotworu.

Działanie jego roztworów polega raz na tem, że takowe ścinają ciała organiczne, leżące na ranie, a powtóre, że samą ranę powlekają niezmiernie cienką warstewką, białą, przezroczystą, znoszącą w zupełności możliwość przenikania do jej wnętrza jakiegokolwiek produktów. Doświadczenia *Maasa*

i H a c k' a przekonały, że nawet warstwa ziarniny nie jest w stanie ochronić ustroju od wysysania produktów z rany. Chlorek cynku więc gra tu rolę pewnego rodzaju tarczy, która przez dwa lub trzy dni jest w stanie obronić ranę od takiego najazdu. W tym celu używamy 8% lub nawet jeszcze silniejszych rozтворów tego środka. Ponieważ często wypada nam wypełnić środkiem przeciwnym jakąś jamę, w której toczyły się już poprzednio sprawy rozkładowe, możemy więc do tego celu przygotować sobie jutę cynkową, pogrążając 100 części takowej w 100 częściach wody, w której rozpuszczono 10 części chlorku cynku, bez dodatku kwasu solnego, gdyż takowy zniszczyłby roślinne włókna juty. Po wysuszeniu możemy jutę cynkową przechowywać bardzo długo, gdyż preparat nie podlega rozkładowi, nie krystalizuje i nie wysypuje się z pakul, tak jak kwas salicyłowy. B a r d e l e b e n gorąco poleca ten materiał opatrunkowy.

Skrobaczka, czyli łyżeczka ostra V o l k m a n n' a, R é c a m i e r' a, lub imma, służy do wyskrobywania osad mikrokokków, gnieźdzących się w ziarninie, wysięlającej dno nieczystej rany, lub wrzodu, grzybowatych granulacyj, gruzelków, zgorzelowych czopów tkanki łącznej przy *phlegmone* i wągliku, błony roprodnej ze starych ropni, przetok i t. d.

Żegadło platynowe (*thermocautere* Pacqueline'a) jest to przyrząd, który w krótkim czasie zyskał sobie jedną z najwięcej błyskawicznych karijer w świecie chirurgicznym, dzięki genialności pomysłu i niezaprzeczonej wartości praktycznej. Opisywać go nie warto, bom przekonany, że każdy z Czytelników, zna ten przyrząd dokładnie. Działa on na tej zasadzie, że platyna rozgrzana do czerwoności, zatrzymuje ten stopień ciepłoty, a nawet rozgrzewa się jeszcze mocniej, skoro wystawioną będzie na działanie ciągle przyływającej mieszaniny powietrza z pewnemi węglowodorami, naprzykład z mieszaniną węglowodorów, ulatniających się z benzyny, gazu oświetlającego i t. d.. Otóż, przy użyciu tego żegadła, pamiętać należy: 1) że kauter rozpalony do czerwoności może tamować krwotoki miąższowe; 2) że rozpalony do białości już takiego działania nie wywiera, ale natomiast silniej wpływa na sprawy rozkładowe, paląc tkanki organiczne; 3) że przy jego użyciu należy zachować pewne ostrożności, ażeby uniknąć nieprzewidzianych powikłań. I tak, rozgrzewając nad lampką platynowy koniec przyrządu, powinniśmy trzymać takowy w zewnętrznej części płomienia i czekać cierpliwie, dopóki się nie zacznie rumienić, wówczas dopiero, ściskając balonik, dopuszczamy doń węglowodory. Zbyt wczesne pompowanie tych ostatnich przeszkadza prędkiemu rozpaleniu się platyny, a więc *festina lente*, bo spiesząc się zbyt, opóźnimy oczekiwany rezultat. Pamiętać należy, żeby w zbiorniku z benzyną nie było więcej płynu tego nad $\frac{1}{3}$ część zawartości zbiornika, w przeciwnym bowiem razie zamiast mieszaniny gazów dostanie się do przyrządu sama benzyna, która albo platynę zagasi, albo sama się od niej zapaliwszy, wybuch spowodować może. Po skończonej operacyi należy rozpalić żegadło do białości; raz dlatego, żeby spalić resztki tkanek, które do niego przywarły, powtóre dlatego — żeby, korzystając z tej chwili, zerwać z rękojeści rurkę gumową, łączącą ją ze zbiornikiem. Jeżeli rurki tej nie odwiemy dość wczesnie, to w miarę stygnięcia przyrządu, węgiel, zawarty w mieszaninie gazów, nie spali się, lecz osiądzie w cieniutkiej rurce narzędzia, zatkając ją, a żegadło przestanie działać. Nie należy też zbyt długo platynę rozgrzewać gdyż takie nadużywanie jej zdolności fizycznych przyprawia ją o charłactwo i niszczy, a nas zmusza do zaopatrzenia przyrządu w nowy kawałek tego zacnego metalu.

L u c a s C h a m p i o n n i è r e. Chirurgie antiséptique.

H u e t e r. Grundriss der Chirurgie.

A l b e r t. Handbuch der Chirurgie.

- Brun s. Fort mit dem Spray. Berl. klin. Wochenschrift. 1880. Nr. 43.
Trendelenburg. Ueber die Bedeutung des Spray für die antiseptische Wundbehandlung. Arch. für klin. Chir. T. XXIV.
Mikulicz. Zur Sprayfrage. Tamże T. XXV. S. 707—751.
Frisch. Ueber Desinfection der Seide... Tamże XXIV.
Volkmann. Ueber die antiseptische Occlusivverband. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 96.
Schultze. Ueber Listers Wundbehandlung. Tamże. Nr. 52.
L. Lesser. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Hüter u. Lücke. 1873. S. 402.
Hegar. Ueber Ovariectomie. Volkmanns Samml. klin. Vorträge. 1877.
Lister. A new operation for fracture of the patella. British, med. Jour. 1877. Vol. II.
Van der Meulen. Treatment of transverse fracture of the patella. The Lancet. 1880. T. I. str 30.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

19. Nothnagel. Pragnienie fizjologiczne i pragnienie chorobliwie podniecone. (*Durst und Polidipsie*).

Fizjologija dzieli rozliczne pobudzenia, które pod wpływem rozlicznych bodźców, wewnętrznych lub zewnętrznych, do świadomości naszej dochodzą, na specyficzne wrażenia zmysłowe i na uczucia ogólne; do pierwszych należą wrażenia wzrokowe, słuchowe, węchowe i smakowe, do drugich uczucie bólu, rozkoszy, niedomagania, głodu, pragnienia i t. d.. Zdaniem Nothnagela należałoby z kategorii uczuć ogólnych wydzielić grupę odrębną uczuć o d Ź y w e z y c h, do której by zaliczyć wypadło uczucie głodu, pragnienia i duszności t. j. uczucie potrzeby pokarmu, napoju i powietrza. Trzy te uczucia mianowicie mają to ze sobą wspólne, że stoją na straży utrzymania się naszego ustroju, że powstają wyłącznie tylko wtedy, kiedy brak ustrojowi naszemu substancyj niezbędnie dlań potrzebnych. Żadne inne uczucie ogólne nie ma takiego fizjologicznego znaczenia. Naturalnie że łaknienie i pragnienie może być zwrócone do szczególnych pokarmów lub napojów, które na razie nie stanowią istotnej potrzeby organizmu, ale to nie będzie łaknienie lub pragnienie fizjologiczne, ale raczej skutek nawyknienia do zbytowego używania pewnych środków drażniących nasze zmysły, sprawiających nam przyjemność.

Uczucie pragnienia powstaje, gdy ustrojowi brakuje wody, czy z powodu niedostatecznego dowozu, czy z powodu zbytowej utraty, bądź w warunkach fizjologicznych (pocenie się), bądź w chorobowych (cholera, cukromocz i t. d.). Brak wody w tkankach jest najbliższym warunkiem uczucia pragnienia. Najczęściej umiejscawia się to uczucie w początkach przewodu pokarmowego, mianowicie w jamie ustnej, podniebieniu i gardzieli, tak jak znowu uczucie głodu umiejscawia się w okolicy żołądka, uczucie duszności w klatce piersiowej. Zależy tedy pytanie, czy uczucie pragnienia powstaje ztąd, że brak wody drażni zakończenia nerwowe w błonie śluzowej jamy ustnej, podniebienia i gardzieli, czy też uczucie to może powstawać przez bezpośrednie pobudzenie ośrodków?

Badania doświadczalne tej kwestyi są dotąd nader skąpe. Przekonano się wprawdzie, że u psów, po przecięciu nerwów językogardzielowych i językowych oraz błędnych, uczucie pragnienia pozostawało. Ale doświadczenia te były nieściśle, nie przecięto np. gałązek podniebiennych nerwu trójdzielnego; nie ma też pewności, że przecięte zostały gałązki gardzielowe nerwu błędnego, tak że

wnosić z nich nie można, iż punktem wyjścia poczucia pragnienia nie jest istotnie gardziel i podniebienie, że zatem w tym razie pobudzenie pragnienia nie było obwodowe. Wogóle współczesne przecięcie wszystkich nerwów czuciowych, idących od części w mowie będących, i utrzymanie zwierzęcia przy życiu przez czas potrzebny do obserwacji jest prawie niemożliwym, tem cenniejszemi byłyby przypadki kliniczne, któreby światło na pytanie to rzucić mogły. Przypadek taki udało się spostrzegać *Nothnagel*owi; 35-letni mężczyzna uderzony został kopytem przez konia w lewą część brzucha, skutkiem czego upadł w tył silnie, przyczem uderzył się w prawe ucho o kawał drzewa, a tyłogłowiem uderzył o twardą zbitą ziemię. Nie stracił przytem przytomności, nie dostał wymiotów, ale uczył, że głowa jest zajęta, doznawał w niej jakiegoś tępego bólu, powstać wszakże nie mógł z powodu silnego bólu brzucha, karku i tyłu głowy. W pół godziny po tym wypadku uczył chory silne pragnienie, tak, że w ciągu trzech godzin wypił trzy litry naprzemian to wody to piwa, dopiero w końcu trzeciej godziny pierwszy raz poczul potrzebę oddania moczu. Przy klinicznym badaniu po czterech godzinach w wypadku znaleziono stan bezgorączkowy, źrenice bardzo zwężone, ale oddziaływające na światło, zresztą nic nienormalnego. Chory głównie się skarży na ból w potylicy, przy naciskaniu od guza potylicowego aż do trzeciego kręgu szyjowego ból bardzo silny. Chory skarży się wciąż na bardzo silne pragnienie. Brzuch z lewej strony bolesny nie zdradza wysięku w jamie otrzewnej. Mocz jasno bladej. C. w. 1,002; ilość w ciągu ostatnich 12 godzin = 4000 ctm. sześć; białka i cukru nie zawiera. Dalszy ciąg przebiegu był następujący:

Bolesność brzucha i karku szybko ustąpiła, tak, że po paru dniach chory z łóżka się podniósł. Chory pozostawał pod obserwacją przez dni 18. Przez cały ten czas ciepota ciała nie przewyższała $37,6^{\circ}$ C.; w ciągu całego tego czasu skóra była zawsze wilgotna, najczęściej bardzo obfitym potem pokryta; różnice w ilości przyjmowanej wody były w stosunku prostym do ilości oddawanego moczu i natężenia potów. Bezustannie uskarżał się przez ten cały czas na silne pragnienie; uczucie to bywało zwłaszcza silniejsze w godzinach popołudniowych. Usta i gardziel były przytem zawsze wilgotne. Tylko woda była w stanie gasić pragnienie; kawałki lodu a tembardziej jeszcze napoje ciepłe nie były w stanie tego uczynić. Chory zupełnie czuł się w ostatnich dniach silnym i tylko mu to pragnienie niezwykle dolegało; na własne żądanie został z kliniki wypisany.

