

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

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

**Treść:** I. A. PUŁAWSKI. Niedokształcenie kilku żeber, jako przyczyna rzadkiej nieprawidłowości w budowie klatki piersiowej. (*Fissura thoracis lateralis*). — II. K. ZAWISZA. Kilka uwag o lezeniu dusznicy oskrzelowej samoistnej. — III. K. CHEŁCHOWSKI. W sprawie osłuchiwania szeptu. — Literatura. — *Notatki lekarskie*. 5. W. SĘKOWSKI. *Hydrastis canadensis* przeciw krwotokom macicznym. — *Dział sprawozdawczy*. 12. WAGNER. „Tak zwana pierwotna essencyjalna pueblina“. — 13. HOURGMANN i V. NOORDEN. O zawartości kwasu solnego w żołądkach dotkniętych rakiem. — *Wiadomości terapeutyczne*. — Nadesłano do Redakcyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znacznie większych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi woda tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką racyję bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitcie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.



# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47-7

# „VICTORIA”

Naturalna  
Woda  
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—Wodę gorzką Victoria spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambi.—Prospekta wysłał gratis Dyrekcya. Wien, Stefansplatz.— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

10-2

## Niemoc płciowa (Impotentia) i jej leczenie,

przez

### D-ra S. Perkowskiego

Skład główny w księgarni Wende i spółki.

0-3

## SZKICE SANITARNE Z PERSYI

skreślił

**Dr. W. Jabłonowski.**

(Odbitka z Przeglądu Lekarskiego z r. 1886 i 1887).

**Cena 1 złr. = 80 kop.**

Dochód przeznaczony na rzecz Biblioteki Uczniów Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Do nabycia w Administracji Przeglądu Lek. oraz w księgarni S. Krzyżanowskiego w Krakowie, a Gebethnera i Wolfa w Warszawie.

0-3



# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

## I. NIEDOKSZTAŁCENIE KILKU ŻEBER

JAKO PRZYCZYNA RZADKIEJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI  
W BUDOWIE KLATKI PIERSIOWEJ.

(*Fissura thoracis lateralis*)

Podał

**A. Puławski.**

asystent oddziału.

W miesiącu Listopadzie r. z. przybył do oddziału chory Brzozowski Karol, wyrobnik, lat 36, z objawami zapalenia płuc włóknikowego, w lewym górnym płacie. Zapalenie płuc miało przebieg prawidłowy i zakończyło się wyzdrowieniem. Chory ten interesował nas pod innym względem. Mianowicie, przedstawiał on wrodzoną nieprawidłowość w budowie klatki piersiowej <sup>1)</sup>.

Anamneza tego chorego nie przedstawia nic interesującego: pochodzi z rodziny zdrowej i sam był zdrow aż do obecnego czasu. Nieprawidłowość w budowie klatki piersiowej, o której powiemy niżej, posiada od dzieciństwa, nie zwracał jednak na nią nigdy uwagi, ponieważ w niczem mu nie przeszkadzała.

Chory jest wzrostu miernego, dobrze odżywiany, mięśnie silnie rozwinięte. Lewa połowa klatki piersiowej zbudowaną jest prawidłowo. Prawa, wypukłona ku tyłowi więcej niż lewa, z przodu, począwszy od obojczyka, aż do 6-go żebra, przedstawia znaczne zapadnięcie, które na pierwszy rzut oka robi wrażenie tak zwanego *rétrécissement thoracique*. Obojczyk zgrubiały, mocno wystający ku przodowi, ogranicza jamę nadobojczykową, głębszą niż po stronie prawidłowej. Mostek, znacznie krótszy, niż to bywa prawidłowo [długość = 12 ctm., kiedy u prawidłowego człowieka, tegoż samego wzrostu = 24 ctm.], w górnej swej części, odpowiadającej mniej więcej rękojeści, jest spłaszczony, a ze strony prawej wgięty ku tyłowi [ku wewnątrz]. Prawy łuk żebrowy mocno wystaje i znacznie jest zgrubiały. Brodawka sutkowa stoi o 2 ctm. wyżej niż po stronie lewej [patrz rysunek].

<sup>1)</sup> Chorego tego demonstrowałem na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 15. XII. 1887 r.



Przy badaniu żeber z dołu ku górze okazuje się, że część wstępująca VI-go żebra udaje się ku mostkowi pod kątem ostrym. V-te żebro nie posiada własnej chrząstki i przyczepia się do części wstępującej żebra VI-go. IV-e żebro, równoległe do V-go kończy się ślepo w postaci guziczkowatego zgrubienia, nie dochodząc na  $4\frac{1}{2}$  ctm. do mostka, III-ie i II-ie żebro, bardzo cienkie i wąskie, leżą blisko siebie równoległe i również się kończą ślepo na podobieństwo żeber fałszywych. I-e żebro zdaje się przyczepiać prawidłowo. Przestrzenie międzyżebrowe znacznie są szersze po stronie prawej.

Na miejscu zapadnięcia klatki piersiowej skóra jest gładką, suchą, bez śladu brodawkowatości i pozbawioną włosów. Pod skórą nie wyczuwamy zupełnie podskórnej tkanki tłuszczowej, ani też odpowiednich mięśni, t. j. piersiowego małego i wielkiego. Rozwiniętą jest tylko część obojczykowa tego ostatniego; część mostkowa tegoż zastąpiona jest włóknistą taśmą szeroką na 2 ctm..

Przy głębokim wydechaniu, a głównie przy kaszlu, skóra na zapadniętym miejscu klatki piersiowej wypukła się w kształcie trójkąta sferycznego.



Fig. 1.

Patrząc na chorego z tyłu, widzimy: podniesienie prawego ramienia ku górze i lekkie skrzywienie kręgosłupa; prawa łopatka odstaje od klatki piersiowej (*scapula alata*), grzebień nieco podniesiony, brzeg wewnętrzny o 4 ctm., leży bliżej kręgosłupa, a kąt dolny o 2 ctm. stoi wyżej niż po stronie przeciwnej. Przy podnoszeniu ramienia ku linii pionowej, łopatka nie wykonywa zwykłego ruchu ku przodowi i ramię nie może być dokładnie do linii pionowej podniesione.

Na odpowiednich miejscach klatki piersiowej nie wyczuwamy brzuśców mięśnia zębatego wielkiego. Wszystko to przemawia za jego brakiem.

Z wyjątkiem niemożności podniesienia ramienia do linii pionowej, chory może wykonywać wszystkie ruchy barku i ramienia dokładnie i z należytą siłą. Przy chodzeniu można zauważyć lekkie pochylenie głowy i tułowia ku stronie zdrowej.

Przypadek powyżej opisany należy do potworności, znanych w teratologii pod nazwą *monstra per defectum* [FOERSTER]. Chory nasz wskutek niedorozwoju II, III, IV i V żebra miał boczną szczelinę klatki piersiowej (*fissura thoracis lateralis, seitliche Thoraxspalte*—AHLFELD). Powstawanie podo-



bnych szczelin AHLFELD <sup>1)</sup> tłómaczy w ten sposób, że na miejscu późniejszej szczeliny miało miejsce zarosnięcie owodnej i idący za tem niedorozwój żeber. Zwykle w tem miejscu następuje wypuklenie listka opłucnej i tworzy się t. z. przepuklina płucna (*hernia pulmonalis*). Z czasem płuco zostaje pociągniętem ku tyłowi i otwór w klatce piersiowej ulega zmniejszeniu [AHLFELD].



Fig. 2.

Wrodzony brak żeber, *resp.* boczna szczelina klatki piersiowej, należy do wielkich rzadkości. W literaturze teratologicznej znanym jest tylko jeden przypadek, zupełnie analogiczny z naszym, a mający nad nim tę wyższość, że został stwierdzonym przez badanie pośmiertne, prócz tego w tym przypadku był zupełny brak brodawki sutkowej. Ze względu na rzadkość tego przypadku, pozwalam sobie przytoczyć krótki jego opis, wraz z rysunkiem podług FOERSTER'a <sup>2)</sup>. [Przypadek sam był spostrzegany przez FRORIER'a w 1839 r. (Fig 2)].

30-letnia kobieta zmarła na gorączkę połogową. Lewa sutka pełna, dobrze rozwinięta. Po prawej stronie nie było ani śladu sutki, ani brodawki sutkowej. Na klatce piersiowej przy badaniu pośmiertnem znaleziono inne jeszcze braki. Brakowało przedniej części III i IV żebra, które kończyły się w bliskości zewnętrznego brzegu łopatki. Przestrzeń między II i V żebrzem, aż do mostka, była zamkniętą przez włóknistą zbitą tkankę. Na miejscu chrząstek żebrzych III i IV żebra na odpowiedniej wysokości na prawym brzegu mostka znajdowały się masy chrzęstne, które łączyły się u dołu z chrząstką V-go żebra i razem z nią i chrząstką żeber strony przeciwległej tworzyły jedną masę chrzęstną (*Knorpelplatte*). [I w naszym przypadku najprawdopodobniej w ten sam sposób trzeba sobie tłómaczyć owo zgrubienie i wystawanie ku przodowi łuku żebrzego prawego].

Mięśni międzyżebrowych nie było tam, gdzie brakowało samych żeber; ich miejsce zastępowała włóknista tkanka. Z mięśnia piersiowego wielkiego istniały tylko te części, które się przyczepiają do obojczyka i do rękojści mostka. Mięśnia piersiowego małego nie było wcale. Z mięśnia zębatego wielkiego brakowało 2 brzuśców [zębów], które się przyczepiają do III i IV żebra.

Wypuklenia opłucnej, jak przy *hernia pulmonalis*, nie było.

Żadnych zmian nie znaleziono w płucach, opłucnej, kolumnie kręgosłupowej i prawej kończynie górnej.

Z innych autorów HENLE <sup>3)</sup> wspomina o 2 przypadkach [obserwowanych przez STRUTHERS'a i SRB'a], w których pierwsze żebro nie było rozwinięte.

<sup>1)</sup> Die Missbildungen des Menschen. Leipzig. 1882. II. Absch. Spaltbildung. str. 182.

„Vermuthungsweise lässt sich annehmen dass an der offenen Stelle einst eine Verwachsung des Amnion stattgehabt und durch Hervorzernern der entsprechenden Theile die Bildung der Rippen verhindert habe“.

<sup>2)</sup> Die Missbildungen des Menschen. Jena. 1865. Atlas. Tafel. XII. fig. 26 i 27 [objaśnienie i rysunek].

<sup>3)</sup> Handbuch der Anatomie. 1871. str. 73.



CRUVEILLHER <sup>1)</sup> zaznacza jedynie rzadkość tego zjawiska, nie przytaczając poszczególnych przypadków.

AHLFELD (*l. c.*) cytuje STORCH'a z 1750 r., bez opisu przypadku, dalej SCHLOEZER'a [1842]: 5-letnia dziewczynka. Brak prawego IV-go żebra. *Hernia pulmonalis* wielkości orzecha; następnie przypadek własny: u dziecka 20 tygodniowego *hernia pulmonalis* w okolicy pachowej wielkości małego jabłka, wreszcie podaje opisany przez nas przypadek FRORIER'a.

