

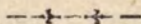
# GAZETA LEKARSKA

## I. Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwploniczą.

Skreślił

**Ludwik Rabek,**

ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.



Leczenie płonicy surowicą przeciwploniczą rozpoczęto u nas bardzo niedawno, liczba podanych do druku przypadków, leczonych surowicą, bardzo ograniczona. Aby wydać należyty sąd o wartości leczniczej surowicy, trzeba mieć możliwie dużą liczbę spostrzeżeń. Jest więc pożądanem, aby wszystkie przypadki płonicy, leczone surowicą w szpitalach i w praktyce prywatnej, były podawane do wiadomości ogółu lekarzy.

Miałem sposobność widzieć stosowanie surowicy przeciwploniczej w sześciu przypadkach płonicy. Surowica pochodziła z pracowni bakteryologicznej kolegi WŁADYSŁAWA PALMIRSKIEGO.

Przypadki, spostrzegane przeze mnie, są następujące:

I. Dnia 11 października 1903 r., wezwany zostałem do Mieczysława S., [ulica Przemysłowa], lat 12 mającego, który od trzech dni choruje na płonicę. Po przybyciu na miejsce dowiedziałem się, że chory pozostaje pod stałą opieką dwóch lekarzy.

Chory silnie zbudowany, ma bardzo mocną wysypkę na całym ciele. Gardziel silnie zaczerwieniona, migdały obrzękłe, nalotów na nich nie widać. Gruczoły chłonne podszczękowe z obydwu stron miernie powiększone. Chory zupełnie nieprzytomny, bredzi, rzuca się. Ciepłota ciała 39,5. Tętno bardzo szybkie, trudne do zliczenia, nikle. Chory otrzymuje do wewnątrz środki podniecające; gardziel przestrzykuje się płynami odkażającymi.

Zastrzyknąłem pod skórę ściany brzusznej 40 cm. sz. surowicy przeciwploniczej.

W parę dni później dowiedziałem się od kolegi stale leczącego tego chorego, że na drugi dzień po zastrzyknięciu surowicy, ciepłota ciała obniżyła się o 2 stopnie i że chory zupełnie oprzytomniał.



Chorego znowu widziałem dnia 17 października o godzinie 9 wieczorem. Rodzice mi wyjaśnili, że stan chorego od czasu poprawy po zastrzyknięciu surowicy do dzisiejszego poranku był najzupełniej pomyślny i dopiero przed południem nagle wystąpiły wymioty, które w ciągu dnia powtarzały się wielokrotnie. W ostatnich porcjach mas wymiotnych zaczęła się pokazywać się krew. Obok wymiotów chory miał kilka razy wypróżnienia obfite, płynne, zmieszane z wielką ilością krwi [tętnicznej]. Rodzice przyczyny wystąpienia tych objawów nie umieją wytłómaczyć. Chorego znalazłem nadzwyczaj osłabionego, tętno słabe, szybkie, silne bólesci w całym brzuchu. Wysypki na ciele niema. Zaleciłem do wewnątrz sporysz, na brzuch pęcherz z lodem, a do picia wodę przegotowaną zimną i mleko z lodu.

18. X. Ciężota 36,5. Tętno 136 słabe, nierówne. Wymioty i wypróżnienia krwawe jeszcze poprzedniego dnia zatrzymały się. Bólesci z brzucha zupełnie ustąpiły.

20. X. badałem mocz; białka w nim nie znalazłem.

Chorego już więcej nie widziałem, lecz od ojca miałem wiadomość, że syn jego cieszy się pożądanym stanem zdrowia.

II. Dnia 5 listopada 1903 r. kolega SZREDER poprosił mię na naradę do E. chłopca [ulica Żelazna], lat 15 mającego, ucznia gimnazjum. Chory ten jeszcze dnia poprzedniego był w szkole i dopiero w dniu wczorajszym spostrzeżono, że istotnie jest mocno cierpiącym. Obecnie wysypka nadzwyczaj mocna na całym ciele; na twarzy i na kończynach skóra posiada odcień sinawy. Chory silnie zbudowany, zupełnie nieprzytomny, bezwiednie oddaje pod siebie mocz i kał. Tętno nie wyczuwalne. Ciężota wynosi 41° C. Chory otrzymuje podskórnice środki podniecające.

Stan był rozpaczliwy. Zaleciłem najprędsze zastrzyknięcie 50 cm. sz. surowicy przeciwploniczej.

Chory w parę godzin później życie zakończył.

III. Estera S., ma 1 rok i 9 miesięcy, zachorowała na płonicę dnia 4 listopada 1903 r., mieszka przy rodzicach starozakonnych [ulica Nowo-Wiejska], Za mieszkanie dla rodziny, składającej się z kilkorga osób, służy położona przy sklepiku mała, brudna izdebka o jednym oknie, bardzo niska, z olbrzymimi mapami mocnej wilgoci na wszystkich ścianach i na suficie. Warunki więc higieniczne były nadzwyczaj niepomyślne.

W dniu 6. XI. wysypka na całym ciele bardzo mocna, gardziel silnie zaczerwieniona, migdały obrzękłe, nalotów na nich nie widać, gruczoły chłonne podszczękowe z obydwu stron miernie powiększone. Ciężota ciała o godzinie 8 wieczorem 40,5° C. Tętno 150 słabe, nierówne. Dziecko wcale nie chce przyjmować pożywienia, apatyczne. Do wewnątrz otrzymuje *Satr. Natr. carbonici* + *Tra Valer. aeth.*; gardziel przestrzykuje się rozczynek kwasu bornego z jodyną.

Rodziców z wielkim trudem zdołałem namówić na zastrzyknięcie surowicy przeciwploniczej. Surowica była zastrzyknięta o godzinie 8-iej wieczorem podskórę brzucha w ilości 50 cm. sz.



7. XI. Ciepłota rano o godzinie 9 wynosi 38,5. Tętno 140 słabe, nierówne. Wysypka zbladła trochę na górnej połowie tułowia; stan ogólny lepszy. W nocy chora spała bardzo źle. Niechce przyjmować żadnego pożywienia. Zresztą leczenie pozostaje to samo. Wieczorem ciepłota 38,5.

8. XI. C. 38,0. Tętno 136, nierówne. Wysypka zbladła na dolnej połowie tułowia — zaczerwienienie gardzieli mocne. Dziecko osłabione, niespokojne, źle spało, apetyt bardzo mały. Lekki obrzęk powiek i zapalenie łącznic. Zaleciłem przykładanie do oczów tamponów z chłodną wodą. Wieczorem c. 39,0.