Na przypadek powyższy kładzie *Nothnagel* nacisk jako na bardzo ważny, tak ze względu fizjologicznego jak i patologicznego. Najprzód uważa go *Nothnagel* za niewątpliwy przypadek pierwotnej, prawdziwej polidypsji, której następstwem dopiero była polyuria. Tego zaś chorobowo podnieconego pragnienia nie można w tym przypadku objaśnić przez zmiany chorobowe zakończeń nerwów obwodowych w ustach, podniebieniu, gardzieli, gdyż żadnego dla takiego przypuszczenia, nie ma w powyższym przypadku racji. Ze szczegółowego rozbiornu objawów, wyprowadza *Nothnagel* wniosek, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z bezpośrednim ośrodkowym pobudzeniem pragnienia i to pobudzeniem niepoprzedzonym nawet szczególną utratą wody przez ustrój. Chory silnie upadł na tyłogłowie i bezpośrednio potem wystąpiło gwałtowne to pragnienie.

Gdzieżby można z prawdopodobieństwem pomieścić ośrodek pragnienia?

W powyższym przypadku tylko dwie okoliczności rzucają pewne słabe światło na to pytanie, a mianowicie początkowe zwężenie źrenic i silny ból w tyle głowy i karku. Jakkolwiek zwężenie źrenic nie jest objawem patognomicznym dla pewnego umiejscowienia w mózgu, to jednakże stosunkowo często towarzyszyć ono zwykło cierpieniom mostu *Varola* i rdzenia przedłużo-

nego. Na też okolice mózgowia ukazuje ból silny, zwłaszcza przy nacisku tuż pod tylogłowiem.

Słowem, z wszelką ostrożnością możnaby przypaścić, że w mowie będące miejsce położone jest w rdzeniu przedłużonym (lub w moście V a r o l'a). Stanowiłoby to zresztą analogiję ze sprawą duszności czyli pragnienia powietrza, które również być może pobudzonem pierwotnie przez bezpośrednie pobudzenie rdzenia przedłużonego, bez koniecznego warunku utrudnienia dowozu powietrza do krwi przez płuca.

Tyle co do fizjologicznego znaczenia tego klinicznego przypadku; co do znaczenia jego patologicznego, N o t h n a g e l uważa go za jeden z dowodów stanowczych ze *diabetes insipidus*, cierpienie, które przeważnie teraz bywa uważane za będące w przyczynowym związku z cierpieniami systemu nerwowego, polega czasem stanowczo nie na pierwotnej poliuryi, ale że pierwszym tu momentem być może polidypsia, a zwiększona działalność nerek jest tylko następstwem zwiększonego dowozu płynów do ustroju

Dr. H. Nussbaum,

(*Virchow's Archiv. Tom 86 zeszyt 4.*)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W ubiegłą Niedzielę, d. 12 b. m. koł. Albert R o s e n t h a l, stypendysta tutejszego uniwersytetu i lekarz miejscowy szpitala Ś-go Jana Bożego, bronił na stopień doktora medycyny rozprawy „O zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych”. Dotychczas istotą doktoryzacyi było powtórzenie egzaminu złożonego już raz na stopień lekarza i napisanie rozprawy naukowej, któraby nie razila błędami naukowymi obroną publiczną rozprawy uważano za czystą formalność, z bardzo słusznego powodu, iż jakkolwiek jest ona w pewnym związku ze stroną umysłową doktora, to jednak przeważnie zależy od łatwości wystawiania się, od pewnego stopnia odwagi przemawiania *ex cathedra* w licznem zebraniu i t. d. Tym razem stał się fakt dotychczas niebywały i trudny do pojęcia, iż wydział lekarski tutejszego uniwersytetu, jakkolwiek uznał rozprawę doktora za dostateczną do pozyskania stopnia doktora medycyny, jednak mu z powodu niedostateczności obrony nie przyznał.

— Zmarł na Podolu w powiecie Braclawskim D-r Wojciech L e w a n d o w s k i, wychowaniec b. Szkoły Głównej i Uniwersytetu tutejszego.

Wroclaw. Zmarł tu 2 Marca r. b. w 33 r. życia D-r O s k a r S i m o n, profesor kliniki dermatologicznej.

Darmstadt. Przy uchwalaniu budżetu dla tutejszego Instytutu szczepienia ospy, zatwierdzono sumę 20600 marek na wprowadzenie szczepienia limfą zdjętą z cieląt.

New-York. Ciekawe są sumy, jakie zatwierdził kongres dla lekarzy i obsługi zmarłego prezydenta G a r f i e l d'a. I tak przyznano: D-rowsi B l i s s sumę 25,000 dolarów, D-rowsi A g n e w 15,000 dol., D-rowsi H a m i l t o n tyleż, D-rowsi R e y b u r n i B a i n t o n po 10,000 dolarów, pani E d s o n 5,000 dolarów i t. d.

NEKROLOGIJA.

† W dniu 18 Listopada r. z. zmarł we wsi Żykowie gub. Mińskiej D-r Michał Żabeżyński. Zmarły, b. wychowaniec Wszechnicy Wileńskiej całe swe życie spędził na wsi, oddany mozolnej praktyce wiejskiej i pracom naukowym. W ostatnich latach życia z powodu podeszłego wieku i nadwątłego zdrowia, zrzucił był zupełnie praktykę, oddając się wyłącznie badaniu postępow ukochanej przez siebie nauki. Oprócz rozprawy doktoryzacyjnej. *De aquis mineralibus laucasi in Magna labardia. Vilnae. 1841.* zmarły nie nie drakował, ale pozostawił wiele prac w rękopiśmie. Dzielny praktyk, pełen poświęceń dla ogółu pozostawił po sobie szczerzy żal w okolicy, którą zamieszkiwał. Cześć Jego pamięci.

K. B.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. O suchotach płucnych przymiotowych. — II. W. Jaworski. Składniki białkowe, wartość pożyweza i lecznicza pożywki peptonowej (*Solutio carnis peptonisata*); oraz odpowiedź na zarzuty D-ra Rejchmana. — Odcinek. Z. Kramsztyk—O cytatach. — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran. — *Dział sprawozdawczy:* 19. Nothnagel. Pragnienie fizjologiczne i pragnienie chorobliwe podniecone. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija -- Ogłoszenia.

I. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 21 Lutego 1882 roku).

I have purposely not included in the series cases, which have been treated by me in private practice, either alone or in conjunction with other practitioners, for the reason that such cases are not open to public criticism and frequently cannot be observed with the same care and accuracy as are practicable with cases occurring in hospital.
(*Waters Clinical Lecture in Pneumonia, 1881.*)

Oddawna już niektórzy lekarze zwracali baczną uwagę na związek przymiotu z suchotami płucnymi, dowodem czego piękna praca Portal'a, drukowana jeszcze w końcu zeszłego wieku, w której autor obok wielu interesujących spostrzeżeń podaje swój wielce racjonalny pogląd na wzajemny stosunek tych cierpień do siebie. W ostatnich dopiero jednakże dwudziestu latach cierpienie to zaczęto szczegółowo i gruntownie obrabiać ze stanowiska anatomopatologicznego i klinicznego, a to zawdzięczając głównie pracom Virchow'a ¹⁾, Beer'a ²⁾, Wagner'a ³⁾, Lancereaux ⁴⁾, Fournier'a ⁵⁾, Zacharin'a ⁶⁾, Kry-

¹⁾ Anton Portal's, Professors d. Medizin zu Paris, Beobachtungen über die Natur und Behandlung der Lungenschwindsucht. Deutsch von G. Mühry. Wien. 1804. str. 204—218. (Oryginał francuzki, drukowany w ostatnich latach XVIII wieku, był mi niedostępny).

²⁾ Virchow. „Die krankhaften Geschwuelste“ T. II. p. 463.

³⁾ Beer. „Die Eingeweide-Syphilis“. Tübingen. 1867.

⁴⁾ Wagner. „Archiv der Heilkunde“. 1863.

⁵⁾ Lancereaux. „Traité de la syphilis“. 1873.

⁶⁾ Fournier. „De la phthisie syphilitique. Gazette hebdomadaire. 1875.

⁷⁾ Zacharin. „Drei Fälle von syphilitischer Pneumonie. Berl. Kl. Woch. 1878.

lowa¹⁾, Schnitzler'a²⁾, Rosnera³⁾, Paneritiusa⁴⁾ i wielu innych.

Ja również od lat kilku zwracałem baczniejszą uwagę na cierpienie w mowie będące i jeśli dzisiaj głos zabieram pomimo tak gruntownego obrobienia danej kwestyi, to mam na celu z jednej strony przedstawienie moich na tem polu spostrzeżeń, a powtóre zwrócenie uwagi Sz. Kolegów na pewien zbyt jednostronny kierunek, jaki się rozwinął ostatniemi czasy, szczególnie od publikacyi Schnitzler'a, kierunek w wielu razach bardzo szkodliwy dla chorych, polegający na zbyt pochopnem rozpoznawaniu przyniotu u suchotników, którzy kiedyś przebywali przyniot, pomimo że żadne inne objawy rozpoznania owego wcale nie usprawiedliwiają.

Choroba przyniotowa objawia się w płucach pod dwiema postaciami, stanowiącemi oddzielne formy kliniczne.

1). W ograniczonym miejscu płuc, szczególnie w średnich częściach prawego płuca (choć nie zawsze), występuje rozwój nowotworu przyniotowego (*syphiloma*), podczas gdy stan ogólny chorego przedstawia się nieźle, a innych objawów choroby przyniotowej nigdzie wykryć się nie daje. Jednem słowem mamy na ograniczonym miejscu płuca objawy zgęszczenia, albo nawet zniszczenie tkanki płucnej, jednocześnie nieznamy kaszel i ograniczoną plwocinę obok mocnego braku tchu, natomiast nie dostaje wybitnej gorączki, potów, rozwolnienia, i t. p. objawów, towarzyszących zwykłym suchotom płucnym. Stany takowe w tym okresie rozpoznane i odpowiednio t. j. za pomocą przetworów rtęciowych leczone dają się usunąć niemal w zupełności.

¹⁾ Kryłow. „Izśledowanije o patologo-anatomiczeskich izmienenijach lokkich u syfilitikow“. 1870.

²⁾ Schnitzler. „Die Lungensyphilis“. Wien. 1880.

³⁾ Rosner. „O kile płuc“. Przegląd lekarski. 1881.

⁴⁾ Paneritius. „Ueber Lungensyphilis“. Berlin. 1881.

O CYTATACH.

II.

Czy doprawdy każdy, co występuje z jaką naukową albo literacką pracą, musi złożyć egzamen z całej poprzedniej literatury przedmiotu, o którym pisze? — Czy powinien to wszystko przeczytać — to inne pytanie, ale czy musi dowieść, że to wszystko pamięta? czy ma nawet istotny obowiązek pamiętania tych wszystkich prac poprzednich?

Każdy piszący za przedmiot swej pracy bierze jakiś fakt, jakiś objaw, jakieś ogólniejsze, albo szczegółowe prawo natury. Mniejsza o to, jakie okoliczności na wybór wpłynęły; autor pragnie swój przedmiot poznać, zrozumieć, wyrobić sobie jasny o nim pogląd i swój pogląd innym przedstawić. Ale każdy szczegół w naturze jest powikłany; materiału dla badania szukać potrzeba; potrzeba się uczyć na rozmaite szczegóły zwracać uwagę, które w pierwszej chwili nie

Kaszel niknie, siły wracają, a objawy miejscowe mają również zniknąć w zupełności. Przypadki tej kategorii są bardzo rzadkie, chociaż w literaturze lekarskiej znajduje się ich dosyć spora liczba. Przeglądając jednak krytycznie ową kazuistykę, spostrzegamy, że owe zupełne wyleczenia, podawane przez autorów, jakoś po bliższem rozpatrzeniu inaczej się nam przedstawiają, lub mogą być w inny zupełnie sposób tłumaczone. Najczęściej bowiem spotykamy wyrażenia: „chory wyjechał p r a w i e zupełnie zdrów; w płucach dawały się wykryć zmiany b a r d z o n i e z n a c z n e“. W wielu przypadkach znowu razi niezwykle niedokładny opis zmian fizykalnych płuc i t. p. Jako przykład może tu posłużyć następująca kazuistyka; i tak Ljunggren ze Sztokholmu podaje w II tomie *Archiv für Dermatologie und Syphilis* (1870 str. 553) wielce interesujący przypadek przymiotu płuc. Autor, opisując stan płuc, powiada, że w okolicy prawego szczytu słyszał wyraźny oddech jamisty (*amphorisches Respirationsgeräusch*). Chory po odpowiedniem przeciwprzymiotowem leczeniu miał wyzdrowieć zupełnie, jak powiada autor, ani słowem jednakże nie wzmiankuje, co się stało ze zmianami w płucach, czytelnik więc przypuścić może, i to słusznie, że w płucach również wszystko wróciło do normy, co dla nas jest rzeczą wątpliwą, wiadomo bowiem, że jama. dająca objawy tak zwanego oddechu amforycznego, musi być wielkości co najmniej małego jabłka, a o zabliznieniu zupełnem i to dosyć szybkim takiej wielce należy wątpić.