Opisany przez nas przypadek, jakkolwiek rzadki i ciekawy pod względem teratologicznym, nie przedstawiał żadnego klinicznego interesu. Chory nie doznawał żadnych nieprawidłowych uczuć i zaledwie że o swoim kalectwie wiedział.

Osluchiwanie płuc w tem miejscu nie różniło się niczem od innych miejsc klatki piersiowej, przy opukiwaniu jedynie otrzymywano odgłos zbliżony do tympanicznego.

---

## II. KILKA UWAG

### O LECZENIU DUSZNICY OSKRZELOWEJ SAMOISTNEJ.

Podał

**K. Zawisza.**

---

Przypadki dusznicy oskrzelowej samoistnej, które poniżej w krótkości przytaczam, stanowią niewątpliwie materyjał bardzo skąpy pod względem ilościowym. Ta jednak okoliczność, iż pozostawały one przez czas bardzo długi w mojej obserwacji, wskutek czego miałem sposobność wypróbować niektóre środki lekarskie, skłoniła mnie do skreślenia tych kilku uwag o leczeniu dusznicy.

#### **Przypadek I** spostrzegalem lat 13.

G. K., obywatel wiejski lat 54, budowy dosyć wątłej, układ kostny prawidłowy z wyjątkiem klatki piersiowej, która przedstawia zmiany charakterystyczne dla rozedmy płuc. Mięśnie słabo rozwinięte, tkanki tłuszczowej mało. Pochodzi z rodziny słabowitej, ojciec syfilityk, matka całe dziesiątki lat chorowała na nieżyt kiszek. W rodzinie istnieje dziedziczne usposobienie do chorób przewodu pokarmowego. W dzieciństwie chorował na żołądki, później nie przechodził żadnych ciężkich chorób.

Na dusznicę cierpi od 19-go roku życia. Napady bardzo silne przychodziły kilkanaście razy do roku, albo wskutek nieżytu nosa, albo niestrawności.

Przy badaniu przedmiotowem wykryć można było dosyć znaczną rozedmę płuc i nieżyt oskrzeli przewlekły. Że zaś objawy tych chorób wystąpiły dopiero po kilkunastu latach trwania dusznicy, uważać je więc należy, jako następstwo tej ostatniej.

---

<sup>1)</sup> Traité de l'anatomie descriptive. Paris. 1871. T. I. str. 163.



W ostatnich czasach chory uskarżał się na objawy przewlekłej niestrawności, połączonej z zaparciem stolca, które niewątpliwie były wynikiem silnie rozwiniętej rozedmy płuc.

**Przypadek II** obserwowałem lat 8.

J. O., była obywatelka ziemska, lat 48, budowy bardzo dobrej, układ kostny prawidłowy, mięśnie średnio rozwinięte, tkanki tłuszczowej dosyć dużo. Rodzice bardzo zdrowi, w rodzinie nie było żadnych chorób dziedzicznych.

Miesiączka pojawiła się w 14 roku i od tej pory przychodziła regularnie co 4 tygodnie. Chora odbyła szczęśliwie dwa porody, karmiła sama.

Chorób nie przechodziła żadnych oprócz krótkotrwałej blednicy.

W 19-tym roku dostała napadu duszniczy, która od tej pory towarzyszyła stale każdej miesiączce. Oprócz tego dusznica zjawiała się przy każdym silniejszym pobudzeniu duchowym, jak: strach, radość i t. p..

Nieżyt nosa i oskrzeli należał do najrzadszych przyczyn wywołujących napady.

Badanie przedmiotowe, oprócz niewielkiego powiększenia wątroby i zwiócenia kiszek (*coprostasis*), nie wykryło zmian żadnych.

**Przypadek III**, obserwowałem lat 8.

H. D., adwokat przysięgły, lat 35, budowy silnej, układ kostny prawidłowy, mięśnie dobrze rozwinięte, tkanki tłuszczowej ilość umiarkowana.

Rodzice zdrowi, w rodzinie nie było żadnych chorób dziedzicznych. W dzieciństwie chorował na odrę i ospicę, później przebył tyfus i ostry gościec stawowy, bez żadnych następstw; sześć lat temu zjawily się u niego objawy niestrawności przewlekłej, charakteryzujące się zmniejszeniem się chęci do jedła, zgagą, czasami wymiotami po jedzeniu i zaparciem stolca.

Na dusznicę cierpi od lat 17. Początkowo napady przychodziły około 6-u razy do roku, później zjawiały się kilka razy na miesiąc. Co się tyczy przyczyn, które najczęściej wywoływały duszność, to przepełnienie żołądka można było postawić na równi z nieżytem nosa i oskrzeli. Często po umiarkowanym nawet jedzeniu, skoro tylko chory wypił szklanekę piwa, lub też przespał się, dostawał zawsze napadu duszniczy, którą czasami poprzedzały wymioty.

Charakterystyczną w tym przypadku była ta okoliczność, iż czasami duszność ustępowała wskutek duchowego pobudzenia. Nieraz, gdy chory podczas słabszego napadu, przy którym tylko z trudnością mógł mówić, był zmuszonym stanąć przed kratkami sądowymi, w miarę jak zapalał się, broniąc sprawy, duszność ustępowała zupełnie.

Badanie przedmiotowe, oprócz zwiócenia kiszek, nie wykryło zmian żadnych.

**Przypadek IV** obserwowałem lat 7.

D. Ł., obywatelka wiejska, lat 38, budowy dobrej, układ kostny prawidłowy, mięśnie dobrze rozwinięte, tkanki tłuszczowej ilość umiarkowana.

Pochodzi z rodziny zdrowej, w której nie ma chorób dziedzicznych. W dzieciństwie cierpiała na żolzy, później na dość uporczywą blednicę. Miesiączkowała bardzo regularnie od 15 roku życia. Odbyła szczęśliwie 3 porody, nie karmi-



ła sama. Na dusznicę cierpi od lat 12. Napady duszności przychodzą jednocześnie z miesiączką, lub też o wiele rzadziej, od niej niezależnie, z przyczyny nieżyty nosa, lub wzruszeń moralnych. Podczas ostatniej ciąży nie było wcale napadów duszniczy, ale zato już w trzecim miesiącu zjawił się suchy i upoczywy kaszel, który trwał prawie do końca ciąży, a częstością i gwałtownością napadów wywoływał bóle w brzuchu i obawę poronienia. Badanie fizykalne nie wskazywało zmian żadnych w płucach, środki odurzające pozostawały bez wpływu na kaszel. Był więc to objaw nerwowy, odruchowy, który się zjawił w miejscu duszniczy.

Badanie podmiotowe nie wykrywało żadnych zmian, prócz niewielkiego zaparcia stolca. Tak w powyższym przypadku, jak i w trzech poprzedzających, napady duszności, oprócz już wymienionych przyczyn, występowały w pewnych dla każdego chorego właściwych mu miejscowościach, bez żadnego widocznego powodu.

Wszystkie cztery przypadki, jak z poprzedzającego sądzić możemy, należały do tak zwanej duszniczy oskrzelowej samoistnej. W żadnym z nich nie można było wykryć w rozmaitych narządach, nie wyłączając nosa, zmian takich, któreby tłumaczyć nam mogły powstawanie napadów duszności. W chwilach wolnych od tych ostatnich choroby czuli się zupełnie dobrze, z wyjątkiem Nr. 1, który cierpiał na rozedmę i nieżyt przewlekły oskrzeli, wywołany już dusznicą.

Pojedyncze napady występowały bardzo charakterystycznie. Podczas duszności przedewszystkiem czynność wydechania była bardzo utrudnioną, a czas jego trwania przewyższała znacznie czynność wdechania.

Wydechaniu towarzyszyły zawsze rozlane rżenia świszczące, o wiele mniej wyraźnie przy wdechaniu. Chorzy podczas napadu nie kaszlali wcale i nie wydzielali żadnej plwociny. Kaszel i plucie zjawiały się dopiero przy zmniejszeniu się duszności. Badanie fizykalne wykazywało zawsze obniżenie się granic płuc, na ruchomość których oddechanie nie wywierało żadnego wpływu.

Chcąc leczyć dusznicę oskrzelową musimy sobie postawić pewne wskazania, którym zadość uczynić powinniśmy. Wynalezienie wskazań staje się wtedy możliwem, jeśli poznamy mniej lub więcej dokładnie samą istotę choroby. Otóż od czasu, kiedy astma przestała być tylko zbiorem objawów zależnych nieraz od rozmaitych cierpień, i stała się chorobą samoistną, odnośnie do jej istoty postawiono wiele hipotez, które jednak nie rozstrzygały kwestyi. Toż samo musimy powiedzieć i o doświadczeniach fizjologicznych, przedsiębranych w celu wyjaśnienia istoty duszniczy.

Najwięcej mające za sobą prawdopodobieństwa zdanie WEBER'a, iż dusznica powstaje skutkiem przekrwienia błony śluzowej oskrzeli, wywołanego drogą odruchową, samo przez się nie wystarcza do wytłumaczenia tak gwałtownych napadów duszności, jakie obserwujemy w duszniczy. Dla ich więc wyjaśnienia przyjąć musimy moment skurczowy albo w mięśniach oskrzeli albo w przeponie.

W takim stanie wiadomości naszych o istocie duszniczy, ta ostatnia przedstawia się nam jako nerwica, zależna od zwiększonej pobudliwości nerwów mię-



śni oskrzelowych, jak również nerwów naczynio-ruchowych, rozszerzających tętniczki błony śluzowej oskrzeli. Jest więc ona, jeśli się tak wyrazić można, częściową histeryją.

O leczeniu zapobiegawczem duszniczy, o jakim wspomina LAZARUS <sup>1)</sup>, a zasadzającem się na leczeniu w dzieciństwie zółz, wycinaniu powiększonych migdałów i t. p., nie może być mowy. Wystąpienie bowiem astmy rzadko przewidzieć się daje, a kwestyja jej dziedziczności, w znacznej większości przypadków, jest więcej niż wątpliwą.

W leczeniu nerwic nie swoistego pochodzenia i nie zależnych od zmian takich w ustroju, które na drodze operacyjnej usuwałyby się dały, uwagę naszą skierować musimy na grunt, na którym nerwica wyrosła i na zmodyfikowanie tych czynności rozmaitych narządów, które ją wywołują, o ile, rozumie się, nie możemy działać bezpośrednio na samą nerwicę. Leczenie duszniczy bez ścisłego wyróżniania przypadków, a zasadzające się na stosowaniu tych środków, które uchodzą za skuteczne, najczęściej nie prowadzi do celu.