9. XI. 37,8. Tętno 136, nierówne, słabe. Wysypka na całym ciele znacznie zbladła. Zaczerwienienie gardzieli nieco mniejsze. Chora wciąż niespokojna, nie chce jeść. Od paru dni nie miała wypróżnienia. Zaleciłem dać lyżeczkę od herbaty oleju rycynowego. Do wewnątrz przyjmuje mleczanekę z kamforą. Wieczorem 39,5.

10. XI. 38,0. Tętno 140 słabe. Gardziel lekko zaczerwieniona, obrzęk migdałów zmniejszył się. Na górnej połowie tułowia zjawilo się rozlane zaczerwienienie skóry. Chora trochę spokojniejsza. Obrzęk powiek i zapalenie łącznic trwają bez zmiany. Wieczorem 38,0.

11. XI. 38,0. Tętno 146, słabe, nierówne, oddychanie 36, wysypka na tułowiu zbladła, gardziel czerwona. W okolicy prawej łopatki oddech nieokreślony. Chora ciągle apatyczna, niechce wcale jeść. Mocz białka nie zawiera. Kompres gorący na całe plecy, zmieniany dwa razy na dobę. Wieczorem 38,0.

12. XI. 39,0. Tętno 142, słabe, oddychanie 32. Na ciele niema żadnych śladów wysypki. Gardziel czerwona. Wypróżnienia prawidłowe. Chora przyjmuje do wewnątrz kamforę. Obrzęk powiek i zapalenie łącznic ustąpiły. Wieczorem 40,0.

13. XI. 37,8. Tętno 136, oddech 28. Język wilgotny, obłożony, gardziel czerwona, kaszel suchy, apetyt ciągle mały, w płucach stan bez zmiany. Wieczorem 39,0.

15. XI. 36,8. Tętno 128, lepsze, oddychanie 20. Zaczerwienienie gardzieli mniejsze. W płucach w okolicy prawej łopatki oddech prawidłowy. Chora spokojniejsza, apetyt lepszy. Kompres usunięto.

17. XI. 36,5. Tętno 120. Gardziel biała. Obrzmienie gruczołów na szyi znikło.

19. XI. Ciepłotę przestano mierzyć. Tętno 120. Silne łuszczenie naskórka, zwłaszcza na kończynach dolnych. Chora spokojna, apetyt dobry.

22. XI. Tętno 100. Obfite łuszczenie naskórka.

4. XII. Ostatni raz widziałem chorą. Stan zupełnie dobry.

IV. 12. XII. Bogdan P., lat 6 i miesięcy 3 mający [ulica Wspólna], zachorował na płonicę w dniu dzisiejszym. Wystąpiły kilkakrotne wymioty i stan gorączkowy. Ciepłota rano wynosiła 38,2. Na całym tułowiu rozlane zaczerwienienie skóry średniego napięcia. Język lekko obłożony, wilgotny, gardziel silnie zaczerwieniona, gruczoły chłonne podszczękowe z obydwu stron powiększone. Tętno 124. Zapisalem do wewnątrz rozczyń kwasu solnego, do płukania rozczyń kwasu bornego i do wcierania w szyję szarą maść po

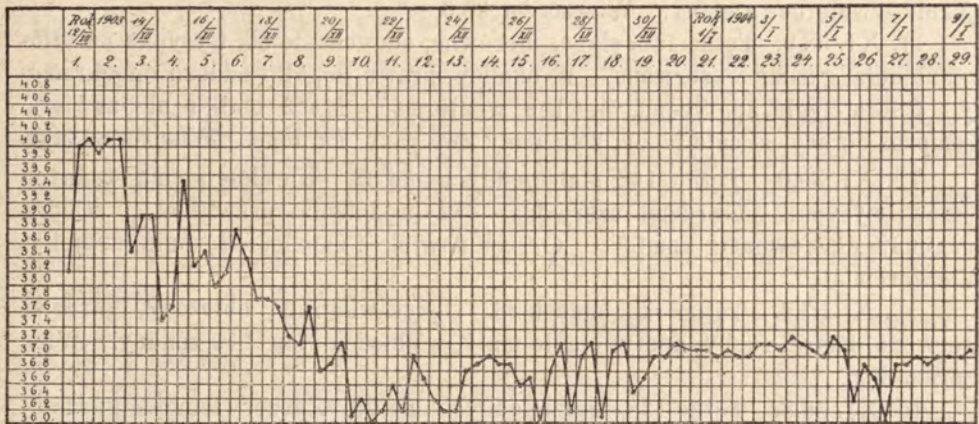


4,0 dziennie. Odtąd ciepłota była mierzona trzy razy dziennie. C. w południe 40,0, wieczorem 40,1.

13. XII. Ciepłota zrana 39,9; w południe 40,1. T. 132. Wysypka objęła i kończyny, wysypka bardzo mocna. Gardziel silnie zaczerwieniona. Chory spędził noc bardzo niespokojnie, bredził. Dzisiaj zrana zupełnie przytomny, skarży się na ból głowy. Zastrzyknąłem o godzinie 4 po południu 50 cm. sz. surowicy pod skórę ściany brzusznej. Wieczorem 40,1.

14. XII. 38,5 — 39,0. Tętno 132. Język czerwony, wilgotny; gardziel silnie zaczerwieniona. Noc chory spędził bardzo niespokojnie, bredził. Obecnie przytomny, czuje się dobrze, na nic się nie skarży, woła jeść. Wieczorem 39,0.

Przypadek czwarty. Bogdan P.



15. XII. 37,5—37,7. T. 128. Język czerwony wilgotny, gardziel czerwona, wysypka na tułowiu i kończynach zbladła. W nocy chory spał spokojnie, czuje się bardzo dobrze. Wieczorem 39,5.

17. XII 38,2—38,8. T. 124. Język czerwony, wilgotny, gardziel silnie zaczerwieniona, gruczoły podszczękowe ciągle powiększone. Wysypka pozostaje jeszcze w bardzo małym stopniu na tułowiu. Chory ma silny kaszel. W płucach rozrzucone suche rżenia. Zapiisałem do wewnątrz *Inf. r. Cephaelidis*. Wieczorem 38,4.

18. XII. 37,8—37,8. T. 124. Język wilgotny. Pozostają jeszcze słabe ślady wysypki na tułowiu. Gardziel czerwona. W płucach stan bez zmiany. Kaszel częsty, suchy. Wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem 37,7.



19. XII. 37,3—37,2. T. 120. Gardziel lekko zaczerwieniona. Kaszel mniejszy. Apetyt dobry. Mocz białka nie zawiera. Wieczorem 37,7.