Przykład drugi: W i l l i a m s w dziele swem, zkądinąd nader cennem, o suchotach płucnych (*Pulmonary consumption its varieties etc. London 1871*) podaje na stronie 285 krótką historję suchotnika, który, przedstawiając objawy oddechu jamistego w prawym szczycie, wyzdrowiał mimo to zupełnie przy użyciu jodu i sarsaparylli, oraz po przebyciu zimy we Włoszech. Autor pisząc: „zupełnie wyzdrowiał (*quite recovered*)“, nie wzmiankuje o stanie miejscowym płuc, widocznie więc nie widział chorego po powrocie z Włoch, a jednakże przypadek ów przytacza, jako przykład suchot przymiotowych. Dla mnie byłby on bardziej przypadkiem suchot zwykłych z zejściem pomyślnem,

uderzyły badacza; potrzeba umieć sztucznie zebrać rozmaite warunki, aby ich znaczenie poznać po szczególe; potrzeba wreszcie ocenić te rozmaite tłumaczenia, te teoryje i hipotezy, które się nasuwają umysłowi, aby wybrać tę wreszcie, która najbardziej zadawałuiia. Tej pracy żaden człowiek dla najbardziej nawet drobnego faktu podolałoby nie zdołał; te drobne cegielki zbierają się powoli, pracą wielu ludzi, a książki właśnie, prace poprzednie, przyspieszają badanie i możliwem czynią rozwiązanie postawionej zagadki. Książki zwracają uwagę na szczegóły, które by badacz może dopiero po długim czasie, których by może nigdy nie dostrzegł; podają w rękę metody badania, na które umysł może by nie wpadł wcale; podają i rozmaite teoryje wraz z gotową oceną ich stron dodatnich i ujemnych. W ten sposób jedynie w nauce do jakichś przyjsć można wyników. Ale pamiętać potrzeba koniecznie, że książka jest tylko pomocniczym w naukowej pracy czynnikiem, że musi być ciągle porównywana z naturą. przez naturę kontrolowana. Kto chce istotnie przyjsć do jakiejs pewności w poglądach naukowych, musi strawić dokładnie wszystko, co przeczytał, musi niejako na nowo dla siebie wszystkie zrobić odkrycia: w umyśle jego muszą jakby na nowo się rodzić te wszystkie teoryje, które podano dla objaśnienia danego zjawiska, czy danego zjawisk szeregu. Tylko w ten sposób dochodzi się do pewności i tylko w ten

przy odpowiednim leczeniu klimatycznym. Ten sam zarzut daje się zrobić wielu historyjom, pomieszczonym w pracy monograficznej P a n c r i t i u s'a ¹⁾. Dalej w kazuistyce S c h n i t z l e r'a ²⁾ znajdujemy spostrzeżenia (str. 10), które tenże autor tytułuje jako wyleczenie zupełne, tymczasem, podając zmiany fizykalne w płucach, znajduwane przy odjeździe chorego, pisze na stronie 16: „*Die Infiltration in der Lunge war bis auf eine geringe Spitzendämpfung geschwunden*“. Podobnych niedokładnych historyj moglibyśmy przytoczyć jeszcze bardzo wiele; dla nas są one dowodem, że na owo wyleczenie zupełne należy zapatrywać się wielce ostrożnie, sądząc bowiem, że najczęściej wyleczenie to jest tylko czasową poprawą, a choroba znowu w jakiś czas wybucha, jak tego poucza interesujący przypadek C u b e'g o, pomieszczony w 82 tomie Archiwu V i r c h o w'a, oraz moje spostrzeżenie, które poniżej szczegółowo opiszę.

2) W ogromnej większości przypadków sprawy przymiotowe płuc występują w późnych okresach choroby przymiotowej, podczas gdy jednocześnie pojawiły się już bardzo ważne zmiany natury przymiotowej i w innych organach, jakoto: krtani, wątrobie, aorcie it. d. Zmiany w płucach przedstawiają wówczas postać zapalenia płuc natury przymiotowej (*pneumonia syphilitica*), warunkując klinicznie odrębną formę suchot płucnych, którą słusznie nazwać można s u c h o t a m i p ł u c n e m i p r z y m i o t o w e m i (*phthisis pulmonum syphilitica*).

Forma ta klinicznie przedstawia wielkie podobieństwo do obrazu daleko posuniętych zwykłych suchot płucnych, a więc mamy wyniszczenie ogólne, kaszel, rozwolnienie, białkomocz it. p.. Z drugiej jednak strony posiada ona i pewne odrębności wielce charakterystyczne, do których przedewszystkiem zaliczam brak gorączki. Chorzy wyniszczeni w wysokim stopniu, z objawami fizykalnymi znacznych zniszczeń w płucach i krtani, nie gorączkują wcale, wprowadzie

1) Patrz ocenę moją, pomieszczoną w N-rze 4 „Gazety Lekarskiej“ z r. b.

2) l. c.

sposób człowiek naukę na swoją indywidualną zamienić może wiedzę. Tak wyrobiony pogląd jest już istotną własnością człowieka, wszystko jedno z kąd poczerpnięty; wtedy, a może tylko wtedy, człowiek poglądy swoje może innym do użytku podawać.

Skoro się już dojdzie do takiej wiedzy, jakże trudno potem dokładnie zdać sobie sprawę, gdzie każdy szczegół, każdy pomysł ma swoje istotne źródło. Kto z wyteżoną uwagą śledzi za jakimś przedmiotem, jednocześnie w naturze i w książkach, ten żadnego nie pominie szczegółu; wszystko, co do rozwiązania postawionej kwestyi może posłużyć, z pewnością przylgnie do jego pamięci. Ale skoro już raz doszedł umysł do jasnego na sprawę poglądu, albo skoro doszedł do tego punktu, po za który dalej przejść nie ma nadziei, jakże trudno mu wtedy zdać sobie dokładnie sprawę, co sam własnymi dostrzegł zmysłami, a co wyczytał i w jakiej wyczytał książce. Czy obok swojej przewodniej kwestyi, ma wtedy każdy badacz obowiązek utrzymywać dokładny, szczegółowy inwentarz swoich wiadomości?

Zapewne, kto pisząc o jakim przedmiocie, pozostanie w tyle po za znanemi już poglądami, ten na zarzut zasługuje. Niewolno nie dostrzedz tych zjawisk, które już były podane i które w książkach wskazane już były; nie wolno pomi-

od czasu do czasu występuje u nich podwyższenie ciepłoty, nie przewyższa ono jednakże zazwyczaj $38,5^{\circ}\text{C}$. nie przedstawiać najmniejszego podobieństwa do tak powszechnie znanej gorączki hektycznej suchotników. Z owym brakiem gorączki zostaje w dziwnej sprzeczności wysoki stopień wyniszczenia chorego: wygląd tego rodzaju chorych przypomina nie suchotników, lecz osobniki dotknięte cierpieniami dyskratycznymi złośliwymi, posiadają oni bowiem cerę żółto-wozkową, wielce charakterystyczną. To, co o gorączce, da się również powiedzieć i o potach nocnych; nie występują one wcale, lub są nieznaczne, nie przedstawiając owych typowych, tak zwanych kolikwacyjnych potów suchotników. Wreszcie, chociaż to ma mniejszą doniosłość, zaznaczyć winienem, że i krwioplacie w tej formie występuje rzadko, co, jak wiadomo, zdarza się przeciwnie niesłychanie często przy zwykłych przewlekłych suchotach płucnych. Z innych objawów wypada wspomnieć o duszności, która w pewnych przypadkach tego cierpienia dosięga znacznego stopnia, nie idąc w parze z rozległością zmian anatomicznych w płucach; duszność owa od czasu do czasu przyjmuje charakter duszności astmatycznej.

Sądzę, że tę postać przymiotowej choroby płuc najlepiej scharakteryzuję, opisawszy trzy przypadki tego cierpienia, które ostatnimi czasy miałem sposobność szczegółowo spostrzegać.

S p o s t r z e ż e n i e I. W dniu 17 Lipca 1881 r., przybył do Zakładu leczniczego w Nałęczowie P. urzędnik z Wołynia, lat 42 mający, przysłany przez jednego z kolegów prowincjonalnych, z powodu przewlekłej sprawy płucno-krtaniowej, od kilku lat trwającej. Chory niezwykle wyniszczony, głosem nadzwyczaj ochrypniętym, z wielką trudnością z powodu mocnej duszności, opowiedział nam następującą anamnezę: czuł się on zawsze zdrowym, dopiero od lat kilku zaczął powoli i bez widocznej przyczyny kaszlać; kilkakrotnie również wystąpiło krwioplacie niezbyt obfite. Przed półtora rokiem miała podobno występować gorączka i dreszcze; ostatniej zimy kaszel nieco wzmógł się, duszność się zwiększyła, a jednocześnie chory zaczął stopniowo upadać na siłach.

nać tego tłómaczenia, które najlepiej daną kwestyję rozwiązuje, jeżeli takiego tłómaczenia już ktoś użył poprzednio. Ale autor nie ma obowiązku przytoczyć artykułu, w którym dany szczegół odnalazł, nawet nie ma obowiązku pamiętać o tem; z braku cytaty samej zarzutu robić nie można. Pomyślmy tylko, gdyby istotnie było obowiązkiem każdego znać dokładnie rodowód każdej najdrobniejszej kwestyi, znać nazwiska tych wszystkich, co o tych kwestyjach pisali, a choćby tych pierwszych, co na nie uwagę zwrócili, jakieżby to był straszny balast dla pamięci, jak mało w umyśle innych, istotniejszych rzeczy pomieścićby się mogło!

Ozasami ten katalog, do artykułu przyczepiony, nazywają częścią^a historyczną; ma on przedstawiać jak i dl^a czego rozwijała się dana kwestyja naukowa; ale jak rzadko ta część istotnie na miano historyi zasługuje, jak trudno wreszcie pisać istotną historyję pojedynczej naukowej kwestyi! Właściwa historyja nauki musi naturalnie na cytatach się ciągle opierać, bo ma inny zupełnie przedmiot badania, bo dla niej książka jest tem samem, czem widoczne zjawiska dla badacza natury.

Często konieczność cytatach w ten sposób motywują, że one ułatwić mają pracę następnym badaczom, mają im wskazać źródła, na znalezienie których

Co się tyczy chrypki, to takowa również bez widocznej przyczyny wystąpiła po raz pierwszy przed dwoma laty, stopniowo zwiększając się w nateżeniu, tak że po upływie kilku miesięcy chory głos utracił zupełnie.

W rodzinie chorego usposobienie dziedziczne do suchot płucnych nie istnieje; chory był żonatym; przed dwoma laty żona zmarła na szybko przebiegające suchoty płucne; z dwojga dzieci jedno zmarło niedługo po urodzeniu, drugie żyje, mając obecnie lat pięć; jest ono zdrowem, ma być jednakże nieco zółzowatym, jak chory się wyrażał. Chory utrzymuje, że dawniej żadnych nie przebywał chorób; tylko szesnaście lat temu po zarażeniu się przebył przymiot z objawami następczemi w gardle i na skórze; cierpienie to przy odpowiednim leczeniu przeciw przymiotowem, nadzwyczaj szybko ustąpiło; od tego czasu nigdy żadne objawy nie występowały, pomimo że chory zawsze w tym kierunku się obserwował. Obecnie przedmiot głównej skargi chorego stanowi: znaczna, duszność, nie pozwalająca mu ująć kilku kroków, kaszel duszący, suchy, z napadami wymiotów, występującymi po każdym jedzeniu.