Jako środek, cieszący się wielką sławą w leczeniu wielu nerwic, a więc i duszniczy, zalecano oddawna arsenik. Używali go też wszyscy moi chorzy całemi miesiącami, podnosząc stopniowo dawkę. Ani na częstość napadów, ani na ich natężenie nie wywierał on żadnego wpływu. Z takim samym ujemnym wynikiem stosowałem leczenie jodkiem potasu, nalewką stroiczki (*T-ra Lobeliae inflatae*), ścieśnionem powietrzem, tak w odpowiednich gabinetach, jak również przyrządem WALDENBURG'a. Przy stosowaniu tego ostatniego otrzymałem zawsze jeden pewny skutek, t. j., zmęczenie chorych.

Leczenie klimatyczne działało o tyle na chorych, iż podczas ich pobytu w górach na większych wyniosłościach, np. w St. Moritz, czuli się oni zupełnie dobrze i napady nie zjawiały się wcale. W czasie jednak powrotu, lub też po przybyciu do kraju, duszność zjawiała się z taką samą siłą i przychodziła również często, jak przed wyjazdem.

Oslawiona skutecznością swoją w duszniczy miejscowość Mont-Dore w Owernii chorym moim nie przyniosła żadnego pożytku. Daleko lepsze wyniki otrzymaliśmy, skoro nie mając żadnych wskazań ze strony ogólnego odżywiania naszych chorych, leczenie skierowaliśmy ku uregulowaniu tych czynności ich ustroju, które, czy to pośrednio, czy też bezpośrednio, wpływały na powstawanie napadów duszności.

W przypadku Nr. II. przy każdej miesiączce zjawiał się napad. Miesiączkowanie odbywało się zupełnie prawidłowo, a badanie nie wykryło żadnych zmian w częściach płciowych. Istniało tylko powiększenie wątroby i zaparcie stolca. Po zastosowaniu wody Maryjenbadzkiej, przez 14 miesięcy nie mieliśmy wcale napadów. Te zaś, które przychodziły później, już nie przy każdej miesiączce, ustępowały w całości po trzech dawkach jodku potasu 8 granowych, wtedy kiedy przedtem dla ich usunięcia używać musieliśmy dużych dawek morfiny.

W tym razie miesiączkowanie, które odbywało się w nie prawidłowych warunkach krążenia krwi brzuszego, wywołanych powiększeniem wątroby i za-

---

<sup>1)</sup> Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 7. 1887. Zur Asthmaterapie — von D-r LAZARUS.  
GAZ. LEK. NR. 12.



stojami kału w kiszkiach, było przyczyną pośrednią wywołującą dusznicę. Toż samo istniało i w przypadku Nr. IV. Napady, występujące najczęściej podczas miesiączki, stały się o wiele rzadszemi, skoro przed każdym peryjodem na dni kilka, zaczęliśmy podawać chorej środek łagodnie czyszczący (*Pulvis liquiritiae compositus*).

U chorego Nr. III, u którego napady duszności występowały dość często wskutek niestrawności, po użyciu wody Karlsbadzkiej przez cały rok nie było ani jednego napadu, chociaż chory pił piwo i sypiał po obiedzie. Bardzo rzadko później występujące napady duszności usuwałem, albo paleniem proszku *Stramonii*, albo 16 granowemi dawkami jodku potasu. Poprzednio skutecznie działała tylko morfina, lub w słabszych napadach chlorał.

Jakkolwiek udało się nam na czas pewien uwolnić chorych od przykrych przypadłości duszności, to jednak wyleczyć ich zupełnie nie mogliśmy. W leczeniu dusznicy, jako nerwicy, jesteśmy dotychczas bezsilnymi. Ogłaszane w ostatnich czasach świetne wyniki zupełnego wyleczenia dusznicy oskrzelowej po wyjęciu polipów, lub też zniszczeniu żegadłem obrzęków muszli nosowych, musimy przyjmować z pewnemi zastrzeżeniami. Fakt bowiem, iż po zastowaniu miejscowego leczenia jam nosowych, ustępowała duszność na czas jakiś, dowodzi tylko, iż usunięta została jedna z wielu przyczyn ją wywołujących. Jedynie statystyka odpowiednich przypadków, rozciągnięta na lat dziesiątki, mogłaby stanowić dowód zupełnej wyleczalności dusznicy. Tymczasem już dzisiaj wyłączna zależność dusznicy u pewnych osobników od zmian w jamie nosowej jest więcej niż wątpliwą. Przypadki, w których po zupełnem zniszczeniu żegadłem obrzęków muszli nosowych, lub wyjęciu polipów, obwinianych jako przyczyny napadów dusznicy, dusznica, ustąpiwszy na czas jakiś, znowu powracała, chociaż polipy nie odrastały, nie należą do rzadkości. Znaleźć je można nawet w pracy WILHELM'a HACK'a <sup>1)</sup>, najzapaleńszego w swoim czasie popularyzatora spostrzeżonej przez VOLTOLINI'ego zależności dusznicy od zmian w jamie nosowej. Zdaje mi się, iż wobec tego tak rozpowszechniona dziś metoda leczenia miejscowego jam nosowych u wszystkich astmatyków, powinna ograniczyć się do tych tylko przypadków, w których, oprócz innych przyczyn, istnieją i w nosie pewne zmiany, niewątpliwie przyczyniające się do wywoływania napadów duszności.

W leczeniu duszności niepoślednią rolę łagodzenie lub przerywanie pojedynczych napadów. Przecinając je bowiem wcześniej, nietylko że chronimy chorych od przykrych przypadłości, lecz zabezpieczamy ich do pewnego stopnia od rozwinięcia się warunków usposabiających ich do powrotu napadów.

Ze środków używanych w leczeniu napadów dusznicy u moich chorych stosowałem następujące: morfina, chlorał, *Kalium jodatum*, *Amylnitrit*, nitrogliceryna, aspido-permina, pirydyna, paraldehyd, *Kalium bromatum*. Morfinę wstrzykiwałem po większej części pod skórę [około 1/5 grana] i otrzymywałem zawsze skutek wyborny. Już w 10 minut, po zastosowaniu środka, duszność znacznie się

---

<sup>1)</sup> Erfahrungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten von D-r WILHELM HACK. Wiesbaden. 1884. str. 12.



zmniejszała, chorzy najczęściej zasypiali, rzeżenia świszczące powoli ustępowały. Środek ten nie zawiódł mnie nigdy, jeśli tylko podanym był w dawce należycie wielkiej i we wczesnym okresie napadu. Mniejszymi dawkami [ $\frac{1}{12}$  grana] nie udawało mi się przeciąć napadu, chociaż ulga występowała stale. To samo powiedzieć musimy o użyciu dawek większych, jeśli zastosowanie ich nastąpiło już w późnym okresie napadu. Wtedy, pomimo poprawy, napad nie ustawał, lecz przechodził najczęściej w kilka dni trwający niezbyt oskrzeli, z mniej lub więcej obfitem wydzielaniem płwociny.

Działanie chloralu nie okazało się tak pewnem jak morfiny. W bardzo gwałtownych napadach, użyty nawet w dawce względnie wielkiej [ $\frac{3}{4}$ ] i na początku napadu, zawsze sprowadzał znaczną ulgę, jednak często duszność przeciągała się dni kilka z objawami niezytu oskrzeli, co po użyciu morfiny w odpowiednich warunkach zdarzało się bardzo rzadko.

W dawkach mniejszych [ $\frac{1}{2}$  do  $\frac{3}{4}$ ] wprowadzał chorych czasami w pewien stan rozdrażnienia, nie zmniejszając wcale napadu, lub też bardzo nieznacznie.

Jodek potasu używałem po 8—11 grn. w jednej, lub dwóch dawkach co godzinę. W silnych napadach nie przynosił on żadnej ulgi, skoro jednak u dwóch moich chorych Nr. II i III, po użyciu u pierwszego wody maryjenbadzkiej, u drugiego karlsbadzkiej, napady po długiej przerwie, powróciły z natężeniem o wiele słabszem, wtedy jodek potasu znosił je w zupełności.

Nalewkę ze stroiczki (*T-ra Lobeliae inflatae*) podawałem po 10 kropel 3 razy dziennie bezskutecznie. Po użyciu nitrogliceryny w roztworze spirytusowym, w ilości  $\frac{1}{100}$  grana trzy razy dziennie, nie widziałem żadnego skutku. Napady nieraz powtarzały się przez dni kilka, chociaż chorzy przyjmowali środek zwiększając stopniowo dawkę do  $\frac{5}{100}$  grana.

Amylnitrit, podawany na chustce do wachania, w ilości 5 kropel nie wywierał na napad żadnego wpływu.

Paraldehyd, który dla szczypiącego i palącego smaku podawałem ze środkami kleistemi w ilości drachmy na dawkę, nie przynosił chorym żadnego pożytku.

Aspidosperminę stosowałem kilkakrotnie w ilości  $\frac{1}{10}$  grana w pigułkach z porady prof. ADAMKIEWICZA z Krakowa, który dosyć często widywał wyborne jej działanie. Aspidospermina jest jednym z najczęściej działających alkaloidów *Quebracho*, zalecanego specjalnie przeciw dusznicy przez PENTZOLD'a. Nigdy jednak nie udało mi się spostrzegać pomyślnych wyników z jej użycia.

Również bez żadnego pożytku, lub z bardzo małym tylko skutkiem, podawałem pirydynę, w ilości łyżeczki od kawy wylanej na talerz, do wdechania. Oprócz swej bezskuteczności ma jeszcze środek ten i tę ujemną stronę, iż w użyciu jest bardzo przykrym, z powodu nieprzyjemnego zapachu. Bromek potasu w dawce drachmowej przynosił niekiedy bardzo tylko niewielką ulgę.

Środki, jakich chorzy sami używali, a mianowicie: papier saletrowany, rozmaite cygaretki i proszki do palenia, których to ostatnich główną składową częścią bywa bieluń kędzierzawy (*Stramonium*), wywoływały tylko krótkotrwały skutek, nie przecinały zaś nigdy silniejszego napadu.



Z powyższego widzimy, iż ze środków, których używałem, najpewniej i najpotężniej działała morfina. Czy przewyższa ona skutecznością wszystkie dotychczas znane leki? o tem sądzić nie mogę. Nie miałem bowiem sposobności próbować tak zachwalanych w ostatnich czasach pędzłowań jam nosowych kokainą, w tych przypadkach, gdzie te ostatnie są punktem wyjścia napadów, jak również wstrzykiwań podskórnych antypiryny, po których w kilku razach widziano wyborne skutki. Przeciw stosowaniu morfiny niektórzy autorowie stawiają jednak pewne zarzuty, a mianowicie:

- 1) Długie i częste jej użycie sprowadza otrucie przewlekłe.
- 2) Podana astmatykom w większej ilości łagodzi tylko duszność, sprowadza u nich sen, w którym pogrążeni walczyć muszą z trudnościami oddechania, wskutek czego przedstawiają zatrważający widok dla otaczających ich osób
- 3) Często nie bywa dobrze znoszoną i sprowadza nudności, wymioty, ból i zajęcie głowy, które to objawy dołączają się do przykrości, jakich chorzy doznają już od samego napadu duszności. Przewlekłego otrucia morfina łatwo uniknąć możemy, jeśli w tych przypadkach, w których napady występują często, używać będziemy morfiny naprzemian z chloralem. Zresztą, wskutek wczesnego i zupełnego przecinania napadów, znosimy możność rozwinięcia się warunków usposabiających do częstych ich powrotów, a więc użycie samego środka staje się coraz rzadszem.