21. XII. 36,1—36,4. T. 108. Na górnej tylnej stronie tułowia lekkie ślady wysypki. Gardziel lekko zaczerwieniona. Kaszel mały. Apetyt dobry. Wieczorem 36,0.

23. XII. 37,0 — 36,7. T. 92. Język wilgotny czysty. Gardziel biała. Gruczoły podszczękowe powiększone. Na ciele niema żadnych śladów wysypki. Skóra zaczyna się łuszczyć. Wieczorem 36,4.

26. XII. 36,9 — 36,9. T. 92. Język czysty. Łuszczenie skóry obfite. Chory skarży się na lekkie bóle w kończynach; niema obrzmień stawów, ani ograniczenia ich ruchów. Wieczorem 36,7.

28. XII. 36,2—37,0. T. 80. Gardziel biała, gruczoły podszczękowe mało powiększone, łuszczenie skóry ciągłe, bóle w kończynach znikły, mocz białka nie zawiera. Wieczorem 37,2.

31. XII. 37,0—37,2. T. 80. Stan dobry. Wieczorem 37,1.

6. I 1904 r. Ciepłota 36,2—36,9. Mocz białka nie zawiera. Wiecz. 36,7.

15. I. Ciepłota była mierzona w ciągu czterech tygodni [do 10. I]. Mocz białka nie zawiera.

16. I. T. 76. Stan zadowalający. Zaleciłem kąpiele i wycierania ciała słabym roztworem sublimatu.

23. I. T. 72. Stan dobry. Mocz białka nie zawiera. Zastosowano już sześć kąpiele. Choremu pozwoliłem wstać z łóżka i jeść mięso. [D. n.]

---

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## BADANIA NAD LOSEM ROZTWORÓW SOLNYCH w żołądku ludzkim.

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

### Doświadczenie II (20. VII. 1903).

Do żołądka chłopca [przygotowanego jak wyżej] wprowadzono roztwór NaCl [14,5 w 500 H<sub>2</sub>O] w ilości 410 cm. t. j., około 11,9 NaCl. Δ roztworu = -1,71°; Δ pierwszej porcyi wydobytej [jak wyżej w dośw. I] = -1,650°.

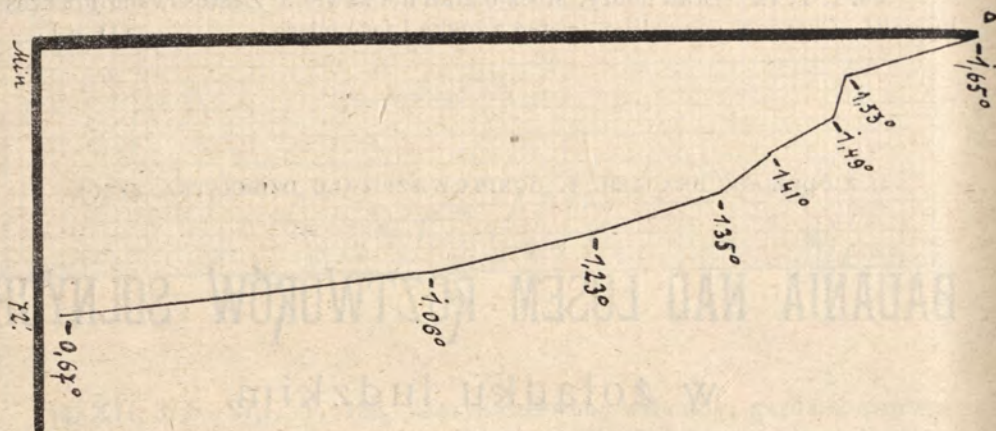
GAZ. LEK. NR. 17.



TABLICA II.

Nr. porcyi.	Czas: godz. min.	$\Delta$	U w a g
1	9,38'	- 1,65°	
2	" 48'	- 1,53°	
3	" 59'	- 1,49°	
4	10,09'	- 1,41°	
5	10,19'	- 1,35°	
6	" 30'	- 1,23°	
7	" 40'	- 1,06°	Z trudn. wychodzi. Domieszka śluzu.
8	" 50'	- 0,67°	Z wysiłkiem wydobyto około 3 cm. sz. śluzu.

Dodatek. 1) W żadnej porcyi nie znaleziono wolnego HCl;  
2) płynu wydobyto razem około 185 cm. sz.



Krzywa Nr. 2.

Z załączonej tu krzywej wraz z tablicą Nr. II widzimy, że tym razem rozcieńczanie roztworu szło daleko bardziej prawidłowo i w miarę zmniejszania się jego koncentracji coraz to energiczniej: krzywa Nr. 2 spada ku dołowi coraz to gwałtowniej. Chłopiec podczas doświadczenia II-go nie doznawał tych przykrych objawów, które omówiliśmy w doświadczeniu I jako bezkrwistość mózgu wskutek przekrwienia jamy brzusznej. Całkowite obniżenie wyniosło tu 1,65°—0,67° 0,98°, podczas gdy w doświadczeniu I wyniosło ono — 1,67°. I w tem doświadczeniu jednak rozcieńczanie roztworu NaCl nie doszło do zupełnej izotonii: żołądek wydalil do kiszek roztwór hipertoniczny [ $\Delta = -0,67^\circ$ ].



**Doświadczenie III (22. VII. 1903).**

A. Do żołądka [metodyka wciąż ta sama!] wprowadzono b. słabo hypotoniczny roztwór NaCl, mianowicie wprowadzono około 430 cm. sz. 6—7‰ roztworu NaCl,  $\Delta$  roztworu = -0,47°;  $\Delta$  porcyi wydobytej co chwilę po wprowadzeniu = -0,455°.

TABLICA III A.

Nr. porcyi	Czas godz. min.	$\Delta$	u w a g i.
1	9,40'	0,455	
2	50'	0,465	
3	10a	0,49	
4	" 10'	0,48	
5	" 20'	0,49	
6	" 30'	0,50	Wydobyto kilka cm. z dużą domieszką śluzu.

**Dodatek.** 1) W żadnej porcyi nie znaleziono wolnego HCl.

2) Płynu wydobyto razem 145 cm. sz.

B. D. 1. IX. 03. Do żołądka wprowadzono 290 cm. 6—7‰ NaCl. Wysokość manometru doprowadzono do 35 cm.

TABLICA III B.

Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.	Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.	Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.	Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.	Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.	Czas	Wysok. słupa cieczy w cm.
11a,4	35	I 11,14	33	II 11,24	27	II 11,34	32	IV 11,44	31,5	V 11,54	21
5	30,5	15	30	25	29	35	34	45	34	55	29,5
6	31	16	28	26	29	36	32	46	31,5	56	22
7	32	17	31	27	24,5	37	24	47	31,5	57	26
I (*) 8	28,5	II 18	32	III 28	24	IV 38	33	V 48	24,0	VI 58	19
9	30	19	34	29	27,5	39	28,5	49	27	59	23
10	25	20	29	30	29	40	33	50	21	12,00	30
11	28	21	28	31	27	41	21,5	51	23,5	1	31
12	33	22	29	32	30	42	30	52	21,5	2	29,5
13	18,5	23	27	33	26	43	21	53	32	3	28
										4	15
										5	18,5

Średnio ciśnienie.

Okres I 29,2 cm.

" II 30,1 "

" III 27,3 "

" IV 28,9 "

" V 27,8 "

" VI 25,4 "

\*) Patrz dopisek, tablica I B. [przyp. autora].



Doświadczenie III poucza nas, że słabo hypotoniczna zawartość żołądka ulega powiększeniu stężenia drobinowego. Wynik tego doświadczenia, zgodny z wynikami badań BÖNNIGER'a, przemawia wyraźnie przeciw przyjmowaniu jakiejś „*Verdünnungssecretion*“ w rozumieniu H. STRAUSS'a i RÓTH'a. Nadto widzimy z tablicy III A, że zawartość solna hypotoniczna żołądka nie potrzebuje dochodzić do izotonii z krwią, żeby opuścić żołądek. Staje się to, zanim żołądek doprowadzi swą zawartość do izotonii i dalsza praca w tym kierunku spada prawdopodobnie na kiszki. Dzieje się to wszystko przy dosyć znacznym ciśnieniu w żołądku, przewyższającym średnie ciśnienie, jakie panowało w żołądku o zawartości mocno hypertonicznej. Świadczy to prawdopodobnie o mocnym obchwytywaniu zawartości żołądka przez jego ścianki, co niewątpliwie przyspiesza wydalanie zawartości do kiszki: z tablicy III A widzimy, że już w godzinę nie prawie niepodobna było wydobyć z żołądka.

Z tego musimy wywnioskować, że płyny słabo hypotoniczne, prawie izotoniczne, przebywają w żołądku daleko krócej, niż płyny hypertoniczne. Do kwestyi tej powrócimy jeszcze niebawem z okazji porównawczego omawiania wyników wszystkich doświadczeń.

#### Doświadczenie IV. (24. VII. 1903).

A. Do żołądka [przygotowanego, jak powyżej] wprowadzono 400 cm. sz. zwykłej wody destylowanej laboratoryjnej.

TABLICA IV A.

Nr. porcyi	Czas godz. min.	$\Delta$	U w a g i.
1	10,17'	0,01	
2	27'	0,04	
3	37'	0,09	
4	47'	0,25	Z trudnością wychodzi nieco płynu ze śluzem.
5	57'	0,34	Z trudnością wydobyto około 5 cm. śluzowatej zawart.

Dodatek. 1) W żadnej porcyi nie znaleziono wolnego HCl.

2) Płynu razem wydobyto około 120 cm. sz.

B. Do żołądka wprowadzono 280 cm. H<sub>2</sub>O zabarwionej [jak wyżej]; ciśnienie doprowadzono do 34 cm.



TABLICA IV B.

Czas.	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.	Czas	Wysok. słupa cieczozy w em.
10,35	34	10,47	30—29,5	10,59	18,5	11,7	17,5	11,19	19	11 31	15,5	Średnio ciśnienie	
36	31	48	20	11	24	8	17,5	20	17	32	18	w okresie I 28,7 cm	
37	32,5	49	32,5	1	24	9	19,5	21	15	VI 33	16,5	" II 26,8 "	
38	34	50	28	2	30	10	29,5	22	16	34	20	" III 22,6 "	
39	26,5	II 51	26	III 3	25	IV 11	24	V 23	16	35	15	" IV 20,8 "	
1 40	27	52	23	4	23,5	12	18	24	19	36	17,5	" V 18,4 "	
41	27	53	24	5	18,5	13	17,5	25	16	37	16	" VI 16,7 "	
42	22,5	54	31,5	IV 6	20,5	14	25	26	18	38	17		
43	26,5	55	19			15	25	IV 27	16				
44	25,5	III 56	24,5			V 16	20	28	15				
II 45	24,5	57	19			17	19	29	15				
46	28,5	58	18			18	17,5	30	17				

Z zestawienia tych danych widzimy, że żołądek wydziela do wprowadzonej doń wody jakiegoś rozpuszczalnego ciała, które podnosi stężenie tej wody. Zanim jednak koncentracja zawartości żołądkowej wzrośnie do izotonii z krwią, żołądek przed tem już wydziela tę zawartość do kiszki. To wydalanie, jak wskazuje tablica IV B, odbywa się bardzo miarowo: ciśnienie w żołądku zmniejsza się zwolna, lecz stale.

Dla wyciągnięcia dalszych wniosków z powyższych doświadczeń uważam za niezbędne zestawienie wyników ich w postaci tablicy, obejmującej ostateczne rezultaty tablic I, II, III i IV A i B.

Poniżej przytoczona tablica pozwala nam na wyciągnięcie kilku wniosków, rzucających nieco światła na mechanizm zachowywania się żołądka odnośnie do stężenia drobinowego swej zawartości. A mianowicie:

I) Żołądek wogóle rozcieńcza wprowadzone doń roztwory hipertoniczne soli kuchennej. Jednakże rozcieńczanie tych roztworów zazwyczaj nie dochodzi w żołądku do izotonii z krwią. Nad czynnością rozcieńczania bierze górę ruchowa czynność żołądka, skutkiem czego hipertoniczne roztwory NaCl opuszczają żołądek prędzej, zanim zostaną doprowadzone do izotonii.

II) Ogólnie biorąc, szybkość, z jaką roztwory solne opuszczają żołądek jest rozmaita i zależna do pewnego stopnia od koncentracji roztworu [porówn. ru-



TABLICA V.