Badanie chorego wykazało stan następujący: Znaczne wyniszczenie, stan bezgorączkowy, wysoka duszność, odżywianie liचे, waga 130 funt.; klatka piersiowa nieźle rozwinięta. Pod lewym obojczykiem aż do trzeciego żebra znaleźliśmy stopień odgłosu opukowego, z tyłu przeciwnie—stopień wyraźny występuje z prawej strony od góry aż do połowy łopatki. Z przodu w obu szczytach przy wysłuchiowaniu znajdujemy oddech nieokreślony i nieco suchych rzeżeń. Z tyłu z prawej strony, na miejscu odpowiadającym stopniowi, słychać wydech oskrzelowy, lekką bronchofoniję i rzeżenia z charakterem prawie dźwięcznym. Pojemność płuc 2400 ctm.. Tętno serca czyste.

Badanie jamy gardzielo-krtaniowej dało nam wynik następujący: Gardziel umiarkowanie zaczerwieniona, na tylnej ścianie istnieje parę białych granulacyj; nigdzie w gardzieli blizn nie dostrzega się.

K r t a n i. Nagłośnia lekko zaczerwieniona, zresztą zupełnie prawidłowa, toż samo fałdy nagłośnio-nalewkowe i języko-nagłośniowe. Cała tylna ścianka krtani nieznacznie zaczerwieniona; żadnych zbrzeknięć ani owrzodzeń na niej

daremnie dużo czasu straciłoby musieli. Ten pogląd może dawniej miałby jaką rację, dziś jej nie ma. Każdy, nawet w swojej małej, prywatnej bibliotece, jeżeli tylko posiada jeden „Centralblatt“, jeden „Jahrbuch“ i jeden „Handbuch“, z łatwością odnajdzie wskazówki, gdzie szukać źródeł do swojej pracy; żadna, przynajmniej jako tako ważniejsza praca nie może być pominięta.

Słowem, zdaje się rzeczą dosyć jasną, że kwestyję cytat należy pozościć wyłącznie dobrej woli piszącego; robić komu zarzut z pominięcia jakiegoś autora jest rzeczą niesłuszną. Owszem, wobec takiej łatwości w odnajdywaniu literatury, możeby raczej nadmiar cytat ganić należało: ani one rozprawy bardziej zrozumiały, ani z pewnością bardziej zajmują nie robią.

Cytaty ograniczać się muszą i ograniczają przeważnie do prac współczesnych i czasem robią wrażenie wzajemnych usług; cytuje się innych w nadziei, że taką samą odbierze się nagrodę. Wszak być cytowanym jest co najmniej równie przyjemnie, jak cytować; wszakże czasami jakiś autor niezacytowany publicznie swe żale wywodzi.

(D. n.)

Zygmunt Kramsztyk.

nie dostrzega się. Za to wewnątrz krtani przedstawiało obraz znacznych zniszczeń: obie struny prawdziwe i wrzekome zupełnie zniszczone; tu i owdzie widać resztki błony śluzowej, oraz liczne wybijałości i zagłębienia, robiące wrażenie bujań łącznotkankowych (polipów niemal), oraz blizn. Wnętrze tchawicy niedostępne dla badania. Organa trawienia nie przedstawiały żadnych zbożeń podmiotowych i czynnościowych; łaknienie liche z powodu kaszlu, wywołującego wymioty. Sen niezły, chociaż przerywany przez kaszel. Potów nocnych nie bywało wcale. Na całym ciele nigdzie gruczołów powiększonych nie można było wykryć. W moczu ani cukru ani białka nie ma. Dodać tu jeszcze winienem, że chory żył w bardzo dobrych warunkach higienicznych i dyjetetycznych, mieszkał w małym miasteczku, wśród ogrodów, prowadził życie regularne, nie robiąc żadnych nadużyć.

Takim przedstawiał się po dokładnem zbadaniu stan naszego chorego. Czy stan ten należało uważać, jak to dotychczas miało miejsce, za przypadek suchot płucno-krtaniowych? (*phtisis pneumolaryngea*). W tem leżało zapytanie i trudność odpowiedzi. Zmiany w płucach, a mianowicie objawy fizykalne, nie przedstawiały nie tak bardzo uderzającego. mieliśmy bowiem objawy rozległych zgęszczeń, szczególnie prawego płuca, ze zjawiskami prawdopodobnego zniszczenia tkanki płucnej obu szczytów; temu obrazowi zupełnie odpowiadała znaczna duszność, kaszel, wyniszczenie. Uderzała wprawdzie ta okoliczność, że chory prawie wcale nie oddawał plwociny przy daleko posuniętych zmianach w płucach; tego rodzaju jednakże objaw widywałem nieraz; zdarzało mi się nawet widzieć suchotników, przedstawiających obraz znacznych zniszczeń, którzy do samej śmierci pomimo suchego kaszlu, wcale plwociny nie oddawali, a jednakże badanie pośmiertne wykazywało obraz zwykłych serowatych suchot płucnych. Niejasnym było jednakże dla mnie brak zupełny objawów hektycznych, które przy tego rodzaju daleko posuniętych suchotach płucnych stanowczo występują; chory nasz nie pocił się i nie gorączkował wcale, nie miał rozwolnienia, a pomimo to wychudł strasznie, wynędzniał i słabł coraz bardziej na siłach. Drugim punktem wielce ważnym i stanowiącym rażącą sprzeczność ze zwykłym obrazem suchot płucno-krtaniowych były zmiany, wykryte za pomocą badania laryngoskopijnego. Jak to wyżej opisałem, znalazłem tylną ściankę krtani zupełnie zdrową, natomiast zniszczenie znaczne całego wnętrza krtani, z rodzajem bliznowatego zwyrodnienia. Obrazu podobnego nie napotyka się przy zwykłych suchotach krtaniowych, przy których najwcześniejsze i najgłówniejsze zmiany wykrywamy na tylnej ściance krtani. Wprawdzie zdarza się czasem, że tylko same struny głosowe bywają zajęte sprawą wrzodziejącą, natury suchotniczej, ale nigdy w tak wysokim stopniu, bez udziału tylnej ścianki i nagłośni, przytem bliznowatych zwyrodnień tak rozległych nie spostrzega się chyba nigdy, przy zwykłych suchotach krtaniowych. Zmiany owe w krtani naprowadzały na myśl sprawę przymiotową, choć z drugiej strony przeciw niej zdawał się przemawiać brak zajęcia gardła, brak blizn w gardzieli, zajęcia gruczołów i innych oznak przymiotu późnego (*syphilis tarda*). Wziąwszy jednakże pod uwagę, że chory przeby-

wał niewątpliwie szesnaście lat temu chorobę przymiotową. skłonny byłem bardziej całą sprawę przyjąć za objawy późnego przymiotu (*sypylitis pulmonum et laryngis*) i wychodząc z tego punktu widzenia, po naradzie z kolegami Nowickim i Chęłchowskim zaleciłem choremu leczenie przeciwprzymiotowe (sublimat wewnątrz i jodek potasu). (D. c. n.)

II. Składniki białkowane, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowej

(*Solutio carnis peptonisata*);

oraz odpowiedź na zarzuty D-ra Rejchmana.

Podał prof. D-r **Walery Jaworski** (z Krakowa).

W Przeglądzie Lekarskim Krakowskim ogłosiłem zeszłego roku sposób przyrządzania mięsa w formie strawnej i pożywnej, dla domowego użytku w chorobach przewodu pokarmowego, w chorobach gorączkowych i przewlekłych, połączonych z wyniszczeniem, uważając świeży przetwór za korzystniejszy pokarm dla chorego, niż handlowy, zwykle już w rozkładzie będący.

Przyrządzenie mięsa według mego przepisu polega na tem, że poddaje się je, posiekawszy 500 grm., peptonizacyi, nalewając nań. 1 litr wody, 40 grm. kwasu solnego, 0,5 grm. pepsyny, przez kilkanaście godzin przy ciepłocie 40° C.; następnie gotuje się mocno, aż do rozpuszczenia się pojedynczych kawalków mięsa, dodawszy równocześnie jarzyn kuchennych, a potem cukru i wina według polecenia lekarza, poczem dodaje się przypalonej mąki, cedzi i nareszcie zobojętnia sodą tak długo, aby jeszcze smak kwaskowaty zupełnie nie znikł. Pokarm ten nazwałem „pożywką peptonową“, gdyż zawiera prawie połowę ciał białkowatych w postaci peptonu bezwzględnego.

D-r Rejchman w swej rozprawie p. t.: „Nowe poszukiwania nad sztucznem trawieniem“, umieszczonej w N-rze 33 „Gazety Lekarskiej“ z r. 1881, wciągnął i powyższą pożywkę w zakres swego badania i pisze o niej na str. 677: „Dla otrzymania roztworu peptonu z mięsa, według przepisu D-ra Jaworskiego, poddałem 500 grm. mięsa działaniu kwasu solnego i pepsyny, pochodzącej z jednej z aptek warszawskich... przy ciepłocie około 40° C. Po upływie 12 godzin, zobojętniwszy i przecedziwszy otrzymany roztwór mięsa, przekonaliśmy się, że on z roztworem sody gryzącej i siarczanu miedzi daje barwę Nr. 1, t. j., że wcale peptonu nie zawiera“. A w przypisku dodaje tenże autor: „Prawdopodobnie zależało to od złego gatunku użytej pepsyny handlowej, a dotychczas nie miałem sposobności zbadania tej pepsyny. Z drugiej strony, kwas solny, według przepisu używany, jest 10 razy silniejszy od tego, jaki jest najlepszy dla peptonizacyi ciał białkowatych“. Tym sposobem cała wartość owego pokarmu niezbitym napozór dowodem, bo doświadczalnym, została zakwestyjonowaną. Na ten zarzut w swoim czasie, bawiąc przez dłuższy czas w Niemczech, nie mogłem odpowiedzieć i czynię to teraz, przeprowadziwszy

wprzód jakościowe i ilościowe poszukiwania nad zmianami ciał białkowatych w czasie żołądkowego trawienia mięsa, które to poszukiwania na innym miejscu ogłoszę.

Badałem kilkakrotnie przesącz (*filtratum*) z pożywki w ten sam sposób, jak to czynił D-r Rejchman, t. j. roztworem 1% siarczanu miedzi i ługiem sodowym i otrzymałem rzeczywiście tylko podane przez D-ra Rejchmana zabarwienie fioletowo-niebieskie. Nadto daje przesącz z pożywki osady: z kwasem azotnym zgęszczonym, z węglanem sodu, podczas zubożenia, z żelazo-cyjankiem potasu, po zakwaszeniu kwasem octowym, i ze zgęszczonym roztworem soli kuchennej. Odczynniki te wskazują tylko obecność białka, lecz nie dają oddziaływania na ciała peptonowe. Nie więc łatwiejszego jak z tego badania uczynić wniosek, że roztwór wcale peptonu nie zawiera. Oddzielając jednak metodycznie ciała białkowate, zakrywające zachowanie się peptonu względem odczynników, znajdziemy w przesączu pożywki i ciała peptonowe, skoro z niego wydzielimy wprzód wszystkie ciała białkowate.

Do stopniowego oddzielania ciał białkowatych, jakoteż oznaczenia ich ilościowego, prowadzi następująca, aczkolwiek zmutna, jednak pewna metoda.

Jeżeli do 100 ctm. sześć. przesączu, otrzymanego z rozcieńczonej pożywki, ostrożnie dodamy rozcieńczonego roztworu węglanu sodu, aż niemal do zubożenia, to utworzy się osad biały, którego ilość, na sączku zebrana, a po spaleniu obliczona na białko, wynosi 7,3 gm. na 500 gm. mięsa. Osad ten, rozpuszczony w rozcieńczonym kwasie solnym lub wodzie sodu, daje wszystkie oddziaływania na syntoninę.