Co się dotyczy drugiego zarzutu, to nigdy nie zdarzyło mi się widzieć, ażeby astmatycy usypiając pod wpływem morfiny, potrzebowali walczyć z dusznością. Ta ostatnia, jak również i rżenia świszczące ustępują jednocześnie ze zjawiającym się snem.

Przykrych pobocznych objawów działania morfiny, u osobników nie znoszących jej dobrze, w wielu razach udawało mi się uniknąć, jeśli przeznaczoną dawkę wstrzykiwałem nie na raz, lecz w dwóch częściach w odstępie 5 lub 10 minutowym.

Spostrzegając działanie morfiny w napadach dusznicy, zwróciłem uwagę na to, iż prawie zawsze, skoro tylko podanie jej nastąpiło we wczesnym okresie, zanim jeszcze obrzęk błony śluzowej wywołany przekrwieniem naczyń nie został wzmocnionym przez nasięk surowiczy, napad można było przerwać w zupełności, co znów bardzo rzadko udawało się po zastosowaniu innych środków. Powyższa okoliczność budzi podejrzenie, iż działanie morfiny w dusznicy nie ogranicza się tylko na znoszeniu skurczu mięśniowego, lecz prawdopodobnie wpływa ona i na drugi ważniejszy moment wywołujący duszność, t. j. na zmniejszenie przekrwienia błony śluzowej oskrzeli. Jakkolwiek dotychczas nie spostrzegano w żadnym narzędzie działania jej analogicznego, to jednak spostrzeżenie kliniczne zdaje się za nim przemawiać.

CAPELLI i BRUGIA, którzy po podaniu dawek nasennych morfiny obserwowali ruchy mózgu w odstępach istniejących w czasie, jak również ruch krwi w tętnicach przedramienia za pomocą pletysmografu, utrzymują, iż po pierwotnym skurczu naczyń następuje niewielkie rozszerzenie, podczas zaś snu skurcz. Po podaniu chloralu przeciwnie przychodzi stan paretyczny naczyń. To odmienne zachowanie się naczyń krwionośnych po użyciu wyżej wspomnianych środków nadaje pewien odcień prawdopodobieństwa wyrażonej przez nas powyżej



hypotezie, i tłumaczyć nam może dlaczego w dusznicy morfina lepiej działa niż chloral.

Kończąc niniejsze uwagi, pozostaje mi powiedzieć słów kilka o leczeniu tego stanu, jaki pozostaje po przejściu napadu dusznicy. Otóż stosowanie baniek suchych, środków drażniących skórę, jak również podawanie leków wykrztuśnych jak: *ipecacuanha*, *tartarus stibiatus*, *phellandrium aquaticum* i t. p., nie przynosiło żadnego pożytku. W tych razach, w których miałem do czynienia z suchym częstym i męczącym kaszlem, dobre wyniki widziałem po użyciu jodku potasu w 5 lub 8 granowych dawkach, trzy razy dziennie. Przeciwnie, przy obfitem wydzielaniu płwociny środki jak: *terpinum hydricum* 3 dawki po 8 gran dziennie, lub olejek terpentynowy podany do wewnątrz, lub do wdychań, sprowadzały zawsze pożądaną ulgę.

---

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. POPOWA.

### III. W SPRAWIE OSŁUCHIWANIA SZEPTU.

Podał

**K. Chelchowski.**

Dobre przewodnictwo szeptu, czyli tak zwany objaw BACCELLI'ego, jak wiadomo, polega na tem, że w niektórych cierpieniach płucnych, gdy zalecimy choremu mówić po cichu i jednocześnie będziemy osłuchiwali jego klatkę piersiową, szept chorego usłyszymy nieraz nawet tak wyraźnie, jak gdyby nam mówił wprost do ucha. BACCELLI przypisywał temu objawowi znaczenie rozpoznawcze, przypuszczając, że towarzyszy on jedynie zebraniu surowiczego płynu w jamie opłucnej, że może więc służyć do odróżnienia wysięku opłucnej surowiczego od ropnego. Późniejsze spostrzeżenia zaprzeczyły temu. Okazało się, że objaw BACCELLI'ego wyjątkowo zdarza się i przy wysiękach ropnych, a może go brakować i przy surowicznych, następnie często go spostrzegano i w zapaleniu płuc włóknikowem i w suchotach płucnych nad nacieczonemi częściami płuc i nad jamami, wreszcie w odmie piersiowej i nad nowotworami płuc. Straciło więc zupełnie to zjawisko swe znaczenie rozpoznawcze.

Z licznych spostrzeżeń przyszedłem do wniosku, że dobre przewodnictwo szeptu towarzyszy prawie stale oddechowi oskrzelowemu w rozlanych cierpieniach płuc, jak: ucisk ich płynem lub powietrzem, zapalenie płuc włóknikowe, śródmiąższowe, zserowacenie rozlane, dające całkiem tępy odgłos wypukowy. We wszystkich tych cierpieniach, jeżeli nie słyhać oddechu oskrzelowego, nie słyhać i szeptu i odwrotnie. W zapaleniu wysiękowym lub puchlinie opłucnej, gdy ilość płynu w opłucnej szybko się zmienia, łatwo można śledzić za tem, jak jednocześnie obu tych objawów przysłuchowych [oddechu oskrzelowego i szeptu] brakuje, jak w miarę powiększania się ilości płynu, oba razem występują i razem znikają. Zupełnie to samo ma miejsce i w zapaleniu płuc włóknikowem. Czasami nie słyhać tu oddechu oskrzelowego chwilowo wskutek zatkania



oskrzela; nie ma wtedy i szeptu. Tymczasem chory zakaszłał, uwolnił oskrzele i oto naraz wraca i oddech oskrzelowy i szept.

Nie trafiło mi się ani razu spostrzegać w wymienionych cierpieniach dobre przewodnictwo szeptu bez oddechu oskrzelowego. [Takie jednak właśnie spostrzeżenie ogłosił GŁUZIŃSKI]. Przeciwnie obecność oddechu oskrzelowego, pomimo braku szeptu, zdarzała mi się w tych warunkach kilkakrotnie, w każdym jednak razie wyjątkowo; zachodziła tu nadto ta okoliczność, że szmer oddechowy oskrzelowy był słaby, przy powierzchownym oddechaniu znikał nawet. Oddechowi nieokreślone mu szept nie towarzyszy.

Inaczej rzeczy się mają przy cierpieniach płuc ogniskowych: jamy, niejednostajne nacieczenie gruźlicze. Nie ma tu już takiej zgodności pomiędzy oddechem oskrzelowym i przewodnictwem szeptu. Brak szeptu, pomimo oddechu oskrzelowego albo nawet dzbanowego, daleko częściej się tu zdarza.

Oddechowi oskrzelowemu, jak wiadomo, zwykle towarzyszy wzmoczenie głosu — bronchofonija. To też nad choremi częściami płuc trzy te zjawiska przysłuchowe: oddech oskrzelowy, bronchofonię i szept, najczęściej znajdziemy jednocześnie obok siebie. Związek jednak szeptu z oddechem oskrzelowym wydaje mi się ściślejszym niż z bronchofonią.

Najlepsze przewodnictwo szeptu spostrzegałem w zapaleniu płuc włóknikowym [gdy i oddech oskrzelowy był bardzo głośny], przedewszystkiem zaś w zapaleniu płuc śródmiąższowem. Szept bywa tu często wprost hałaśliwy, aż przykry dla ucha: nad odpowiednim miejscem klatki piersiowej słycać go lepiej, niż trzymając ucho tuż przy ustach szepczącego. I w takich jednak nawet razach nigdy mi się nie zdarzyło stwierdzić, żeby artykulacja wysłuchiwanego w ten sposób szeptu była dokładną, jak to utrzymuje BACCELLI. Przeciwnie osłuchując szepczącego chorego, zrozumieć go trudno; niepodobna np. powtórzyć wymawianych przez niego, a nieznanych sobie nazwisk.

Kilka razy spostrzegałem, co zaznaczają i inni piszący o tym przedmiocie, że szept słycać było nie tylko nad chorą częścią płuca, ale i nad odpowiednim siedliskiem po zdrowej stronie, choć już słabiej.

Daleko lepiej wysłuchiwać szept bezpośrednio uchem, niż stetoskopem.

Wiadomo, że przy rozpoznawaniu chorób płucnych osłuchiwanie głosu gra rolę drugorzędą, służy do potwierdzenia danych, pozyskanych osłuchiowaniem szmerów oddechowych. Tembardziej więc wysłuchiwanie szeptu nie może mieć znaczenia praktycznego, chyba u chorych, dotkniętych bezgłosem. Gdzie istnieje jednak dobre przewodnictwo szeptu, tam bardzo często różnica pomiędzy zdrową a chorą stroną wyraźniejszą będzie w przewodnictwie szeptu, niż głosu. Łatwiej bowiem [początkującemu przynajmniej, np. studentom] zauważyć różnicę pomiędzy szeptem i brakiem takowego, niż pomiędzy silniejszym i słabszym głosem.

Do podobnego wniosku, co i ja, doszedł ROSENBACH, którego artykuł już po napisaniu niniejszego, dostał mi się w ręce, a jakkolwiek dawno ogłoszony, nie zwrócił na siebie uwagi piszących o objawie BACCELLE'go.



Wspominając ubocznie o tem zjawisku, ROSENBACH powiada, że spotrząga je ciągle w zapaleniu płuc włóknikowem i wogóle wszędzie tam, gdzie słychać głośny oddech oskrzelowy.

## L I T E R A T U R A.

VALENTINE. Berlin. klin. Woch. 1876. Nr. 21.—GRUNEAU de MUSSY i HIRTZ, MERCADIER, CLOPINET, HERMET. VIRCH. HIRSCH. Jahresber. 1876. II. str. 158, 158. — TRIPIER, KRELL. VIRCH. HIR. Jahresber. 1878. II. str. 148. — ROSENBACH. Berl. klin. Wochen. 1878, str. 163. — EICHHORST. Handbuch d. spec. Path. u. Ther. I. str. 411. 1883. — Rukow. k fiz. met. izsled. I. str. 288. — GLUZIŃSKI. Gaz. Lek. 1883. str. 229. — JACCOUD. Wykład. pat. szczeg. II. 667.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 5 Hydrastis canadensis przeciw krwotokom macicznym.

SCHATZ (*Berliner klin. Woch. Nr. 19 1886*), na mocy własnych a licznych spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że *Hydrastis canadensis* w dawkach, zwykłe u człowieka używanych, nie wywołuje skurczów macicy, nie przyspiesza lub wzmacnia takowych, lecz że jest wyborym i wyłącznie naczynioruchowym środkiem, który w narządach położonych w miednicy, a przeważnie w płciowych, wywołuje skurcz naczyń, w następstwie czego bezkrwistość.