Nr. doświad. I	Wprowadzo- no NaCl grm. II	Obniżenie $\Delta$ III	Trwanie do- świad. minut III	Wprowadzo- no do żołąd. V	Weszło z żo- łądka do ki- szek VI (*)	Szybkość opuszcza- nia przez zawartość żołądka VII (**)	Obecn. HCl wolv. VIII
1	29	od 3,34 do 1,67 (1,67)	130'	455	255	$\frac{255}{150}$ około 2 cm. sz.	0
2	12	1,65—0,67 (0,98)	72'	410	225	$\frac{225}{72}$ około 3 cm. sz.	0
3	2,7	0,455—0,50 (+ 0,05)	50'	430	285	$\frac{285}{50}$ około 5—6 cm. sz.	0
4	0	0,01 - 0,34 (+ 0,33)	40'	400	280	$\frac{280}{40}$ około 7 cm. sz.	0

bryki II i VII tablicy V-ej]. Widzimy, że woda czysta opuszcza żołądek ze średnią szybkością 7 cm. na minutę, podczas gdy w miarę wzmaganą się w niej zawartości NaCl szybkość ta zmniejsza się i wreszcie molowe roztwory soli opuszczają żołądek z górą 3 razy wolniej niż czysta woda.

III) W doświadczeniu I żołądek zmniejszył  $\Delta$  swej zawartości o 1,67° w przeciągu 130 minut, w doświadczeniu II—o 0,98° w przeciągu 72 minut. Jeśli obliczymy, z jaką szybkością zachodzi to w obu razach, to znajdziemy:

$$I \quad \frac{1,67^{\circ}}{130'} = 0,013^{\circ} \text{ w } 1'$$

$$II \quad \frac{0,98}{72} = 0,013^{\circ} \text{ w } 1'$$

Znaczący to, że szybkość, z jaką żołądek rozcieńczał swą zawartość była w obu razach ta sama. Czy szybkość ta zawsze jest stała, tego nie chcę i nie mam prawa tu przesądzać, pragnę tylko zaznaczyć, że jeśli szybkość rozcieńczenia przyjmujemy istotnie za stałą [około 0,013° na 1' przy ogólnej zawartości około 500—450 cm. sz.] dla roztworów NaCl, to wówczas zrozumiemy, że im monejszy roztwór NaCl znajdzie się w żołądku, tem dłużej będzie on tam przebywał dla dojścia do pewnego stopnia rozcieńczenia, być może blizkiego do izotonii z krwią.

\*) Rubryka VI obejmuje różnicę pomiędzy ilością cieczy wprowadzonej a ilością cieczy wydobytej razem we wszystkich poręczach do kryoskopowania [patrz dodatki do tablic A].

\*\*) Rubryka VII poucza, ile cm. sz. zawartości przechodziło w 1 min. do kiszek. Tak np. w dośw. 4 [trwającym 40 minut] w 40 minut przeszło do kiszek 280 cm., w minutę zatem 7 cm. sz.



IV) Jeżeli porównamy krzywe, podane wyżej dla roztworów hipertonicznych NaCl [1 i 2] to zobaczymy, że energia, z jaką żołądek rozcieńcza swą zawartość solną, zależnie od koncentracji, uwydatnia się rozmaicie. Jeżeli idzie o roztwory mocne [krzywa 1], to żołądek od razu rozwija swą energię: krzywa Nr 1 spada od razu głęboko, potem dopiero załamuje się w kilka wzniesień, po których zawsze następują spadki. Ma się tu wrażenie, jakoby napięta zrazu mocno energia rozcieńczania słabła z czasem do tego stopnia, że napięcie jej równa się wielkości ujemnej, t. j. że koncentracja płynu nawet wzmagają się. Bo tylko chwilowem, choć nieznacznem wzmaganiem się stężenia drobinowego zawartości musimy wytłómaczyć sobie te 3 wzniesienia krzywej Nr 1. Czyżby te wzmaganie się koncentracji miało polegać na chwilowem wchłanianiu się wody w żołądku, lub też na wydzielaniu do żołądka czegoś, co wzmagają koncentrację jego zawartości? Pytania te muszą pozostać bez odpowiedzi. Krzywa Nr 2 uwydatnia prawidłowy spadek roztworów hipertonicznych o koncentracji słabszej. Wbrew krzywej Nr 1 widzimy tu, że żołądek zrazu powoli rozcieńcza swą zawartość, lecz energia jego coraz to wzrasta w tym kierunku, przyczem nie znajdujemy tym razem na krzywej żadnych wzniesień: stężenie zawartości słabnie stale i coraz to silniej.

V) Wbrew wynikom niektórych doświadczeń STRAUSS'a i RÓTH'a żołądek badanego przeze mnie chłopca a n i r a z u nie wydzieliał kwasu solnego. Bodźce, jakich w doświadczeniach mych używałem, mianowicie też roztwory NaCl różnej koncentracji i H<sub>2</sub>O—nie pobudzały żołądka do specyficznej sekrecji trawiennej, w danym razie, mówiąc z punktu widzenia celowości — zgoła niepotrzebnej. Błona śluzowa żołądka reagowała tylko i to za każdym razem wydzielaniem śluzu, który w końcowych porcjach wydobywanych przeważał, jak to zaznaczono w odpowiednich miejscach. Śluz ten znajdowałem w porcjach końcowych zawsze i to bez względu na stężenie roztworu, wprowadzanego do żołądka chłopca. Oczywiście — chłopiec wobec zupełnej niedrożności przelyku nie łykał wcale śliny. Śluz więc pochodził tu w całości z błony śluzowej żołądka. Czy łykanie śliny przez osoby, poddawane tego rodzaju doświadczeniom jest tak obojętne dla stężenia drobinowego zawartości żołądkowej, jako to sądzą STRAUSS i RÓTH [*„kaum in Betracht kommende, übrigens ziemlich constante (!? A.) Fehlerquelle“* loc. cit. str. 150], na to pytanie bądź co bądź nie mogę odpowiedzieć twierdząco. Choć bowiem autorowie pomienieni zalecali badanym przez się osobnikom powstrzymanie się od łykania śliny, to jednak 1) wiemy, że powstrzymać łykanie śliny przez 20—40 minut jest rzeczą bardzo trudną nawet dla człowieka bardzo zajętego doświadczeniem [łyka się ślinę nawet nie wiedząc o tem]; 2) podczas doświadczeń I chłopiec splotał dość dużo zwłaszcza w samym początku doświadczenia [patrz tabl. I A] w chwili gdy mu się zrobiło niedobrze. Połknięta zaś podczas doświadczenia ślina może: 1) być źródłem rozmaitych siarczanów, fosforanów i t. d. 1) w zawartości żołądkowej; 2) może spowodować — jak wiado-

1) Według HAMMERBACHER'a [cyt. za A. GAUTIER *Leçons de Chimie biologique*, wyd. II, 1897, str. 496] ślina ludzka mieszana zawiera w 100 cz. popiołu 13,8 kw. fosforowego, 6,4 kw. siarczanego i t. d. [Przyp. autora].