Dodając do przesączu od syntoniny na każde 100 ctm. sześć. roztworu 50 gm. soli kuchennej sproszkowanej i 30 ctm. sześć. kw. octowego 30%¹⁾ i kłując przez 20 minut, otrzymamy silny osad, którego ilość przeciętna, zebrana na sączku, po spaleniu przedstawia 33 gm. białka na 500 gm. użytego mięsa. Osad ten, rozpuszczony w wodzie, zachowuje się względem odczynników w sposób następujący:

Z taniną powstaje znaczny osad; z żelazo-cyjankiem potasu powstaje również osad biały; ze zgęszczonym kwasem azotnym powstaje osad biały, w nadmiarze tegoż rozpuszczalny, również rozpuszczalny za ogrzaniem, a wydzielający się po oziębieniu; molibdenijan amonu sprawia osad biały; roztwór wodny fenolu daje podobnie osad biały; siarczan miedzi i ług sodowy sprawiają zabarwienie fioletowo-czerwone, odpowiadające zabarwieniu numerowi IV lub V tablicy Rejchmana.

Ciało więc to w oddziaływaniu swem jest zupełnie zgodne z propeptonem Schmid-Mühlheim'a (*Virchow's Archiv T. 81 pag. 185 i 575*), i z peptonem żołądkowym Adamkiewicza, dla którego zatrzymuję nazwę propeptonu.

Przesącz od propeptonu, badany dalej odczynnikami na białko i ciała peptonowe, przedstawia następujące oddziaływania:

Z tanniną daje osad znaczny; z żelazo-cyjankiem potasu wcale się nie mąci; z kwasem azotnym roztwór się nie zmienia; molibdenijan amonu sprawia

¹⁾ Jest to metoda E. Salkowskiego (*Zeitschr. f. anal. Chem. XX str. 316*), zmieniona przezemnie do ilościowego oznaczenia ciał białkowatych za pomocą wagi.

znaczny osad; roztwór wodny fenolu sprawia osad; siarczan miedzi z ługiem sodowym sprawiają zabarwienie czerwono-fioletowe, odpowiadające numerowi V tablicy Rejchmana.

Roztwór więc ten zachowuje się względem odczynników jako zawierający rzeczywisty pepton (*peptonum absolutum*), którego ilość przeciętna, oznaczona za pomocą wysokoku, wynosi 40,0 gramów na 500,0 gm. użytego mięsa.

Poprzestając tylko na wykazaniu obecności peptonu w pożywce, z pominięciem ciał przejściowych, dojdziemy do tego celu jeszcze inną, nierównie krótszą drogą.

Gotując bowiem przesącz pożywki z roztworem octanu żelaza, prawie zobojętnionego za pomocą ługu sodowego i oddzielając osad, zawierający wszystkie ciała białkowe niepeptonowe, przez sączenie lub ustanie się, znajdziemy w przesączu zupełnie bezbarwnym następujące zachowanie się względem odczynników.

Tannina sprawia osad znaczny; molibdenian amonu również; roztwór wodny fenolu również; kwas azotny osadu wcale nie daje; żelazo-cyjanek potasu z kwasem octowym podobnie nie daje osadu, siarczan miedzi z ługiem sodowym sprawia zabarwienie różowe lub mocno czerwone, zupełnie odpowiadające N-rowsi VI tablicy Rejchmana.

Roztwór więc zawiera tylko pepton, pierwotnie zawarty w pożywce, obok innych ciał białkowych.

Pożywka zatem utworzona z 500 gm. mięsa zawiera następujące przeciętne ilości składników białkowych (zależne od materiałów użytych i warunków otrzymania, gdyż dłuższy czas peptonizacji, dłuższe gotowanie, a nawet kilkuniedniowe pozostawienie już ugotowanej pożywki zwiększa w niej według moich doświadczeń ilość peptonu).

Syntony	. . . . .	7,3 gm.
Propeptonu	. . . . .	33,0 „
Peptonu	. . . . .	40,0 „
Ogólna suma rozpuszczonego białka		80,3 gm.

czyli 89,9% wszystkich ciał białkowych (89,4 gm.) zawartych w 500 gm. surowego mięsa.

Z powyższych faktów, o których prawdziwości każdy wszelkiego czasu przekonać się może, poweźmie szanowny Czytelnik przekonanie, iż twierdzenie D-ra Rejchmana, jakoby moja pożywka nie zawierała wcale peptonu jest zupełnie niesłusznem, a pochodzi tylko ztąd, że badający nie uwzględnił innych ciał białkowych przejściowych, znajdujących się równocześnie w roztworze, a traktował całą rzecz, stosownie do kierunku swej pracy, w powyższej rozprawie podanej, tak, jakoby cały funt mięsa w przeciągu 12 godzin miał utworzyć roztwór czystego peptonu, podczas gdy sam autor w swych poszukiwaniach przychodzi do wniosku, że 0,5 gm. samego włóknika dopiero po 25 godzinach trawienia daje oddziaływanie roztworu na czysty pepton. Niewykazanie peptonu w pożywce tem więcej mnie zadziwia, iż nowsze poszukiwania kilku autorów wykazały obecność peptonu we krwi, mięsie, ropie, bez sztucznej peptonizacji.

Co się zaś dotyczy uwagi D-ra Rejchmana, jakoby pepsyna użyta mogła być złej jakości, nie przywiązuję do tego w tym przypadku wielkiego znaczenia; gdyż i najgorsza pepsyna będzie zawierała tyle fermentu, by wytworzyć choćby małą ilość peptonu. Wiemy przecież, że jedna część pepsyny ma trawić 60,000 części białka, a przy warunkach przy jakich się pożywka przyrządza, mała ilość peptonu i bez pepsyny powstać musi.

Co się tyczy zgęszczenia kwasu solnego (4%) używanego do pożywki, to nie zadziwi nikogo ten wysoki stopień zgęszczenia, jeżeli przytoczę następujące okoliczności. Woda studzienna krakowska¹⁾ używana do gotowania, zawiera znaczną ilość wapna i węglanów, do zobojętnienia których zużywa się spora ilość kwasu solnego; podobnie do zobojętnienia zasad i amonijków organicznych, wytwarzających się w mięsie, również potrzebną jest pewna ilość kwasu solnego; następnie kwas solny mniejszego zgęszczenia nie zapobiega według mego doświadczenia wytwarzaniu się ciał rozkładowych podczas peptonizacji mięsa i powoduje woń i smak nieprzyjemny pożywki, tem bardziej, że wtenczas peptonizacja wymaga dłuższego czasu. Dalej, jeżeli podczas gotowania użyjemy mniej zgęszczonego kwasu solnego, to nie rozpuści się cała ilość ciał klejodajnych w mięsie, a ostatecznie miałem na względzie cel terapeutyczny ten, ażeby, podając pożywkę kwaśną choremu, podnieść łaknienie i działać antyseptycznie na rozkład zawartości w żołądku będącym w stanie patologicznym, a nadto uczynić pożywkę smaku i woni przyjemnej, gdyż obojętna, według mego doświadczenia, chorem do smaku nie przypada. Dlatego nie radziłbym zmniejszać przepisanej ilości kwasu solnego, ale raczej ilość sody, potrzebnej do zobojętnienia pożywki. Przyrządzając bowiem pożywkę, można się przekonać, że z początku po dodaniu kwasu solnego do mięsa ciecz przyjmuje smak bardzo kwaśny, po peptonizacji zaś kilkunasto-godzinnej pozostaje już tylko słaby smak kwaśny, dlatego ilość sody można zmniejszyć do połowy pierwotnie przepisanej.

Jeszcze muszę wyrazić moje zobowiązanie D-rowi Rejchmanowi za zwrócenie swej uwagi na moją pracę, gdyż tym sposobem podał mi sposobność nie tylko wykazania faktycznego stanu rzeczy, ale i ponownego polecenia pożywki peptonowej Szanownym Kolegom w celu stosowania jej jako środka pożywczego dla chorych. Środek rzeczony ma wyższość nad innymi podobnymi w tem, że jest domowy, a zawsze świeży, nie wydający się choremu jako lek apteczny, a następnie, że jest ekonomiczny, gdyż pozwala wyzyskać o ile możności jak najlepszy materiał pożywczy z mięsa, zamieniając je w postać najłatwiej wessalną. Że pożywka nie jest czystym peptonem, tylko że zawiera znaczną domieszką innych ciał białkowatych, uważam to za jej zaletę. Gdyż obecnie nie zakończona jest kwestya, czy czysty pepton sam w każdym przypadku wystarczy do zupełnego odżywienia ustroju, a powtóre dotychczasowe doświadczenia wykazują, że użycie samego peptonu przez dłuższy czas na przewód pokarmowy korzystnie nie działa, wywołując nieżyt jelit²⁾; z dodatkiem zaś innych pokarmów ustrój go znosi

¹⁾ Rozbiór chemiczny wód studziennych i rzecznych krakowskich prof. Olszewskiego 1871 wykazuje przeciętną ilość węglanów wapnia 0,341 na jeden litr wody.

²⁾ P 16 s z. Pflüg. Arch. IX. 323.

przez czas bardzo długi. Poddając więc pożywkę przez krótszy lub dłuższy czas peptonizacji (nawet całą dobę), nadto dodając innych ciał niebiałkowatych, stosownie do stopnia podupadłego trawienia, lekarz może podawać choremu w pożywce mniejszą lub większą ilość peptonu, a tem samem zmniejszyć lub powiększyć pracę chemiczną przewodu pokarmowego.

W końcu muszę dodać ze swego doświadczenia lekarskiego, że pożywka powyższa nietylko okazała się dobrym środkiem odżywczym, ale i symptomatycznie leczniczym w przypadkach nerwobólu żołądka (*cardialgia*). Szczególniej zasługuje na wzmiankę jeden przypadek, który tu pokrótce przytoczę.

R. M., lat 28, starszy strażnik skarbowy, wskutek nadużycia, jak sam podaje, napojów wyskokowych i tłuszczu w postaci słoniny z papryką, od 1½ roku zauważył zaburzenia w trawieniu; z tego powodu chory do mnie o poradę się zgłosił. Stan chorego wtedy w ten sposób mnie się przedstawił. Wejrzenie skóry zielonkowo-białe, odżywianie bardzo podupadłe, waga ciała 56½ klgrm., sfera umysłowa mocno przygnębiona. Chory skarży się na odbijania i wymioty śluzowe rano, zaparcie stolca kilkodniowe, bóle w okolicy żołądka z uczuciem pełności, tak przed jak i po jedzeniu; wydymanie się okolicy żołądka z rodzajem mocnego palenia wewnątrz, które po kilku godzinach ustępuje miejsca uczuciu wewnętrznego „świądu“, prawie zawsze chorego trapiącego, obok tego istnieje wstręt do pokarmów, raz—z powodu braku łaknienia, drugi raz—z powodu obawy zwiększenia dolegliwości. Przedmiotowo można tylko stwierdzić nagromadzenie płynu w żołądku o każdym czasie, a za pomocą wypukania, rozszerzenie granic żołądka, przy silniejszym ucisku bolesność wzdłuż podżebrza lewego. Po zastosowaniu wyłącznie tylko mojej pożywki już w pierwszych dniach odbijanie, wymioty, wydymanie się okolicy żołądka i palenie znikły i tylko uczucie świądu, jak się chory wyraża, jeszcze mu dokuczalo, to ostatnie po 4-tygodniowym użyciu pożywki ustąpiło zupełnie. Nadto, łaknienie poprawiło się do tego stopnia, że chory nie mógł się powstrzymać od spożywania nadmiernej ilości pokarmów, pomimo swej woli i mego ostrzeżenia. Usposobienie hypochondryczne ustąpiło. Odżywianie podczas użycia pożywki o tyle się poprawiło, że chory ważył po 4 tygodniach 59,5 klgrm., t. j. o 3 klgr. więcej niż przedtem.