To ograniczenie działalności *Hydr. canad.* nie stanowi wedle autora wady, ale zaletę; w sporyszu posiadamy bowiem środek, który nietylko na mięśnie naczyń krwionośnych ale i macicy wywiera działanie; we wszystkich więc przypadkach w których wywołanie lub powiększenie skurczów macicy jest dla lekarza objawem niepożądanym, *Hydrastis canadensis* nie da się niczem zastąpić. Są to np. często powtarzające się krwotoki przy włókniakach macicy, nie dość ściśle z nią połączonych, a przeto łatwo mogących uleść niebezpiecznemu uszkodzeniu w czasie przesuwania się, przy energicznych skurczach macicy. Dalej należy tutaj, wedle autora, zaliczyć krwotoki przy odśrodkowym przeroście macicy [?], która, pozbywszy się przez skurcz swej zawartości, następnie się rozwałka, co nowy krwotok wywołać może. Zarówno należą też tutaj przypadki z przekrwieniem narządów płciowych, zależnem od stanu zapalnego lub podobnych przyczyn, w których to razach nie możemy za pomocą sporyszu wywołać dostatecznie energicznego skurczu; nie mniej gdzie przerwy pomiędzy skurczami są źródłem nowego napływu. Dalej przypadki ostrego lub przewlekłego nagromadzenia ropy w jajowodach (*pyosalpingitis acuta et chronica*), przewlekłego zapalenia otrzewnej miednicy (*pelvipерitonitis chr.*), zapaleniu jajników (*oophoritis*) i t. p.. Wielką usługę oddaje *hydr. can.* w zbyt częstem i obfitem miesiączkowaniu u osób bardzo młodych lub przeciwnie w latach klimakterycznych będących, jeśli podstawą tego stanu nie są anatomiczne zmiany, a także jeżeli uniknąć musimy ścisłego badania.

WILEOX (*Hydr. canad. bei Metrorrhagie. New York med. Journ. 1887. p. 199*) otrzymał podobne wyniki. W zebranych przez niego 50 przypadkach, 43 było ściśle obserwowanych, z tych najlepsze wyniki miał: w 16 przypadkach niezupełnego przeobrażenia wstecznego macicy (*subinvolutio uteri*), 7 krwotocznego zapalenia macicy (*endometritis haemorrhagica*), 5 krwotoków w latach zwrotu płciowego (*haemorrhagiae climactericae*). Otrzymał też polepszenie w kilku przypadkach zapalenia otrzewnej miednicy. Przy włókniakach macicy [*fibromyomata*, w 3 przypadkach], *hydrastis canadensis* również było środkiem dzielnie wspomagającym operacyjne zabiegi.



JERMANS jeszcze uprzednio (*Über Hydr. canad. Inaug. Dissert. Berlin. 1886*) wypowiedział takież sam jak i SCHATZ pogląd na działanie *Hydr. can.* i z tego powodu używał go z dobrym skutkiem w 5 przypadkach krwotoku podczas porodu, bez ujemnego wpływu na ten ostatni. Przeciwnie zaś nie widział JERMANS dobrych wyników po użyciu *Hydr. canad.* przy włókniakach chociaż badania jego w tym kierunku nie są dość ściśle przeprowadzone. Oprócz dodatnich spostrzeżeń jednakże autor i ujemne strony w działaniu *Hydr. canad.*; mianowicie w wielu przypadkach, po krótkiej przerwie, krwotok następnie się wzmacniał. Objaw ten tłumaczy J. tem, że wynikiem działania *Hydr. canad.* na równi z bezkrwistością, może być i przekrwienie [?]; z tego względu zaleca wielką ostrożność w stosowaniu rzeczzonego środka.

Co to mnie to od kilku lat używam także z pewnem powodzeniem *Hydr. canad.* w rozlicznych krwotokach macicznych, [3—4 razy dziennie 15—20 kropel *extr. fluid. Hydrastidis canadensis*], ale z nich tylko 7 mogłem być poddać ściśle klinicznej obserwacji, mianowicie 3 przypadki niepełnego wstecznego przeobrażenia macicy (*subinvolutio uteri*), 2 krwotocznego zapalenia macicy (*endometrit. haemorrhag.*) i 2 krwotoków w latach zwrotu płciowego (*haemorrhag. climactericae*). W 6 otrzymałem zadawalniające wyniki, a w jednym wynik był całkowicie zgodny ze spostrzeżeniem JERMANS'a i dlatego chcę go tutaj wkrótce opisać.

Chana Epstein, żona kupca z pod Mińska Gubernijalnego, lat 52, przybyła na oddział szpitalny 15 Sierpnia 1887 r.. Od 2-ch miesięcy cierpi na mniej lub więcej obfite krwotoki maciczne, z przerwami od kilku do kilkunastu dni, ostatni trwa dni 6 i jest bardzo obfitym. Dzieci urodziła 11-ro, wszystkie bez pomocy lekarskiej i bez następnych cierpień połogowych. Białych upławów nie miała nigdy, bólów w krzyżu, w okolicach jajników, jak również żadnych zбоceń w narządach płciowych nie zauważyła. Ostatni poród odbyła 3 lata temu; regularność odbywała się prawidłowo aż do pojawienia się ostatnich krwotoków. Nadużycia *in Venere*, szczególnie w ostatnich czasach nie było, życie dostatnie i spokojne. Budowa wątła, podkład tłuszczowy bardzo słabo rozwinięty, wyraźne szmery anemiczne, stan bezgorączkowy, Dokładne tak zewnętrzne, jako i wewnętrzne badanie narządów płciowych [pochwy, macicy i jajników], z łatwością pozwoliło wykluczyć wszelkie anatomo-patologiczne w nich zmiany. Owrzodek żadnych, jama macicy swobodna [zglębnik z łatwością wchodzi do 7 cm.], jajniki niewyczuwalne i niebolesne, zmian w położeniu i rozmiarach macicy nie ma żadnych, serce zdrowe, zaś niezbyt chroniczny dróg oddechowych i pewna ociężałość krążenia brzuszego nie w tym stopniu, aby mogły mieć jakikolwiek bądź wpływ na pojawienie się krwotoków. Rozpoznanie: *Haemorrhagia climacterica*. Zaleciłem spokój, z pozostawianiem w łóżku, dyjetę pół ścisłą, *extr. fluid. Hydr. canad.* 4 razy po 15 kropel. Krwotok stopniowo się zmniejszał i 4-go dnia całkowicie znikł, jednakże zaleciłem dalsze kilkodziwne pozostanie w łóżku i *Hydr. ca.* 3 razy po 15 kropel. Mimo to już 3-go dnia od ustania krwotoku zjawił się on w większej jeszcze obfitości; obawiając się przeto używać dalej *Hy. ca.* połączyłem go z *extr. Secalis cornuti* w następującem stosunku *Extr. fluid. Hydr. canad.* 15,0 *Extr. Secal. cornut.* 1,0 4 razy po 15 kropel; po 3-ch dniach krwotok ustał na całe trzy tygodnie, po upływie których chora znowu przybyła do mnie. Powyższe połączenie w 2 dni wstrzymało krwotok trwający od dni 4-ch, całe 5 tygodni przeszło do nowego krwotoku, który również z łatwością ustąpił od podania powyższego połączenia.

Odtąd chora całkowicie uwolniła się od krwotoków [*resp.* regularności] pozostały tylko silne bóle głowy, które jednakże ustępują zawsze od użycia wyciągu sporyszu w pigułkach.

W tym więc przypadku *Hydr. canad.*, jeżeli nie spowodziło nowego nawału krwi, jak chce JERMANS, to przynajmniej nie powstrzymało go.

Władysław Sękowski.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 12. Wagner. „Tak zwana pierwotna essencyjalna puchlina“ (*Die sogenannte essentielle Wassersucht*).

W powyższej pracy autor porusza kwestyję tak zwanych essencyjalnych pierwotnych lub idyopatycznych puchlin, to jest takich, które nie są zależnemi od zmian w sercu, lub nerkach i t. p., lecz dla których zarówno klinika, jako też i anatomija patologiczna nie jest w stanie rzeczywistych podać przyczyn. Rzecz dziwna, postacie te nie znalazły dotąd uwzględnienia w podręcznikach szczególnej patologii, gdy tymczasem najzupełniej na to zasługują, sądząc z nader interesującej i sumiennej pracy WAGNER'a. Autor ten opisuje kilka przypadków essencyjalnej puchliny, które ze względu na ich wielką doniosłość praktyczną podajemy w streszczeniu.

Autor zaznacza we wstępie, że postacie te nierównie częściej spostrzegać się dają u dzieci, aniżeli u dorosłych.

1-szy przypadek dotyczy 4½-letniej dziewczynki u której w końcu 1-go roku po zaszczepieniu ospy, wystąpiły obrzęki 9 miesięcy trwające. Od 8 tygodni znowu bez przyczyny obrzęki twarzy i nóg. Przy badaniu znaleziono między innymi: dziecko apatyczne, ogólny umiarkowany obrzęk, szczególnie na twarzy bardzo wyraźny. W sercu nic nieprawidłowego, moczu białka ani śladu nie zawiera. Pod wpływem odpowiedniego leczenia [naparstnica, octan potasu, pilokarpina podskórnie] obrzęki znikły, przyczem ciężar ciała z 20 kgrm. spadł na 17 kgrm.. W moczu znowu ani białka ani też cylindrów nie znaleziono. Po 2 tygodniach recydywa, ciężar ciała znowu o 1½ kgrm. się zwiększył, po ciepłych kąpielach ustąpiły obrzęki; charakterystycznymi były w okresie zdrowienia znaczne wahania wagi ciała [od ½—1 kgrm].

W przypadku 2-im, dotyczącym 3-letniego chłopca, ogólna, średniego natężenia puchlina, bez widocznych przyczyn powstała, bez zmian w nerkach, sercu i mięśniach, ustąpiła w okresie zdrowienia po włóknikowym zapaleniu płuc.

3-ci przypadek: 12-letni chłopiec, matka zmarła na puchlinę, ojciec w dzieciństwie przechodził krzywicę. W 3 roku szkarlatyna z dyfterytem, potem koklusz. Od 8 do 11 roku co lato zjawiały się u chorego nagle bez przyczyny obrzęki nóg, 3 tygodnie trwające. W 12 roku znowu z powodu obrzęków przywieziono chorego do szpitala. Przy badaniu znaleziono: nieznaczny obrzęk twarzy, moszny, obu kończyn. Serce i płuca prawidłowe. W moczu ani śladu białka, w osadzie dość dużo kryształów kwasu moczowego. Po 3 tygodniach [ciepłe kąpiele] chory, jako zdrowy, ze szpitala wypisanym został.