mo—wydzielanie soku żołądkowego ew. HCl; 3) co ważniejsza — może wpłynąć na stężenie molekularne zawartości żołądkowej zwłaszcza hipertonicznej, podnosząc ją; skutkiem czego wysokość  $\Delta$  roztworu nie będzie odpowiadała zawartości w nim NaCl. Łykanie więc śliny może być tym aktem, który przeciwdziała zmniejszaniu stężenia drobinowego zawartości żołądkowej („*Vorgang welcher die Verdünnung der molekulären Gesamtkonzentration entgegenwirkt*“ RÓTH i STRAUSS str. 159). Stąd widzimy, że nie podobna *a priori* lekceważyć wpływu łykania śliny na to, co zachodzi w żołądku. Owo nieuwzględnienie wpływu śliny uważam za poważne źródło błędów w tego rodzaju doświadczeniach, błędów, jakich niewątpliwie RÓTH i STRAUSS uniknąć nie mogli. Mój chłopiec, jak to wielokrotnie sprawdziłem przy pomocy podawania mu *per os* roztworu błękitu metylenowego—miał zupełną niedrożność przelyku; pozwoliło mi to na uniknięcie tych błędów, o jakich mowa. [D. n.]

## ODCINEK.

### O pożądanym typie ambulatorjów dla chorych wenerycznych. Wrażenia ze zwiedzenia szpitala w Kielu.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu sekc. szpit. Warsz. Tow. higien. d. 30-go III. 1904].

Skreślił

**Antoni Wysłouch.**

[Dokończenie — Patrz Nr. 16].

Walka z syfilisem wchodzi obecnie w nową fazę. Przez sto lat ostatnich zbyt wielką pokładano ufność w rozporządzeniach administracyjnych, opierając na reglamentacyi prostytutcyi niespełnione nadzieje. Prawda, że i trąd w swoim czasie zwalczyła nie tyle medycyna, ile władze państwowe, wyłączając po prostu zarażonych, że tak powiem, z grona wiernych. Ale do przymiotu to samo zastosować się nie da. To też daremnie dla idei *salus populi* wyłączano całą grupę kobiet z pod opieki prawa, skazując je na wieczną hańbę i prostytutkę. I oto, to rozrywanie naturalnej jedności prawa pospolitego i moralnego z zasadami higieny pomściło się straszliwie na ludziach, bo niemal wszędzie statystyka wykazuje coraz większe rozpowszechnienie się przymiotu. Dziś też oczy wszystkich zwracają się do medycyny i do jej kapłanów-lekarzy, bo zwalczanie przymiotu zapomocą szerzenia moralności jest rzeczą pono za długą. W jakim sposobie medycyna sprostać może swojemu zadaniu? Ze zwykłą sobie precyzją odpowiada na to FOURNIER: *l e c z y ć , z a p o b i e g a ć , n a u c z a ć*<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> II-e Conference de Bruxelles. Rapport du dr FOURNIER p. 11.



A naprzód co do pierwszego. Oddajemy prostytutki w ręce policyi i gwałtem je pociągamy do ogłędzin pod pozorem, że inaczej nie będą się leczyć; i tak bywa istotnie. A tymczasem ci, którzy pragną leczyć się dobrowolnie, nie mają prawie do tego możliwości. I nie tylko weneryczni. „Kurier Poranny“ opisał niedawno rozdzierający fakt [Nr. 337 z 903r.] pod wymownym tytułem „Bez wyjścia“. „Do Łazarza, albo do Wisły“ taka jest dziś u nas alternatywa.

Jakkolwiek pożądaną jest rzeczą wydanie specjalnego prawa o chorobach wenerycznych na wzór istniejącego już w Danii, to jednak, jak mniemam, żąpana ochrona publiczna (*prophylaxie publique*) nie będzie tak doniosłą w skutkach, jak profilaktyka osobista (*prophylaxie individuelle*). Bo dziś ludzie unikają przymusu i często radzi uczynia to dobrowolnie, co im się ciężkiem wydaje, gdy jest nakazane. Zresztą każdy system przymusu warunkuje cały aparat strzegących wykonania obowiązującego prawa. Zapomocą policyi wyleczymy nie wielu.

Dalej, chyba nadeszła już pora zrównania, równouprawnienia syfilisu z innymi chorobami. Co do mnie, tobym się nawet nie wahał przyznać mu pewnych przywilejów przed innymi cierpieniami. A na syfilityków należałoby przestać patrzeć jako na przestępców, lecz raczej jako na skrzywdzonych (*avariés*), jako na chorych. A ponieważ chodzi o to, aby się leczyło jak najwięcej osób i jak najskuteczniej, i to nie u szarlatanów, ale u lekarzy, to logicznym wnioskiem będzie nagląca potrzeba otwarcia wszystkich szpitali istniejących dla rubryki chorych skórnych i wenerycznych.

Jakkolwiek FOURNIER od dawna nawołuje<sup>1)</sup>, że do wyleczenia syfilisu potrzebne są nie tyle szpitale ile ambulatorya lub polikliniki i szacuje pożytek tych ostatnich w dziewięciu dziesiątych wypadkach choroby, to jednak szpitale będą zawsze niezbędne choćby dla leczenia wrzodu wenerycznego celem uniknięcia zapalenia gruczołów w ostrych przypadkach rzeżączki u mężczyzn, a osobliwie u kobiet, nareszcie w razie ciężkiego syfilisu [*iritis*; większość objawów trzeciorzędnych] i wogóle we wszystkich wypadkach, kiedy chorzy nie mogą mieć odpowiednich warunków do leczenia się w domu. A zatem szpitale są niezbędne. Czy to jednak wystarczy? Szpitale mogą być doskonałe, gdy chodzi o wyleczenie objawów choroby, są one niedostateczne, gdy chodzi o wyleczenie syfilisu, jako choroby [FOURNIER]. Zadaniu temu mogą sprostać jedynie ambulatorya dla przychodzących chorych.

Należałoby więc:

1) aby przy każdym większym szpitalu istniały specjalne sale dla chorych skórnych i także dla wenerycznych;

2) aby prócz tego istniały ambulatorya dla takichże chorych.

W jakim sposób mają być urządzone te ostatnie, aby mogły odpowiadać swojemu zadaniu?

1. Pierwszym warunkiem jest, aby nie miały zbyt wielu klientów. Lekarz musi mieć dość czasu, aby dokładnie zbadać chorego i dać mu odpowiednie instrukcje, a wiadomo, jak wielką ignorancją odznacza się znaczna liczba chorych. Należałoby też wziąć pod uwagę, aby ich nie nużyć i nie odstręczać zbyt długim czekaniem na poradę. Dlatego trzeba, aby ambulatoryów tych była dostateczna liczba i to w różnych punktach miasta. FOURNIER oblicza, że na Paryż [3 miliony mieszkańców] potrzeba ich dziesięć; w tym stosunku na Warszawę wystarczyłyby trzy do czterech.