W tym przypadku objawy chorobowe żołądka przez samo żywienie chorego pożywką ustąpiły, pomimo równocześnie trwającego nieżyty jelit, który o tyle się w tym czasie zmniejszył, że chory oddaje już stolec codziennie lecz ze znaczną ilością śluzu. Uważam to również za dowód, że wejrzenie blade skóry pomimo zwiększonego ciężaru ciała ciągle się utrzymuje, gdyż według mego dotychczasowego doświadczenia choroby żołądka nigdy nie powodują takiego upadku odżywiania, jak choroby jelit, co tłumaczę tem, że w samoistnych chorobach żołądka jego czynność zastępować mogą jelita, podczas gdy z chorobowymi zmianami w jelitach łączą się zwykle zmiany w narządzie chłonnym, a tem samem wessanie pokarmów jest w wysokim stopniu upośledzone, która to sprawa w patologii dotychczas tak mało jest zbadaną. Podajemy tedy w tych przypadkach często bezskutecznie choremu najłatwiej wessalne pokarmy, np. pożywkę peptonową, lecz ustrój ich sobie nie przyswaja, bo chorobowo zmie-

niony narząd chłonny jelit nie jest w stanie ich wessać. Pożywka peptonowa i w tych przypadkach stosowana będzie miała wyższość nad innymi pokarmami, dlatego że nie zawierając ciał stałych nierozpuszczalnych, zapobieży nagromadzeniu się ich w przewodzie pokarmowym, a przeto błona śluzowa, chorobowo zmieniona, nie będzie ciągle drażnioną, zostaje względnie w spokoju, przez co proces chorobny przynajmniej powstrzymanym być może.

III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasńskiego**
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

Mówiłem już, w jaki sposób należy przygotowywać antyseptyczny *cat-gut* i jedwabne ligatury. Jestto punkt niezmiernie ważny ze względu na rolę, jaką w przeciwnieślnem leczeniu ran, gra z jednej strony podwiązywanie naczyń odpowiednio, a z drugiej strony zeszywanie ran, w celu doraźnego gojenia (*prima intentio*). Doświadczenie, oraz bardzo specjalne badania dowiodły, że prawdziwie zdezinfekowany *cat-gut*, znalazłszy się wśród tkanek, zostaje przez nie wessanym, lub otorbianym, że nie wywołuje w nich podrażnień żadnych, nie może więc pociągać za sobą tych nieznośnych nieraz powikłań, których przyczyną bywały niciane szwy i ligatury. Zamknięcie naczynia jest pewniejsze, obawa wtórnych krwotoków żadna; część przewiązana nie ulega zgorzeli, nitka katgutowa nie przecina rurki naczyniowej, lecz tworzy na niej organiczną obrączkę, która z czasem zniknąć może zupełnie. Strony ujemne *do b r e g o cat-gut'u* tak są niezna-
czne, że śmiało możemy o nich zapomnieć. Do szwów użytym być może *cat-gut* tylko tam, gdzie nie ma wielkiego naprężenia, lub gdzie wydzielina sąsiednich tkanek mogłaby go zbyt szybko rozpuścić. Delikatne szwy, szczególnie przy operacjach plastycznych, niczem nie dadzą się tak pięknie nałożyć, jak *cat-gut em*. Po kilku dniach obcinamy tylko węzeł, a o samą nitkę wcale się nie troszczymy.

Jedwab, dobrze zdezinfekowany, może być także użyty do podwiązywania naczyń. Jedwab taki wcale nie będzie grał roli ciała obcego wśród tkanek, jeżeli tylko jest aseptyczny. Jedwabiem, przygotowanym podług przepisów, jakie wyżej podałem, śmiało możemy przy owaryjotomii podwiązywać naczynia w jamie brzusznej, oraz samą szypułkę torbiei, chociażbyśmy jej nie mieli zamiaru utwierdzić zewnątrz jamy otrzewnej. Szew srebrny, lub z włosia końskiego, o ile będzie zdezinfekowany, ma też prawo być użytym przy metodzie antyseptycznej. Szwy z drutu srebrnego lub z przepalonego drutu miedzianego głównie do wiązania kości używane bywają np. przy wypilowaniach, przy amputacji *Grittięgo*, *Pirogowa* it. p., wreszcie przy złamaniach rzepki (*Rose, Kocher, Metzler, Syme, Langenbuch, Lister, Royes Bell, Henry Smith* etc.). Druty takie, porządnie w wodzie karbolowej wymyte, odczynu zapalnego nie wywołują, leżyć mogą w ranie całymi tygodniami, nie przeszkadzając gojeniu doraźnemu, jeżeli dany przypadek przebiega aseptycznie w całym znaczeniu tego wyrazu. Dość powiedzieć, że *Vander Meulen* z Utrechtu zeszył złamaną rzepkę drutem platynowym, usunawszy poprzednio wszystkie skrzepy; szew nie przechodził przez staw, lecz przez grubość kości samej. Drut, po związaniu obcięto przy samej kości. W dwa tygodnie zrosła się kość, rana zagoiła się doraźnie. Drut wgoił się w rzepkę, nie zostawiając żadnego śladu. Po 4 miesiącach, oprócz trochę wystającej kostniny *callus* żadnego śladu szwu nie znaleziono.

Wargi rany powinny być połączone ze sobą licznemi szwami, tak aby powierzchnie ich jaknajdokładniej jedna do drugiej przystawały. Jeżeli dreny w należyty sposób umieszczone zostały, to porządnie nałożony szew udać się musi, chyba że wargi rany były poprzednio stłuczone i dlatego pod przeciwnym opatrunkiem obumarły.

Rany wielkie i głębokie, o dużych np. płatach, powinny być połączone szwem podwójnym: głębokim i powierzchownym. Głębokie szwy nakładamy *catgutem*, lub drutem metalowym. Szwy te, zbliżając do siebie głębokie części płatów, oraz punkta, bardziej od samej rany oddalone, znoszą naprężenie warg tej ostatniej, pomagają więc i do jej łatwego zagojenia. Można by je nazwać szwami zluźniającymi (*Entspannungsnähte*). Bardzo mi się podobał sposób, w jaki szwy owe nakładają w klinice Billroth'a: biorą drut srebrny dość cienki, kulki ołowiane (śrut) przeswidrowane, oraz małe blaszki ołowiane okrągłe, mające mniej więcej 1 centymetr w średnicy i otwór w samym środku. Drut, na cienką nawleczone igłę, przesuwają przez otworek jednej śruciny i otworek jednej blaszki, potem przez jeden i drugi płat rany, mającej być zeszytą. Kulkę ściskają cążkami na drucie, żeby na nim stanowiła rodzaj supła i nie pozwoliła mu uciec przez blaszkę i ranę. Blaszka chroni skórę od ucisku kulką. Po drugiej stronie rany, na wystający ze skóry drut, znowu nakładają blaszkę i kulkę. Im tę ostatnią mocniej przysunie się do skóry, tem płaty mocniej się zbliżą. Zakończenie stanowi zgniecenie owej drugiej kulki, jakoby zawiązanie drugiego supła; szew taki zdejmuje się prędzej niż powierzchowne, a jeżeli rana była ciągle aseptyczna, to najmniejszych po sobie nie zostawia on śladów. Szew ten podlegał niezliczonym, mniej lub więcej skomplikowanym modyfikacyjom, że wspomnę tu tylko o więcej znanych szwach Neugebauera (do zeszywania krocza) Thiersch'a (z pałeczką), Lister'a i tam dalej. Nie będę ich tu opisywał, gdyż wolę mniejszą liczbę przepisów gromadzić, skoro te, które daję, uważam za wystarczające i najpraktyczniejsze.

Z góry postanowiłem sobie za zadanie w pracy niniejszej mówić tylko o samej technice opatrywania ran, nie wdając się w żadne poglądy teoretyczne, spory, traktaty o pasorzytnem pochodzeniu chorób przyrannych, chemicznem lub mechanicznem działaniu środków przeciwnych i t. d. Pod tym względem stoję tu na stanowisku czysto listerowskiem, na stanowisku, które praca Matlakowskiego (l. c.), zdaje mi się, że dostatecznie wyjaśniła. Powinno mnie to usprawiedliwić, dla czego nie będę się wdawał w rozprawy, czy mgła karbolowa jest konieczną, czy niepotrzebną, czy szkodliwą (?). Wolę poradzić wam to, co mnie samemu wydaje się najlepszem i co sam w praktyce z korzyścią stosuję. Mgła karbolowa (spray), zdaniem mojem, jest rzeczą niezmiernie ważną i w pewnych razach konieczną. Wyrobiłem sobie dla niej pewne wskazania i tych się zawsze trzymam w postępowaniu. Mgła karbolowa nieodzowną jest w każdej sali specjalnej szpitalnej, w praktyce prywatnej łatwiej mogę się zdecydować na jej zaniechanie. Polewanie rany wodą karbolową podczas operacji jest rzeczą bezwarunkowo potrzebną i korzystną. Ma rację Mikulicz, gdy tak gorąco tę metodę zachwala. Nie uda się nam jednakże niezem zastąpić spray'a tam, gdzie chodzi o strącenie i zubożenie roznosicieli zarazy z powietrza przed operacją w pokoju, w którym mamy np. staw kołanowy lub jamę brzuszną otworzyć, a gdzie przed chwilą całe kwarty cuchnącej ropy z klatki piersiowej wypuszczaliśmy, lub zatoki moczowe rozcinając, rozległą opatrywaliliśmy zgorzel. Operacje krócej trwające, (amputacje, otwieranie ropni, typowe wypilowania, wyjmowanie martwaków, opatrywanie świeżej rany i t. p.), powinny być bezwarunkowo robione pod mgłą karbolową. Zatrucia fenolem obawiać się tu nie należy, bo w takim razie chybaby prędzej umarł z niego chirurg, który czwartą lub piątą z rzędu robi dziś operację, niż chory, którego na pół godziny w atmosferę tę wniesiono. Jeżeli choremu kwas karbolowy zaszkod-

dził, to prędzej ten, którym mu ranę polewano i opatrywano, niż ten, co w postaci mgły, dostał się do płuc wszystkich w sali obecnych osób. Zresztą spray nie wyklucza wcale *potrzeby polewania rany*. Operacje, przy których jamę otrzewnej lub oplucnej otworzyć musimy, lub które bardzo długiego wymagają krzątania się, robić można bez spray'u, pod warunkiem, że poprzednio pokój został w odpowiedni sposób odwietrzony, że w nim przez parę dni nie było mebli, okna otworzono (paląc jednocześnie w piecu), w nocy dezynfekcję siarką przeprowadzono, a przez godzinę przynajmniej przed operacją działał bezustannie spray parowy.

Trzeba więc koniecznie, żeby każdy szpital i każda stacja sanitarno-ratunkowa zaopatrzoną była w odpowiednie przyrządy parowe do rozpylania kwasu karbolowego. Szpital, mając kilka takich przyrządów, mógłby je wynajmować chorym na miasto, tworząc sobie w ten sposób pewny, aczkolwiek skromny dochód. Znów słyszę głosy, oburzające się, że kwestyja zaczyna być coraz bardziej skomplikowaną, że niedość było łamać sobie głowę nad dezynfekowaniem surdutów i paznogi, bo tu nawet trzeba się w jakieś lokomobile zaopatrywać, zanim się byle jakie wypilowanie da zrobić. Tych malkontentów zapewnić mogę, że nasz stolik opatrunkowy, pomimo obfitej i różnorodnej zawartości, ani w części nie jest tak skomplikowany, jak dawny *aparatus magnus* do cięcia pęcherza, zbiór świdrów, rusztowań i kół zębatach do trepanacyi, piecyk z mieszkim do rozpalania kilkunastu rozmaitych zegadeł i inne tym podobne proste przyrządy. Nieprzekonanych odsyłam do Brambilli, Scultet'a, Andrea da Croce, Heister'a i zwolenników okluzyi atmosferycznej Vacca i J. Guérin'a, albo ciągłych miejscowych letnich kąpiei z polewaniem (*irrigatio*).