4-ty przypadek dotyczy 4-letniego chłopca, u którego bez przyczyny od 10 dni wystąpiła ogólna puchlina. Przy badaniu znaleziono: ogólny obrzęk zwłaszcza twarzy, napletka i moszny, *hydrothorax*, *ascites*. W sercu nic nieprawidłowego. Mocz białka wcale nie zawiera. Stan bezgorączkowy. Krew prawidłowa. W kilka tygodni zaczynają się ruchy gorączkowe, objawy niedokrwistości wyraźniejsze, natomiast obrzęki mniejsze i tylko na kończynach dolnych, biegunka krwawa, drgawki, śmierć. Badanie pośmiertne wykazało: *pneumonia lobularis*, owróżdzenia w kiszczkach, w sercu i nerkach nic nieprawidłowego.

5-ty przypadek: 13-tygodniowy chłopiec, jedno z rodzeństwa zmarło na puchlinę ogólną, bez przyczyny powstałą. Od miesiąca obrzęki kończyn. Przy badaniu znaleziono: ogólny obrzęk, gruczoły, mięśnie, serce i nerki prawidłowe, ciepłota 37,9° C., we krwi pojedyncze mikro-



i poikilocyty, w moczu pojedyncze czerwone i białe ciała krwi, cylindrów nie ma, białka także. Po 2 tygodniach ciepłota zaczęła się podnieść do 39° C., na skórze czerwone plamy, obrzęki mniejsze, wkrótce śmierć. Badanie pośmiertne, drobniarowo przez D-ra BENECKE wykonane, wykazało ogólną niedokrwistość i puchlinę, zrazikowe zapalenie płuc, serce i nerki prawidłowe. Badanie drobnowidzowe, przez autora wykonane, wykazało obrzęk tkanki tłuszczowej podskórnej, wreszcie zakrzepy (*thrombosis*) w żyłach skórnych.

Wreszcie ostatni 6-ty przypadek dotyczył 23-tygodniowej dziewczynki. Przed 4 tygodniami ospa, w tydzień potem obrzęk kończyn dolnych. Przy badaniu [nieodkładnem z powodu niesforności dziecka] znaleziono: ciepłota 38,1 C., ogólny obrzęk dość znaczny. Moczu nie można było zbadać, w ogóle krótka obserwacja, gdyż na 2 dzień nagła śmierć. Sekcja [nadzwyczaj szczegółowo przez D-ra HUBER'a wykonana] wykazała: obrzęk tkanki podskórnej, w mięśniu sercowym ogniska biało-brunatne, przedstawiające szczególne pod drobnowidzem własności, o czem poniżej.

Następnie przechodzi autor do esencjonalnej puchliny u dorosłych, u których, jak już wspomniałem, rzadziej się ona przytrafia. Autor miał sposobność spostrzegać kilka takich przypadków, przyczem w anamnezie wyraźnie zaznaczono zaziębnienie; we wszystkich przypadkach istniała ogólna puchlina bez zmian jakichkolwiek w sercu, nerkach, mięśniach i t. d.. Szczegółowiej zatrzymuje się autor na 2 więcej powikłanych przypadkach:

1. 47-letni cieśla, przedtem zdrowy, od 5 tygodni po silnem zaziębnieniu duszność, od 3 tygodni obręki dolnych kończyn. Przy badaniu znaleziono: obrzęki zwłaszcza dolnej połowy ciała. W sercu tony głuche, *hydrothorax*, *ascites*. Moczu ilość dobową 1000—1200 ctm. sześć., ciężar gatunkowy 1020, ani śladu białka, cylindrów również nie zawiera. W tydzień po odpowiedniem leczeniu [naparstnica, octan potasu] obrzęki znikły. W 10 dni później duszność wielka, objawy prawostronnego wysięku do opłucnej, ciepłota poniżej stanu prawidłowego, nieznaczny obrzęk kończyn dolnych. Wypuszczono płynu 3600 grm., poczem wystąpiła obfita „*expectoration albumineuse*“. W 2 tygodnie chory zdrowy zupełnie, wypisany ze szpitala.

2 przypadek dotyczy 17-letniej służącej. Regularności dotąd nie było, bladeść od kilku miesięcy, od 8 dni znaczne osłabienie, od kilku dni obrzęk kończyn dolnych. Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, ogólna puchlina, więcej w dolnej połowie ciała wyrażona, serce w wymiarze poprzecznym powiększone, u podstawy serca szmer skurczowy. Mocz białka nie zawiera. Krew bladea, zawartość hemoglobiny 10 [według FLEISCHL'a], zwiększona ilość białych ciałek krwi [do 10 na jednym polu], mikro- i poikilocyty. Na 2 dzień obrzęki znikły, podawano żelazo i syrop z hemoglobina, co kilka dni można było zauważyć stopniowe zwiększanie ilości hemoglobiny do 100, przyczem i wymiary serca stopniowo zbliżały się do stanu prawidłowego, szmer u podstawy serca znikł, tak że po upływie 3 miesięcy chora, jako zupełnie zdrowa, bez zmian w sercu, bez obrzęków, wypisana została ze szpitala.

Skończywszy z kazuistyką zastanawia się autor nad przyczynami esencjonalnej puchliny. W ogóle przyczyny te są zagadkowe, przypuszczać należy, że składają się na nie różnorodne momenty, jako to: zmiany we krwi, osłabienie serca, wreszcie zmiany w naczyniach, nie bez znaczenia zapewne mogą być i zmiany w skórze. Jak już wspomnieliśmy wynik badania pośmiertnego w 3 przypadkach autora był prawie żaden, w jednym przypadku istniał zakrzep małych żył skórnych i zwyrodnienie tkanki tłuszczowej podskórnej. Zakrzep ten autor czyni zależnym prawdopodobnie od osłabienia serca i utrudnionego przez obrzęk krwiobiegu. Co się zaś tyczy zmian w tkance tłuszczowej podskórnej, to nosiły one cechy zapalenia, nie w takim jednak stopniu, by obrzęk tłómaczyć mogło.



W 2 przypadku istniało rozszerzenie serca i zmiany w samym mięśniu sercowym, których w żaden sposób wytłómaczyć sobie nie było można. Przedstawiały one pewne podobieństwo do opisanych przez PONFICK'a, który w mięśniach serca w jednym przypadku znalazł szaro-brunatne ogniska, składające się ze strzępiastej, prawie galaretowatej tkanki. Niejakie też podobieństwo można by upatrywać z tak zwaną „myomalacją serca“ ZIEGLER'a. Wreszcie można by myśleć o „myocarditis diphtheritica“ LEYDEN'a. Więcej prawdopodobnym wydaje się autorowi, że zmiany były w jego przypadkach wtórnymi. W wielu przypadkach za przyczynę cierpienia podawano zaziębienie, na co już i dawniejsi autorowie zwracali uwagę, [MOISTON opisał 26 przypadków pierwotnej „anasarque rheumatique“]. W żadnym prawie z przypadków autora nie było w anamnezie chorób skórnych lub zakaźnych, ciężkich chorób nerwowych, wreszcie znacznych utrat krwi i t. p., raz tylko notowano z chorób przebytych ospę.

Jan Sędziak.

(*Deutsches Archiv für klin. Medicin.* 21 tom zeszyt 6. 1887).

### 13. Honigmann i v. Noorden. O zawartości kwasu solnego w żołądkach dotkniętych rakiem. (*Ueber das Verhalten der Salzsäure in carcinomatösen Magen*).

Prace VON DEN VELDEN'a, a następnie RIEGEL'a, oparte na bogatym materiale klinicznym, uznały barwniki anilinowe (*Metylviolett*, *Tropeolina*), jako dzielny środek, ułatwiający w wielu razach rozpoznanie niektórych cierpień żołądka. Wykazano mianowicie, że przy raku prawie zawsze barwniki te (*metylviolett*) dają z sokiem żołądkowym ujemny wynik badania, a ponieważ dodatni wynik [zmiana barwy błękitnej na niebieską] zależy od obecności w płynie kwasu solnego, wywnioskowano, że przy raku kwas solny w żołądku nie powstaje.

CAHN i v. MEHRING<sup>1)</sup> zapragnęli w rzecz tę wnikać głębiej i rozwiązać pytanie, czy w żołądkach dotkniętych rakiem kwas solny drogą chemicznej dokładnej analizy wykryć się nie da i czy raczej nie należy winić barwników, nie będących w stanie określić obecności kwasu solnego w badanym płynie. Za pomocą ścisłych bardzo metod oddzielali autorowie kwasy lotne, następnie mleczny usuwali za pomocą eteru, a na pozostałą resztę działali cynchoniną, tworząc chlorek cynchoniny. Uznali więc obecność kwasu solnego w żołądkach dotkniętych rakiem i zaprzeczyli odczynom na barwniki anilinowe ich rozpoznawczej wartości.

RIEGEL nasunął myśl swym asystentom, autorom pracy wymienionej w nagłówku, aby, idąc w ślady CAHN'a i v. MEHRING'a pod względem metody badania, postąpili w końcu badania, t. j. wtedy gdy otrzymają resztę płynu, zawierającą kwas solny, nieco odmiennie, a mianowicie, aby zbadali czy płyn ten [*resp.* zawartość żołądka po pozbyciu się kwasów organicznych] będzie dawać odczyn na barwniki anilinowe i posiadać własności trawienne. HONIGMANN i v. NOORDEN w pierwszej seryi doświadczeń postępowali w sposób zalecony przez RIEGEL'a. W dalszym ciągu swej pracy autorowie podają seryję doświadczeń wykonanych w sposób następujący: do płynu, w którym dokładnie oznaczano ilość kwasów lotnych, kwasu mlecznego i kwaśnej reszty [*resp.* kwasu solnego], dodawano pewną ilość  $\frac{1}{10}$  normalnego kwasu solnego i następnie z jednej strony obliczano kwaśność oddzielnych składowych części tej mieszaniny, a z drugiej strony badano, czy tak jest w istocie. Dalej autorowie w innej seryi doświadczeń, do płynów wydobytych z żołądka chorych na raka, dodawali różne ilości kwasu solnego pewnego stężenia i oznaczali chwilę, gdy mieszanina poczyniała barwić me-

<sup>1)</sup> Die tausendes gesunden u. kranken Magens. Deut. Arch. f. klin. Med. T. XXXIX. Z. 3 i 4. Praca ta streszczoną była przez ref. w Nrze 44. Gaz. Lek. 1886 r.



*tylviolet* na niebiesko i trawić białko. Oto wyniki, do jakich dochodzą HENIGMANN i v. NOORDEN w interesującej swojej pracy.

1. Sok, wydobyty na szczycie trawienia z żołądka dotkniętego rakiem, po usunięciu z niego kwasów organicznych, przedstawiał się jako słabokwaśny płyn, barwiący lakmus na czerwono, nie dający jednak znanych odczynów na barwniki i nie trawiący białka.

2. Kwaśność otrzymanego płynu zależną jest od kwasu solnego, kwas ten nie znajduje się w stanie wolnym, ale tworzy z ciałami białkowemi kwaśny związek, z którego za pomocą ługu daje się wykluczyć i zobojętnić.