2. Trzeba by od razu zaprowadzić system kartkowy (*fiches individuelles*). Każdy chory pod swoim, czy przybranym nazwiskiem zostaje zapisany do księgi, gdzie, o ile można najkrócej, pod datą jest zaznaczony rodzaj cierpienia

---

<sup>1)</sup> Prophylaxie de la Syphilis par le traitement, p. 24, Stérilisation de la syphilis, Bulletin de la Prophylaxie sanit. 1901 T. Nr. 3, str. 308–310. Rapports Préliminaires. Bruxelles 1902, str. 1–2, 12.



i przepisane lekarstwo. Duplikat otrzymuje chory na ręce, aby miał co przedstawić innemu lekarzowi na wypadek zmiany tegoż, czy też ambulatoryum. Pożytku takich *files* zbytecznie dowodzić; oszczędza to wiele czasu lekarzowi i dokładnie informuje od razu. System ten nie waha się FOURNIER nazwać doskonałym. O ile wiem, dla prostytutek pierwszy go zastosował Dr. SPERK w Petersburgu.

3. Ambulatorya te powinny być bezpłatne w pełnem tego słowa znaczeniu. Ta firma „bezpłatnie“ istnieje w wielu miejscach, faktycznie zasada nie przeprowadzona nigdzie. Chodzi tu o godziny przyjęć. Najczęściej ambulatorya funkcjonują zrana, a jeśli po południu, to od pierwszej do 3-ciej, lub od 4-tej do 6-tej, co rzadziej. Tymczasem właśnie dopiero o 6-tej kończy się praca w fabrykach. Dlatego jest rzeczą niezbędną, aby ambulatorya funkcjonowały w niedziele, a w dni powszednie wieczorami od 7-mej do 5-tej i później. Kto zna warunki ludu roboczego, nie będzie się dziwił takiemu wymaganiu.

Wyrobnik, czy robotnica, aby zasięgnąć porady „bezpłatnej“, musi tracić jeśli nie cały, to przynajmniej pół dnia pracy, co jest dlań nazbyt często kwestyą chleba, czy życia. Jeśli choroba wymaga dłuższej kuracyi i peryodycznych wizyt, to chorym zagraża utrata miejsca. Wskutek tego pracujący ociągają się z poradą do ostateczności z wielkiem niebezpieczeństwem dla siebie i dla otoczenia,—lub też udają się do gotowych zawsze do usług felcerów i szarlatanów.

4. Następuje kwestya lekarstw. Zbyt często się zdarza, że lekarz jest zdziwiony, że przepisane przez niego środki nie dały pożądaných skutków. Aliści przy bliższem badaniu okazuje się, że chory lekarstw nie zażywał, bo zbyt drogo kosztowały. Dlatego jest niezbędnem, ażeby lekarstwa wydzielano zupełnie darmo, a nawet i niektóre przedmioty, jako to: irygatory, suspenso-rya, nawet szczoteczki do zębów. Nadto trzeba zapewnić chorym kąpiele bezpłatne i to na miejscu w ambulatoryach. Zachodzi pytanie, w jakich granicach? Czy wszystkim, którzy o to proszą, czy też tylko zaopatrzoným w świadectwa ubóstwa? Lękam się, aby konieczne wymaganie tych ostatnich nie przeszkadzało prawidłowemu leczeniu, dlatego byłbym za pierwszym rozwiązaniem sprawy. Wychodzę z zasady, że taką plagę jak przymiot, i walkę z nim powinno wziąć na siebie czy państwo, czy gminy i miasta, czy całe społeczeństwo, bo gdy chodzi o syfils musi być solidarność winnych z niewinnymi. Zresztą na początek możnaby bezpłatnie wydawać lekarstwa tylko żyjącym z pracy rąk i notorycznie ubogim.

5. Ambulatorya należy tak urządzić, aby ile możności miały cechy prywatnej porady u lekarza. Dlatego też chorzy powinni być wpuszczani po jednemu, aby uniknąć publicznego wyznania syfilisu. Jest to warunek nieodzownie zasadniczy. Udzielanie porad na sali, wśród zgiełku, jak się to praktykuje dotychczas w Paryżu, jest nieludzkim, barbarzyńskim i bezcelowem. Stracie czasu, którą powoduje rozbieranie się i ubieranie, co zwłaszcza u kobiet nie idzie prędko, możnaby zapobiedz, jak proponuje FOURNIER, przez urządzenie w poczekalni oddzielnych kajutek, gdzieby się to swobodnie mogło odbywać. Rozumie, że obecność asystenta przy lekarzu, albo nawet studentów medycyny, nie sprzeciwia się zasadzie, którą tu wypowiadam.

6. Godziny przyjęć powinny być inne dla mężczyzn, a inne dla kobiet. Zbytecznem dodawać, że lekarzami mogą być tylko specjaliści i że za swoją pracę powinni być dostatecznie uposażeni; ze względu na płeć słabszą, kobiety—lekarki mogłyby też oddać niemałe usługi.

Tak się przedstawia pożądany typ ambulatoryów, jako oddzielnej instytucyi. Nie ja go wymyśliłem, ale zestawilem go tylko z pism takich znawców, jak FOURNIER, FINGER, JADASSOHN i LESSER. Co do tego niema między nimi dwóch zdań, ale najgłośniejsz i najdawniej propaguje myśl takich lecznic mistrz FOURNIER, pod wpływem obecnego systemu paryskiego. Brak mu słów, aby go napię-



tnować, potępić. Bo tam w ciągu dwu do trzech godzin muszą lekarze załatwić przeszło 200-u chorych obojej płci, bo wszystko się odbywa głośno i publicznie, *coram populo*, gdyż chorzy więcej nie wracają. Nie widzę potrzeby, abyśmy przechodzili przez takie doświadczenie, celem dojścia do uznania humanitarnej reformy. Celem jest i będzie, aby każdy chory zgłaszał się dobrowolnie i jak najwcześniej po pomoc i ratunek.

Zbytecznym chyba dodawać, że takie ambulatorya w ręku biegłych specjalistów, mogą przedstawiać bogaty materiał dla spostrzeżeń i nauki. Tym sposobem odpowiedzieliśmy na pierwsze i trzecie wymagania FOURNIER'a, które postawił za zadanie medycynie: leczyć i nauczać. Pozostaje drugie—zapobiegać.