Kogo nie stać na przyrząd parowy (mojem zdaniem najlepszy jest kulisty model Colin'a o dwóch strumieniach), ten może się zaopatrzyć w tak zwany spray ręczny, narazi się jednak na konieczność zamówienia sobie osobnego pomocnika do dmuchania, czyli kalikanta. Przyrządy ręczne często ulegają zepsuciu, zatkaniu, pękaniu balonów i z tego względu w większym oddziale chirurgicznym należą, tak jak szprycki Pravaz'a i ciepłomierze, do rzędu narzędzi, ciągle i bez przerwy będących w naprawie.

Roztwory do mgły używane muszą być nietylko w wodzie przekroplonej robione, ale i przed użyciem precedzone, żeby rur nie zatykały. W przyrządzie Colin'a są filtry na końcu rurek, ciągnących roztwór ze słoja. Do spray'u parowego bierzemy 5%, a do ręcznego 2,5% roztwór fenolu. Jeżeli operujemy pod mgłą fenolową, to chory powinien być przykryty nieprzemakalną ceratą, żeby bielizna na nim nie mokła i niepotrzebnie go nie chłodziła. Dezynfekcyja powietrza w sali operacyjnej jest rzeczą tak ważną, tak kapitalną, że doprawdy nie mogę dobrać słów dość gorących, żeby mgły karbolowej bronić i stosowanie jej jak najogólniej rozpowszechnić. Hegar, ogłaszając swe świetne owaryjotomije o spray'u nie wspomina, bo go nie używał; ale czyż nie zadawał on sobie jeszcze więcej trudu i zachodu, oczyszczając powietrze pokoju operacyjnego za pomocą par chloru i siarki? Postępowanie było jeszcze bardziej skomplikowane, a przebieg ran nie zupełnie aseptyczny.

Wypadałoby mi tu powiedzieć choć parę słów o tak zwanym makintoszu, czyli materji nieprzemakalnej i osłonce Listerowskiej, czyli tak zwanej *silk-protective*. Są to rzeczy, których przygotowanie jest już trudniejsze i dlatego musimy je, jako gotowy do użycia wyrób, nabywać od fabrykantów.

Osłonka ma na celu ograniczyć bezpośrednio działanie kwasu karbolowego na ranę, oraz ochronić ją od targań, wstrząśnień i podrażnień, przywieraniem opatrunku powodowanych, jest więc jedną z najważniejszych części składowych oprawy. Jest to mięciutka materja jedwabna, powleczone po obu stronach cienką warstwą lakieru kopalowego i napendzlowana mieszaniną, je-

dnej części dekstryny z dwiema częściami krochmalu, rozpuszczonych w piętnastu częściach pięcioprocentowej wody karbolowej. Przed położeniem osłonki na ranę trzeba pierwszą starannie obmyć w wodzie karbolowej.

Oslonka ogranicza ropienie i sprzyja doraźnemu gojeniu się rany, chroniąc ją od podrażnienia przez zbyt długo trwające działanie mocnych roztworów karbolu, a oprócz tego stanowi dość czuły odczynnik do wykazania rozpoczynającego się w danej ranie rozkładu ciał organicznych, gdyż zawierając w sobie ślady ołowiu, czernieje od siarki wolnej. Jeżeli na niej dostrzeżemy takie czarne plamy, to musimy zaraz przystąpić do energicznego zdezynfekowania rany, chyba że jesteśmy w stanie dowieść, że siarka, plamiąca w danym przypadku osłonkę, pochodzi z innych źródeł, mianowicie z gumy, z której sączki są zrobione. Wówczas owe sączki zmienić należy na świeże. Oslonka jest dość droga, ale ją można kilka razy użyć, o ile nie straciła swej pięknej barwy, i o ile za każdym razem porządnie zostanie wyprana w zimnej wodzie karbolowej. Zastąpić ją można bibułą gumową lub czemś podobnem, ale żaden z surogatów protektywy dobrocią wyrównać jej nie może.

Mackintosh jest to rodzaj płótna, pokrytego cienką warstwą kauczuku. Ma na celu zatrzymywanie w opatrunku, ulatniającego się zeń fenolu, oraz wydostających się ku powierzchni wydzielin rany, a więc uchronienie tych ostatnich od rozkładu, który je czeka, przy zetknięciu się z powietrzem. Ten materiał można bezpiecznie zastąpić bibułą gumową, lub papierem woskowanym, które znacznie są tańsze od makintoszu. Oslona nieprzemakalna gra ważną rolę w opatrunku *Lister'a*, gdyż stanowi o jego hermetyczności i dlatego uważać należy, żeby materiał, do tej roli użyty, nigdzie nie był przedziurawiony, bo jużby wpuszczał powietrze do wnętrza opatrunku.

Opaski, czyli bandaże, powinny być trojaki. Jedne z musliu karbolowego, drugie z musliu zwyczajnego, sztywnego (organtynowe), które zakłada się zmoczone, a które po wyschnięciu twarzą tworzą skorupę, a trzecie sprężyste, gumowe, albo flanelowe, mające na celu hermetyczne zamknięcie obwodu całego opatrunku, lub odpowiedni ucisk części, które go potrzebują w danym przypadku.

Do uzupełnienia spisu materiałów, któremi walczymy obecnie z ropnicą, posocznicą, zatokami, różą i całym szeregiem podobnie miłych nieprzyjaciółek, dodać muszę parę uwag, dotyczących innych środków opatrunkowych, bez których nieraz nie można się obejść.

Przedewszystkiem więc wspomnę, że najgrubsze działa naszego przeciwnego arsenału reprezentowane są przez skrobaczkę, chlorek cynku i żegadło platynowe, czyli *thermocautere Pacquei* i u'a. O wskazaniach do ich użycia mam zamiar mówić później, tu wspomnę tylko, że to jest broń, do użycia której uciekamy się wówczas, gdy mamy przed sobą już gotowe, kwitnące sprawy zakaźne, jako to: błonicę, grzybowatą lub gruzliczą ziarninę, jad trupi zaszczerpiony, węglik, czarną krostę i t. p., lub gdzie się obawiamy, że opatrunek przeciwny nie będzie w stanie zapobiedz wessaniu niepotrzebnych rzeczy w miejsce, a potwierane w ranie drogi limfatyczne.

Chlorek cynku jest to jeden z najpotężniejszych środków przeciwny i oddawna w chirurgii szerokie znalazł zastosowanie, że wspomnę tylko o płynie przeciwnym *Burnetta*, o cieście żrącym *Canquoin'a*, strzałach *Maisonneuve'a* i t. d. Roztwór chlorku cynku (1 : 8) wprowadzony został w użycie przez *Morgan'a*, w celu oczyszczania rany po wyluszczeniu raka od zarażających ją pierwiastków tego nowotworu.

Działanie jego roztworów polega raz na tem, że takowe ścinają ciała organiczne, leżące na ranie, a powtóre, że samą ranę powlekają niezmiernie cienką warstewką, białą, przezroczystą, znoszącą w zupełności możliwość przenikania do jej wnętrza jakiegokolwiek produktów. Doświadczenia *Maasa*

i H a c k' a przekonały, że nawet warstwa ziarniny nie jest w stanie ochronić ustroju od wysysania produktów z rany. Chlorek cynku więc gra tu rolę pewnego rodzaju tarczy, która przez dwa lub trzy dni jest w stanie obronić ranę od takiego najazdu. W tym celu używamy 8% lub nawet jeszcze silniejszych rozтворów tego środka. Ponieważ często wypada nam wypełnić środkiem przeciwnym jakąś jamę, w której toczyły się już poprzednio sprawy rozkładowe, możemy więc do tego celu przygotować sobie jutę cynkową, pogrążając 100 części takowej w 100 częściach wody, w której rozpuszczono 10 części chlorku cynku, bez dodatku kwasu solnego, gdyż takowy zniszczyłby roślinne włókna juty. Po wysuszeniu możemy jutę cynkową przechowywać bardzo długo, gdyż preparat nie podlega rozkładowi, nie krystalizuje i nie wysypuje się z pakul, tak jak kwas salicyłowy. B a r d e l e b e n gorąco poleca ten materiał opatrunkowy.

Skrobaczka, czyli łyżeczka ostra V o l k m a n n' a, R é c a m i e r' a, lub imma, służy do wyskrobywania osad mikrokokków, gnieźdzących się w ziarninie, wysięlającej dno nieczystej rany, lub wrzodu, grzybowatych granulacyj, gruzelków, zgorzelowych czopów tkanki łącznej przy *phlegmone* i wągliku, błony roprodnej ze starych ropni, przetok i t. d.

Żegadło platynowe (*thermocautere* Pacqueline'a) jest to przyrząd, który w krótkim czasie zyskał sobie jedną z najwięcej błyskawicznych karijer w świecie chirurgicznym, dzięki genialności pomysłu i niezaprzeczonej wartości praktycznej. Opisywać go nie warto, bom przekonany, że każdy z Czytelników, zna ten przyrząd dokładnie. Działa on na tej zasadzie, że platyna rozgrzana do czerwoności, zatrzymuje ten stopień ciepłoty, a nawet rozgrzewa się jeszcze mocniej, skoro wystawioną będzie na działanie ciągle przyływającej mieszaniny powietrza z pewnemi węglowodorami, naprzykład z mieszaniną węglowodorów, ulatniających się z benzyny, gazu oświetlającego i t. d.. Otóż, przy użyciu tego żegadła, pamiętać należy: 1) że kauter rozpalony do czerwoności może tamować krwotoki miąższowe; 2) że rozpalony do białości już takiego działania nie wywiera, ale natomiast silniej wpływa na sprawy rozkładowe, paląc tkanki organiczne; 3) że przy jego użyciu należy zachować pewne ostrożności, ażeby uniknąć nieprzewidzianych powikłań. I tak, rozgrzewając nad lampką platynowy koniec przyrządu, powinniśmy trzymać takowy w zewnętrznej części płomienia i czekać cierpliwie, dopóki się nie zacznie rumienić, wówczas dopiero, ściskając balonik, dopuszczamy doń węglowodory. Zbyt wczesne pompowanie tych ostatnich przeszkadza prędkiemu rozpaleniu się platyny, a więc *festina lente*, bo spiesząc się zbyt, opóźniamy oczekiwany rezultat. Pamiętać należy, żeby w zbiorniku z benzyną nie było więcej płynu tego nad $\frac{1}{3}$ część zawartości zbiornika, w przeciwnym bowiem razie zamiast mieszaniny gazów dostanie się do przyrządu sama benzyna, która albo platynę zagasi, albo sama się od niej zapaliwszy, wybuch spowodować może. Po skończonej operacji należy rozpalić żegadło do białości; raz dlatego, żeby spalić resztki tkanek, które do niego przywarły, powtóre dlatego — żeby, korzystając z tej chwili, zerwać z rękojeści rurkę gumową, łączącą ją ze zbiornikiem. Jeżeli rurki tej nie odwiemy dość wczesnie, to w miarę stygnięcia przyrządu, węgiel, zawarty w mieszaninie gazów, nie spali się, lecz osiadzie w cieniutkiej rurce narzędzia, zatkając ją, a żegadło przestanie działać. Nie należy też zbyt długo platynę rozgrzewać, gdyż takie nadużywanie jej zdolności fizycznych przyprawia ją o charłactwo i niszczy, a nas zmusza do zaopatrzenia przyrządu w nowy kawałek tego zacnego metalu.

L u c a s C h a m p i o n n i è r e. Chirurgie antiséptique.

H u e t e r. Grundriss der Chirurgie.

A l b e r t. Handbuch der Chirurgie.