3. Związek powyższy jest najprawdopodobniej przyczyną tego, że za pomocą odczynników barwnikowych i próby sztucznego trawienia nie udaje się wykazać obecności kwasu solnego. Jeżeli nawet przyjmiemy za fakt stwierdzony, że występowanie i wyrazistość odczynu barwnikowego i dzielność trawienna danego soku żołądkowego zależą od wzajemnego względem siebie stosunku dwóch składowych części soku: z jednej strony kwasu solnego, a z drugiej produktów trawienia [białka i peptonu], to w przypadkach raka nie bogactwo peptonu ale niedostateczna ilość kwasu solnego jest przyczyną braku odczynu barwnikowego i zniesienia zdolności trawiennej.

4. Sok żołądkowy na szczycie trawienia przy raku nie zawiera wolnego kwasu solnego, tak jak to np. ma miejsce przy niedowładzie pochodzenia nie rakowego. [Ostatnia część tej tezy nie jest dostatecznie umotywowana. *Sprawozd.*].

5. Barwniki anilinowe, służące do wykrywania w płynie wolnego kwasu solnego, posiadającego zdolność trawienną, mają w tym kierunku wartość niezaprzeczoną. Na zasadzie ujemnego wyniku badania za pomocą tych barwników należy w większości przypadków przpuścić raka, jakkolwiek wyjątki niewątpliwie wydarzać się mogą.

(*Zeit. f. klin. Med. T. XIII. Z. I.*)

Ignacy Grundzsch.

## Wiadomości terapeutyczne.

**31. Tłuszcze.** Przy leczeniu suchot gruźliczych i wogóle przy leczeniu każdej choroby wyniszczającej, obok środków swoistych farmaceutycznych, nad którymi w ostatnich czasach tak obszernie lekarze pracują, najważniejsze miejsce zajmuje — odpowiednie żywienie chorego. W szeregu zaś substancyj odżywczych w tych razach, jak wiadomo, tłuszcze zajmują bardzo poważne miejsce. Zresztą fakt ten, nim go dostatecznie wyjaśniła fizjologia przemiany materji, znanym był od dawna, nie tylko lekarzom, ale nawet ludowi. Ztąd to właśnie pochodzi taka różnorodność tłuszczów, jakimi rozporządzała stara medycyna; ztąd, między innymi, również pochodzi do dziś dnia trwająca pomiędzy ludem owa głęboka i ślepa wiara w „cudowną skuteczność“ najdziwniejszych gatunków tłuszczu.

Gdy przed laty kilkudziesięciu wprowadzono do terapii tran rybi, t. j. tłuszcz, otrzymywany z wątroby rozmaitych gatunków wątlusza (*Gadus Morrhu*), i gdy poznano jego skuteczne własności lecznicze, środek ten zaczął zyskiwać sobie ogromne rozpowszechnienie, tak, iż powoli wyrugował z terapii wszystkie tłuszcze. Zbawienne skutki tranu jedni lekarze zaczęli przypisywać małej zawartości jodu, inni — zawartości składników żółci, inni — fosforowi, inni wreszcie — trójmetylaminie. Żaden atoli z tych poglądów nie wytrzymał ścisłej krytyki doświadczalnej, a większość lekarzy przyszła ostatecznie do wniosku, że cała skuteczność tranu zależy poprostu od tego, iż jest tłuszczem. Naturalnem następstwem tego było, że lekarze wrócili do metodycznego stosowania tłuszczów zwyczajnych, daleko przytem smaczniejszych od tranu rybiego. Wszelako ścisłe spostrzeżenia, a co ważniejsza, dokładne doświadczenia przekonały, że zwyczajne tłuszcze są daleko mniej strawnemi i daleko mniej skutecznemi, niż tran.



Z początku w powszechnem użyciu był tylko jeden gatunek tranu, a mianowicie — ciemny (*oleum jecoris aselli flavum*) z odczynem mocno kwaśnym i silnym zapachem rybim. Otrzymuje się go w ten sposób, iż podczas połowu ryb, wątroby z pewnych gatunków zostają wyjęte i pomieszczone w beczkach, które się szczelnie pokrywają zamyką. Po ukończeniu połowu, a więc dopiero po kilkunastu tygodniach beczki się otwierają, a tłuszcz, który sam wypłynął z owych opakowanych wątrób, zbiera się w naczynia i rozsyła do użytku lekarskiego.

Nawiasowo tu jeszcze dodam, że pozostałe wątroby, ogrzewane w garnkach z wodą, wydają jeszcze dwa inne gatunki tranu, używane zwykle tylko w przemyśle, a mianowicie w farbiarstwie, garbarstwie i mydlarstwie; są to tak zwane: *oleum jecoris aselli fuscum clarum* i *oleum jecoris aselli fuscum empyreumaticum*, s. *nigrum*.

Ów pierwotny ciemny gatunek tranu (*ol. jecoris aselli flavum*), jak wiadomo, w smaku wcale nie jest przyjemnym, a dla wielu osób bywa nawet i wstrętnym. Od dawna też starali się lekarze w rozmaity sposób przykryć smak tranu poprawić przez dodawanie olejków eterycznych, różnych alkoholiów. Ponieważ wszystkie te dodatki nie wiele w tym względzie zdziałać mogły, przeto poczęto później wyrabiać inny gatunek tranu, tak zwany jasny, parowy (*ol. jecoris aselli album*), którego odczyn bywa albo zupełnie obojętnym, albo tylko słabo kwaśnym, a zapach mniej przykrym i mniej przypominającym rybę.

Jasny gatunek tranu otrzymuje się zwykle w sposób następujący. Świeże wątroby wątlusowe zostają zaraz wymyte w czystej wodzie i uwolnione od pęcherzyka żółciowego. Następnie w kotle zostają one zapomocą pary ogrzewane do pewnego stopnia. Komórki wątrobowe przytem pękają, skutkiem czego wypływa tłuszcz, w nich zawarty. Ów tłuszcz zebrany filtruje się, a potem odstawia do klarowania. Tak oczyszczony tran rozlewa się w naczynia i rozsyła.

Ten drugi gatunek tranu, czyli t. z. parowy, jest w każdy razie mniej wstrętnym w smaku, aniżeli tran zwyczajny. A ponieważ, jak wyżej powiedziano, tłuszcze zwyczajne okazały się mniej skutecznymi od tranu pierwotnie używanego, przeto łatwo pojąć, że tran jasny, parowy, od razu znalazł ogromne rozpowszechnienie. Z czasem wszakże liczne spostrzeżenia lekarskie przekonały, że tran parowy, tak starannie otrzymywany, mniej bywa skutecznym, aniżeli tran ciemny, dawniej powszechnie używany. Rozpoczęły się więc na nowo prace nad przyczyną większej lub mniejszej strawności tłuszczów wogóle, a tranu w szczególności.

Tłuszcze, jak wiadomo, są to etery złożone, czyli trójglicerydy: jest to związek alkoholu trójwartościowego, gliceryny, a raczej rodnika tegoż alkoholu, t. j. glicerylu, z trzema molekułami kwasów tłuszczowych jednozasadowych i to przeważnie z kwasem olejowym, czyli oleinowym, palmitynym i stearowym.

W żołądku tłuszcze prawie wcale nie ulegają zmianie, a przynajmniej w ilości niezmiernie małej. Cała więc ilość tłuszczu przechodzi, jako taka, do kiszki, gdzie dopiero zaczyna się trawienie i wsysanie owych tłuszczów. W kiszkach właśnie pod wpływem soku trzustkowego i żółci, tłuszcze zostają rozłożone na wolne kwasy tłuszczowe i glicerynę. Jak wielka ilość tłuszczu zostaje w ten sposób rozłożoną w kiszkach, niepodobna ściśle oznaczyć. W każdym razie wobec uwolnionych kwasów tłuszczowych, i soli alkalicznych soku kiszkiowego cała reszta tłuszczu przechodzi bardzo łatwo w niezmiernie delikatną emulsyję, w której kuleczki tłuszczu są drobnowidzowo małe i one już z łatwością zostają wessane przez nabłonek kiszkiowy i komórki wędrujące limfoidalne, a w ten sposób dostają się do soku limfatycznego i z nim razem odbywają dalszą wędrówkę w ustroju.

Aby zrozumieć sposób i warunki tworzenia się emulsji z tłuszczu, musimy uciec się do doświadczenia bardzo prostego. Jeżeli do próbówki, albo lepiej na szkiełko zegarkowe z roztworem węglańu sodu nalejemy kilka kropeł tłuszczu zupełnie świeżego, obojętnego, a więc niezawierającego wcale wolnych kwasów tłuszczowych, to emulsyja nie wytworzy się. Jeżeli przy bardzo silnem klóceniu takiej mieszaniny utworzy się nawet w próbówce pozorna emulsyja, to dość odstawić próbówkę na pewien czas, na godzinę, aby tłuszcz znowu zebrał się oddzielnie i utworzył odrębną, górną warstwę mieszaniny. Jeżeli zaś do owego tłuszczu obojętnego dodamy kilka kropeł kwasu tłuszczowego wolnego, np. oleinowego, albo też jeżeli na owe szkiełko z roztworem węglańu sodu nalejemy kilka kropeł tłuszczu, kwasno oddziaływającego z powodu zawartości wolnych kwasów tłuszczowych, to w tej chwili wytworzy się bardzo piękna i trwała emulsyja. Toż samo zupełnie dotyczy i tranu: tran zupełnie obojętny nie tworzy z roztworem sodu emulsji, kiedy tymczasem, te ga-



tunki tranu, które zawierają wolne kwasy tłuszczowe, niezmiernie łatwo przechodzą w trwałą emulsję. A więc tłuszcze obojętne wcale nie ulegają zmianie pod wpływem węglanów alkalicznych, gdy tymczasem wolne kwasy tłuszczowe niezmiernie łatwo łączą się z alkali, przyczem kwas węglany z roztworu soli alkalicznej zostaje wydalony, a silniejszy kwas tłuszczowy tworzy z alkali tłuszczan alkali, czyli mydło. Kwasy tłuszczowe i tłuszcze obojętne mieszają się ze sobą jak najściślej w każdym stosunku. W takiej mieszaninie tłuszczu obojętne i pewnej ilości kwasów tłuszczowych wolnych, drobinki kwasów tłuszczowych znajdują się wszędzie pomiędzy drobinkami tłuszczu obojętne. Otóż, jeżeli na taką mieszaninę podziałać roztworem węglanu sody, lub potasu, to utworzy się roztwór mydła wszędzie pomiędzy drobinkami tłuszczu obojętne, a przez to cała masa tłuszczu zamieni się zaraz na bardzo delikatną emulsję.

Z tego, co powiedziano, jasnym jest, że pewna ilość wolnych kwasów tłuszczowych w tłuszczach jest ważnym warunkiem do łatwego wessania owych tłuszczów. Łatwo teraz pojąć, dlaczego ciemne gatunki tranu, zawierające wolne kwasy tłuszczowe [do 6,5%], są o wiele skuteczniejsze od gatunków jasnych, parowych, obojętnie oddziaływających, oraz od zwyczajnych, świeżych tłuszczów.

Zdawałoby się napozór, że tłuszcz, im bardziej jest rozłożony, czyli im więcej zawiera kwasów tłuszczowych wolnych, tem jest odpowiedniejszym, lepszym do użycia i tem skuteczniejszym. Tak jednakże nie jest. Przy silniejszym rozkładzie każdego tłuszczu, a więc i tranu, obok zwykłych stałych kwasów tłuszczowych, a głównie obok kwasu oleinowego, palmitowego i stearowego, wytwarza się cały szereg kwasów tłuszczowych lotnych, jak kwas masłowy, octowy, waleryjanowy, kaprylowy, kapronowy i t. d.. Otóż, owe kwasy tłuszczowe lotne nadają nieprzyjemny zapach takiemu tłuszczowi, robią smak jego gorzkim, drapiącym, a co najważniejsza — mocno drażnią błonę śluzową przewodu pokarmowego, kiedy tymczasem kwasy tłuszczowe stałe, jak np. kwas oleinowy, palmitowy i t. d., tych nieprzyjemnych własności wcale nie posiadają.

Z tego wynika, że tran ciemny, ale niezawierający jednakże kwasów tłuszczowych lotnych, zasługuje na pierwszeństwo przed jasnym.

Ponieważ jednak tran wogóle, a ciemne gatunki w szczególności, przedstawiają nieraz w zastoso-waniu praktycznem trudności nieprzewyciężone [zapach i smak nieprzyjemny, odbijanie, nudności, wymioty, utrata łaknienia], przeto prof. MERING, wychodząc z tej zasady, że tran działa tylko jako tłuszcz dobrze strawny przez obecność wolnych kwasów tłuszczowych, wytworzył sztuczną mieszaninę z dobrej świeżej oliwy i wolnego kwasu oleinowego — w stosunku 6% kwasu oleinowego. Mieszana taka ma podobno smak bardzo dobry, bardzo łatwo robi trwałą emulsję w roztworze sody i doskonale bywa znoszona. Podług wskazówek prof. MERING'a, fabryka przetworów chemicznych KAHLBAUM'a w Berlinie wyrabia obecnie tę mieszaninę pod nazwą: **lipanina (Lipanium)**.

Z doświadczeń, jakie prof. MERING przeprowadzał nad działaniem lipaniny u chorych, wynika, że środek ten można przez długi czas [całemi miesiącami] stosować w dość dużych dawkach bez wywołania zaburzeń w przewodzie pokarmowym, przyczem badanie stolców nie wykrywa tłuszczu w kale. Doświadczenia swoje prof. MERING głównie przeprowadził u dzieci, cierpiących na żołą, krzywicę, gruźlicę, oraz u dzieci osłabionych po przebytych dyfteryic. Dzieci takie przyjmowały lipaninę 1—4 razy dziennie po łyżeczce od kawy, a u wszystkich skutek był bardzo pomyślny. Chorym dorosłym [suchotnikom, oraz cierpiącym na cukrzycę] podawano ten środek od 2 do 6 łyżek stołowych dziennie i to przez czas bardzo długi. Nawet podczas gorących miesięcy letnich chorzy dobrze znosili ową mieszaninę tłuszczu, czego, jak wiadomo, nie bywa z tranem.

Oprócz tego ważnem wskazaniem do użycia tego środka stanowią mogą w przyszłości, według prof. MERING'a, te przypadki, w których wstrzymanie wydzieliny żółci lub soku trzustkowego uniemożliwia wessanie zwyczajnych tłuszczów. Przypuszczenie to prof. MERING'a, sądzę, jest zupełnie słusznem wobec doświadczeń, jakie już dawniej przeprowadził KLENCKE nad zwierzętami. Zwierzęta ze sztucznymi przetokami żółciowymi zupełnie dobrze się miały, tak długo, dopóki w pożywieniu dostawały tran, a jak tylko przestawano w pożywieniu podawać im tran, marniały i ostatecznie zdechały. Doświadczenia te wprawdzie zaprowadziły KLENCKE'go do mylnego wniosku, że tran zastępować może wydzielinę żółci. Wniosek ten, rozumie się, był fałszywym; fakt ten bowiem dowodzi tylko, że tłuszcze wogóle, a tran w szczególności, mają bardzo ważne znaczenie w odżywianiu, oraz że tłuszcze pewnego składu mogą być wessaniami nawet bez obecności składników żółci.



Prof. SENATOR, wychodząc z tej samej zasady, że w tłuszczach częścią składową najważniejszą pod względem skuteczności dla ustroju są kwasy tłuszczowe, a oprócz tego, że gliceryna nie tylko nie jest tu potrzebna, ale nieraz może nawet być wprost szkodliwą z powodu jej rozpadania się na kwasy tłuszczowe lotne, począł podawać chorym odpowiednie **czyste kwasy tłuszczowe**. Przepisywał on mianowicie pigułki złożone z 0,3 [gr. v] kwasu palmitowego i 0,15 [gr. ijꝰ] kwasu oleinowego. W wielu innych przypadkach przepisywał, na kształt gotowych peptonów, kwasy tłuszczowe już zmodyfikowane, a mianowicie związki sodowe, przyczem przez pewien czas podawał wprost „*sapo medicatus*“ w kapsułkach keratynowych [keratyna w żołądku nie ulega zmianie, a rozpuszcza się dopiero w kiszka]. Słusznie jednak robi uwagę LIEBREICH, że używanie przetworu „*sapo medicatus*“ najzupełniej nie jest właściwem; przetwór ten bowiem bywa zmiennego składu.

Oprócz tego, chcąc zadość uczynić drugiej zasady, z której wyszedł, t. j. chcąc uniknąć wprowadzenia związków glicerynowych, prof. SENATOR stosował związek kwasu tłuszczowego z innym alkoholem, a mianowicie t. z. **olbrot** [*Sperma Ceti, Cetaceum*], który, jak wiadomo, jest związkiem alkoholu cetylowego z kwasem palmitynowym. Z doświadczeń, jakie prof. SENATOR przeprowadził, pokazało się, że olbrot utarty, czyli podany w postaci drobnego proszku, doskonale się znosi, a dokładne badanie stołców nie wykrywało wcale kwasów tłuszczowych w kale; a zatem przetwór ten dobrze zostaje wessany. Przepisuje on olbrot w postaci następującej: *Cetacei subtilissime pulverati, Elaeosacch. Cetri aa* ʒijj. Proszek ten ma smak bardzo przyjemny, tak, że chorzy chętnie go przyjmują w ilości 10—20—30 gram. [ʒijꝰ—ʒv—ʒj].

W każdym razie wzmiankowane poszukiwania i badania otwierają nam szersze drogi do użycia tłuszczów, a szczególnie w tych przypadkach, w których stosowanie tranu wogóle, a tranu ciemnego w szczególności, jest niemożliwym do przeprowadzenia.

Jakkolwiek co do lipaniny prof. MERING w swej pracy się wyraża, że przy wytworzeniu tego środka fabryka berlińska musiała przezwyciężyć „niezmiernie trudności“, to jednakże nie przypuszczam, by owe trudności istotnie miały być tak wielkie, iżby nasze siły chemiczne i farmaceutyczne pokonać ich nie zdołały.

Na zakończenie dodać muszę, że wcale nie sądzę, aby owe wzmiankowane i bardzo racjonalnie pomyślane surogaty tranu koniecznie i zupełnie wyrugowały użycie samego tranu. W bardzo wielu przypadkach, w których tran jest wskazanym, a stosowanie jego jednak utrudnionem z powodu istniejącego wstrętu, lekarz dopomóżdź sobie jednak może, zmienivszy postać tranu. U wielu osób, a szczególnie u dzieci stosuję tran w postaci emulsyi według następującego przepisu: *Ol. jecoris aselli* ʒj, *Aquae destillatae* ʒijj, *Aether nitr. gtt.* vj—x, *f. l. a. emuls.* *Ol. Menthae* gtt. ij—jv, *Syr. simpl.* ʒꝰ. Tak przyrządzona emulsyja ma bardzo ładną mleczną barwę, zapach posiada przyjemny, a smakuje, jakem sam mógł się przekonać, wcale nieźle. Dzieci, a nawet i osoby dorosłe, bardzo chętnie przyjmują to lekarstwo kilka razy dziennie po łyżeczek, po łyżce deserowej lub stołowej, i to przez długi czas, nie doznając przytem żadnych zaburzeń. Do życzenia jednak byłoby, aby i u nas przeprowadzić dokładne i ścisłe sprostowanie nad wartością surogatów tranu, o których wyżej wzmiankowano.

Wiktor Grostern.

### **Nadesłano do Redakcyi.**

LOHNSTEIN. Zur Behandlung der infectiosen Urethritis durch Antrophore. [Odbitka z Allg. med. Centrbl. Ztng. 1888].

RUMSZEWICZ. O tłuszczakach podspojówkowych.

ARNSTEIN. Obecny stan nauki o choleryze azjatyckiej czyli indyjskiej. [Odbitka z Kroniki Lekarskiej. 1888].

POLAK. Medycinsko-statystyczny otezet po bolnicy mlodzieńca Isusa za 1885 god. Warszawa. 1787 rok.

Otezet o sostoianii obszczestwiennago prizrienia w gorodie Warszawie za 1886 god. Warszawa 1887 rok.

**Sprostowanie.** W N-rze 10 Gazety Lekarskiej na str. 197 wiersz 7 od góry zamiast „spadek poniżej 48 uderzeń [nawet]“, powinno być: „spadek poniżej 40 uderzeń [do 34 nawet]“; na str. 202 wiersz 17 od góry zamiast „stanu prawidłowego“, powinno być: „poniżej przyjętej przeznaczonej normy“; na str. 200 wiersz 9 od góry zamiast „około 3 dnia“ powinno być: „między 3 a 7 dniem“

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Марта 1888 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29.



## PERŁY ŻELATYNOWE

składu: Kreosoti fagi 0,05. Bals. tołutan. 0,2. niemające zapachu i smaku — a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23, w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach. — 6—4

### D-r E. Brühl,

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

12—12

# Levico

naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbiór prof. **Ludwika Bartha** Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w **osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjdów i t. d.** Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego. L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie. 10—7

**W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elekoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiorów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—2**

## WAŻNE

Wydawcy **Warszawskiego Przewodnika Informacyjno-Adresowego dla chorych**, najuprzejmiej proszą Szanownych P.P. Lekarzy, którzy nie otrzymali kartek informacyjnych, aby łaskawie raczyli nadesłać swe adresy do Kantoru Przewodnika Nowy-Swiat № 26, a także upraszamy tych P.P. Lekarzy, którzy wzmiankowane kartki już otrzymali, o odpowiednie wypełnienie szematu i spieszny zwrot takowych. Nadmieniamy, iż wszelkie informacje o P.P. Lekarzach, Dentystach, Weterynarzach, oraz lecznicach, szpitalach, ambulatoryjach, klinikach i t. p. Przewodnik umieszcza **bezpłatnie**.

**D-r M. Jakowski** b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonuje wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

# TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. 0—5