- Brun s. Fort mit dem Spray. Berl. klin. Wochenschrift. 1880. Nr. 43.
Trendelenburg. Ueber die Bedeutung des Spray für die antiseptische Wundbehandlung. Arch. für klin. Chir. T. XXIV.
Mikulicz. Zur Sprayfrage. Tamże T. XXV. S. 707—751.
Frisch. Ueber Desinfection der Seide... Tamże XXIV.
Volkmann. Ueber die antiseptische Occlusivverband. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 96.
Schultze. Ueber Listers Wundbehandlung. Tamże. Nr. 52.
L. Lesser. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Hüter u. Lücke. 1873. S. 402.
Hegar. Ueber Ovariectomie. Volkmanns Samml. klin. Vorträge. 1877.
Lister. A new operation for fracture of the patella. British, med. Jour. 1877. Vol. II.
Van der Meulen. Treatment of transverse fracture of the patella. The Lancet. 1880. T. I. str 30.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

19. Nothnagel. Pragnienie fizjologiczne i pragnienie chorobliwie podniecone. (*Durst und Polidipsie*).

Fizjologija dzieli rozliczne pobudzenia, które pod wpływem rozlicznych bodźców, wewnętrznych lub zewnętrznych, do świadomości naszej dochodzą, na specyficzne wrażenia zmysłowe i na uczucia ogólne; do pierwszych należą wrażenia wzrokowe, słuchowe, węchowe i smakowe, do drugich uczucie bólu, rozkoszy, niedomagania, głodu, pragnienia i t. d.. Zdaniem Nothnagela należałoby z kategorii uczuć ogólnych wydzielić grupę odrębną uczuć o d Ź y w e z y c h, do której by zaliczyć wypadło uczucie głodu, pragnienia i duszności t. j. uczucie potrzeby pokarmu, napoju i powietrza. Trzy te uczucia mianowicie mają to ze sobą wspólne, że stoją na straży utrzymania się naszego ustroju, że powstają wyłącznie tylko wtedy, kiedy brak ustrojowi naszemu substancyj niez b ę d n i e dlań potrzebnych. Żadne inne uczucie ogólne nie ma takiego fizjologicznego znaczenia. Naturalnie że łaknienie i pragnienie może być zwrócone do szczególnych pokarmów lub napojów, które na razie nie stanowią istotnej potrzeby organizmu, ale to nie będzie łaknienie lub pragnienie fizjologiczne, ale raczej skutek nawyknienia do zbytowego używania pewnych środków drażniących nasze zmysły, sprawiających nam przyjemność.

Uczucie pragnienia powstaje, gdy ustrojowi brakuje wody, czy z powodu niedostatecznego dowozu, czy z powodu zbytowej utraty, bądź w warunkach fizjologicznych (pocenie się), bądź w chorobowych (cholera, cukromocz i t. d.). Brak wody w tkankach jest najbliższym warunkiem uczucia pragnienia. Najczęściej umiejscawia się to uczucie w początkach przewodu pokarmowego, mianowicie w jamie ustnej, podniebieniu i gardzieli, tak jak znowu uczucie głodu umiejscawia się w okolicy żołądka, uczucie duszności w klatce piersiowej. Zależy tedy pytanie, czy uczucie pragnienia powstaje ztąd, że brak wody drażni zakończenia nerwowe w błonie śluzowej jamy ustnej, podniebienia i gardzieli, czy też uczucie to może powstawać przez bezpośrednie pobudzenie ośrodków?

Badania doświadczalne tej kwestyi są dotąd nader skąpe. Przekonano się wprawdzie, że u psów, po przecięciu nerwów językogardzielowych i językowych oraz błędnych, uczucie pragnienia pozostawało. Ale doświadczenia te były nieściśle, nie przecięto np. gałązek podniebiennych nerwu trójdzielnego; nie ma też pewności, że przecięte zostały gałązki gardzielowe nerwu błędnego, tak że

wnosić z nich nie można, iż punktem wyjścia poczucia pragnienia nie jest istotnie gardziel i podniebienie, że zatem w tym razie pobudzenie pragnienia nie było obwodowe. Wogóle współczesne przecięcie wszystkich nerwów czuciowych, idących od części w mowie będących, i utrzymanie zwierzęcia przy życiu przez czas potrzebny do obserwacji jest prawie niemożliwym, tem cenniejszemi byłyby przypadki kliniczne, któreby światło na pytanie to rzucić mogły. Przypadek taki udało się spostrzegać *Nothnagel*owi; 35-letni mężczyzna uderzony został kopytem przez konia w lewą część brzucha, skutkiem czego upadł w tył silnie, przyczem uderzył się w prawe ucho o kawał drzewa, a tyłogłowiem uderzył o twardą zbitą ziemię. Nie stracił przytem przytomności, nie dostał wymiotów, ale uczył, że głowa jest zajęta, doznawał w niej jakiegoś tępego bólu, powstać wszakże nie mógł z powodu silnego bólu brzucha, karku i tyłu głowy. W pół godziny po tym wypadku uczył chory silne pragnienie, tak, że w ciągu trzech godzin wypił trzy litry naprzemian to wody to piwa, dopiero w końcu trzeciej godziny pierwszy raz poczul potrzebę oddania moczu. Przy klinicznym badaniu po czterech godzinach w wypadku znaleziono stan bezgorączkowy, źrenice bardzo zwięzione, ale oddziaływające na światło, zresztą nic nienormalnego. Chory głównie się skarży na ból w potylicy, przy naciskaniu od guza potylicowego aż do trzeciego kręgu szyjowego ból bardzo silny. Chory skarży się wciąż na bardzo silne pragnienie. Brzuch z lewej strony bolesny nie zdradza wysięku w jamie otrzewnej. Mocz jasno bladej. C. w. 1,002; ilość w ciągu ostatnich 12godzin=4000 ctm. sześć; białka i cukru nie zawiera. Dalszy ciąg przebiegu był następujący:

Bolesność brzucha i karku szybko ustąpiła, tak, że po paru dniach chory z łóżka się podniósł. Chory pozostawał pod obserwacją przez dni 18. Przez cały ten czas ciepota ciała nie przewyższała 37,6° C.; w ciągu całego tego czasu skóra była zawsze wilgotna, najczęściej bardzo obfitym potem pokryta; różnice w ilości przyjmowanej wody były w stosunku prostym do ilości oddawanego moczu i natężenia potów. Bezustannie uskarżał się przez ten cały czas na silne pragnienie; uczucie to bywało zwłaszcza silniejsze w godzinach popołudniowych. Usta i gardziel były przytem zawsze wilgotne. Tylko woda była w stanie gasić pragnienie; kawałki lodu a tembardziej jeszcze napoje ciepłe nie były w stanie tego uczynić. Chory zupełnie czuł się w ostatnich dniach silnym i tylko mu to pragnienie niezwykle dolegało; na własne żądanie został z kliniki wypisany.

Na przypadek powyższy kładzie *Nothnagel* nacisk jako na bardzo ważny, tak ze względu fizjologicznego jak i patologicznego. Najprzód uważa go *Nothnagel* za niewątpliwy przypadek pierwotnej, prawdziwej polidypsji, której następstwem dopiero była polyuria. Tego zaś chorobowo podnieconego pragnienia nie można w tym przypadku objaśnić przez zmiany chorobowe zakończeń nerwów obwodowych w ustach, podniebieniu, gardzieli, gdyż żadnego dla takiego przypuszczenia, nie ma w powyższym przypadku racji. Ze szczegółowego rozbiornu objawów, wyprowadza *Nothnagel* wniosek, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z bezpośrednim ośrodkowym pobudzeniem pragnienia i to pobudzeniem niepoprzedzonym nawet szczególną utratą wody przez ustrój. Chory silnie upadł na tyłogłowie i bezpośrednio potem wystąpiło gwałtowne to pragnienie.

Gdzieżby można z prawdopodobieństwem pomieścić ośrodek pragnienia?

W powyższym przypadku tylko dwie okoliczności rzucają pewne słabe światło na to pytanie, a mianowicie początkowe zwiężenie źrenic i silny ból w tyle głowy i karku. Jakkolwiek zwiężenie źrenic nie jest objawem patognomicznym dla pewnego umiejscowienia w mózgu, to jednakże stosunkowo często towarzyszyć ono zwykło cierpieniom mostu *Varola* i rdzenia przedłużo-

nego. Na też okolicę mózgowia ukazuje ból silny, zwłaszcza przy nacisku tuż pod tylogłowiem.

Słowem, z wszelką ostrożnością możnaby przypaścić, że w mowie będące miejsce położone jest w rdzeniu przedłużonym (lub w moście V a r o l'a). Stanowiloby to zresztą analogiję ze sprawą duszności czyli pragnienia powietrza, które również być może pobudzonem pierwotnie przez bezpośrednie pobudzenie rdzenia przedłużonego, bez koniecznego warunku utrudnienia dowozu powietrza do krwi przez płuca.

Tyle co do fizyologicznego znaczenia tego klinicznego przypadku; co do znaczenia jego patologicznego, N o t h n a g e l uważa go za jeden z dowodów stanowczych ze *diabetes insipidus*, cierpienie, które przeważnie teraz bywa uważane za będące w przyczynowym związku z cierpieniami systemu nerwowego, polega czasem stanowczo nie na pierwotnej poliuryi, ale że pierwszym tu momentem być może polidypsia, a zwiększona działalność nerek jest tylko następstwem zwiększonego dowozu płynów do ustroju

Dr. H. Nussbaum,

(*Virchow's Archiv. Tom 86 zeszyt 4.*)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W ubiegłą Niedzielę, d. 12 b. m. koł. Albert R o s e n t h a l, stypendysta tutejszego uniwersytetu i lekarz miejscowy szpitala Ś-go Jana Bożego, bronił na stopień doktora medycyny rozprawy „O zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych”. Dotychczas istotą doktoryzacyi było powtórzenie egzaminu złożonego już raz na stopień lekarza i napisanie rozprawy naukowej, któraby nie razila błędami naukowymi obroną publiczną rozprawy uważano za czystą formalność, z bardzo słusznego powodu, iż jakkolwiek jest ona w pewnym związku ze stroną umysłową doktora, to jednak przeważnie zależy od łatwości wystawiania się, od pewnego stopnia odwagi przemawiania *ex cathedra* w licznem zebraniu i t. d. Tym razem stał się fakt dotychczas niebywały i trudny do pojęcia, iż wydział lekarski tutejszego uniwersytetu, jakkolwiek uznał rozprawę doktora za dostateczną do pozyskania stopnia doktora medycyny, jednak mu z powodu niedostateczności obrony nie przyznał.

— Zmarł na Podolu w powiecie Braclawskim D-r Wojciech L e w a n d o w s k i, wychowaniec b. Szkoły Głównej i Uniwersytetu tutejszego.

Wroclaw. Zmarł tu 2 Marca r. b. w 33 r. życia D-r O s k a r S i m o n, profesor kliniki dermatologicznej.

Darmstadt. Przy uchwalaniu budżetu dla tutejszego Instytutu szczepienia ospy, zatwierdzono sumę 20600 marek na wprowadzenie szczepienia limfą zdjętą z cieląt.

New-York. Ciekawe są sumy, jakie zatwierdził kongres dla lekarzy i obsługi zmarłego prezydenta G a r f i e l d'a. I tak przyznano: D-rowsi B l i s s sumę 25,000 dolarów, D-rowsi A g n e w 15,000 dol., D-rowsi H a m i l t o n tyleż, D-rowsi R e y b u r n i B a i n t o n po 10,000 dolarów, pani E d s o n 5,000 dolarów i t. d.

NEKROLOGIJA.

† W dniu 18 Listopada r. z. zmarł we wsi Żykowie gub. Mińskiej D-r Michał Żabeżyński. Zmarły, b. wychowaniec Wszechnicy Wileńskiej całe swe życie spędził na wsi, oddany mozolnej praktyce wiejskiej i pracom naukowym. W ostatnich latach życia z powodu podeszłego wieku i nadwątlonego zdrowia, zrzucił był zupełnie praktykę, oddając się wyłącznie badaniu postępow ukochanej przez siebie nauki. Oprócz rozprawy doktoryzacyjnej. *De aquis mineralibus laucasi in Magna labardia. Vilnae. 1841.* zmarły nie nie drakował, ale pozostawił wiele prac w rękopiśmie. Dzielny praktyk, pełen poświęceń dla ogółu pozostawił po sobie szczerzy żal w okolicy, którą zamieszkiwał. Cześć Jego pamięci.

K. B.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.