Aczkolwiek jest rzeczą bardzo pożądaną, aby każdy lekarz po udzieleniu porady dawał pewne objaśnienia choremu co do natury i zaraźliwości jego cierpień,—w praktyce jednak jest to niezawsze możliwem. Trudno wymagać, aby kilkadziesiąt razy dziennie powtarzał to samo ludziom, którzy go może nie bardzo rozumieją, niezawsze wierzą, i nim wyjdą jeszcze, o tem, co powiedział zapomną. A tymczasem pod względem chorób wenerycznych, jest jeszcze wielka nieświadomość, jeszcze więcej mylnych przekonań, i wskutek tego utyskiwania po niewczasie, że tego nie wiedziałem, o tem nikt mi nigdy nie mówił. Zachodzi więc potrzeba objaśnień krótkich, dosadnych na piśmie.

Potrzeba już tego jest dawno uznana. W 1901 r. podobne *avis* wydała Administracya wydziału zdrowia publicznego w Belgii, ale przepis ten jest za długi, rozwlekły i ciężki<sup>1)</sup>, pewny sposób, aby go nikt nie czytał. W roku zeszłym wydało taki *Merkeblatt* Towarzystwo niemieckie do walki z chorobami wenerycznymi, w którym rej wodzi NEISSER, ale są tam rzeczy, których polecać nie można. To też przepis ten spotkał się z protestem całej grupy osób i zapewne zostanie zredagowanym inaczej. Podobno i u nas zapadła już w zasadzie uchwała w tej sprawie, ale coś o tem głucho. Dlatego poniżej zestawiam projekty najlepsze w mojem mniemaniu: FOURNIER'a i JADASSOHN'a<sup>2)</sup>, w nadziei, że może nareszcie i u nas coś się z tego wyłoni. Łatwiejsze to chyba od zakładania ambulatoryów i reformowania szpitali.

Oto główne zarysy objaśnień:

1. Czystość obyczajów i wstrzemięźliwość nie tylko nie są szkodliwe dla zdrowia, ale przeciwnie te cnoty zaleca się też z punktu widzenia medycyny<sup>3)</sup>.

2. Syfłis i rzeżączka są to choroby, które dają się wyleczyć, ale nie inaczej, jak po długiej kuracji, która trwać może lat kilka, i nawet wówczas, kiedy już niem żadnych oznak zewnętrznych. Nikt z tych, którzy te choroby przechodzili nie powinien wstępować w związki małżeńskie bez upoważnienia lekarza.

3. Choroby te są w najwyższym stopniu zaraźliwe, syfłis głównie przez ranki i wyrzuty, choćby najmniejsze na częściach płciowych i ustach. Dlatego też chory na syfłis ma ścisły obowiązek wstrzymywać się od wszelkiego zbliżenia płciowego z kobietą, a nawet od pocałunków, jeśli ma cokolwiek na wargach, języku lub w gardle. Można się też zarazić zapomocą przedmiotów, używanych przez: syfłityków, jako to: przez szklanki, łyżki, widełce, cygara, papierosy, bieliznę i t. p.

4. Wszystkie kobiety, które się oddają mężczyznom, a szczególnie prostytutki, wystawione są na zarażenie się. Często udzielają im choroby mężczyźni, którzy już się mają za zdrowych. Dlatego w s z e l k i a k t p ł c i o w y p o z a m a ł ż e ń s t w e m g r o z i n a b y c i e m c h o r o b y, tembardziej, że wiele kobiet nie wie nawet, że są zarażone. prostytutki, które pozostają

<sup>1)</sup> Znaleźć go można w Bulletin de la Société internationale de Prophylaxie, 1, 1 p. 379.

<sup>2)</sup> Rapports Préliminaires. Bruxelles 1902. FOURNIER str. 18 — 19. JADASSOHN str.

<sup>3)</sup> Uchwała [IV], zapadła jednogłośnie na drugim Zjeździe Brukselskim.



pod nadzorem lekarskim, i które otrzymały nawet świadectwo zdrowia, mogą mimo tego zarazić. W domach publicznych też wiele dziewcząt jest chorych.

5. Niema środków pewnych ustrzeżenia się zarazy. Zalecane przez ludzi złej woli środki nie mają żadnej wartości lub bardzo małą. Wszelkie stosunki płciowe poza małżeństwem są mniej lub więcej niebezpieczne, pomimo przedsiębranych środków ostrożności.

6. Bardzo wiele zarażeń następuje pod wpływem nadżycia napojów wyskokowych; choroby weneryczne bywają cięższe wskutek nadmiaru przyjmowanych trunków.

7. Choroby błon, skóry, narządów płciowych, które się okazują po stosunkach płciowych [niekiedy w kilka tygodni], choćby były nieznaczne, wymagają natychmiastowej porady lekarskiej. Wczesne leczenie może chorego ustrzedz od wielu nieszczęść.

8. Chory nie może sam wiedzieć, czy już powrócił do zdrowia. Jeżeli przestanie się leczyć pomimo przestrogi lekarza, sam jest odpowiedzialnym za złe skutki, które on sam i inni z ni mogą ponosić; jeżeli zaś kogo zarazi, chociażby dziewczynę publiczną, popelni ciężką zbrodnię.

9. Syfilis jest chorobą dziedziczną. Dziecko zrodzone z ojca lub matki, którzy przechodzili syfilis, nie może być w żadnym razie karmione przez mamkę, bo mogłoby zarazić tę ostatnią.

10. Jeżeli ktoś przechodził jedną z chorób wenerycznych, to powinien powiedzieć o tem lekarzowi, gdyby się go radził później z powodu wszelkiej innej choroby. Może to mieć bardzo ważne znaczenie dla jego zdrowia.

Takim jest projekt instrukcyi, której rozpowszechnienie uważałbym za pożyteczne, bez względu na wiele braków, które bez wątpienia instrukcyja ta posiada. A rozdawałbym ją nie tylko chorym w ambulatoriach i szpitalach, ale wszystkim, którzyby się przyznali, że żyją życiem płciowym lub mają zamiar rozpocząć, lub lepiej, którzy mają już o niem wyraźne pojęcie; jak np. ucząca się młodzież. Czyż oświecanie póki czas nie jest obowiązkiem wiedzących i zarazem dzielnym środkiem zapobiegawczym? A tymczasem znam ojców, którzy otwarcie się przyznają, że o takich rzeczach nigdy i za nic mówić nie będą z dorosłymi już synami. Snać czekają, aby ich wtajemniczył kto inny, prostytutka lub rozpustny towarzysz. Ileż ja sam z moich studenckich czasów pamiętam przewrotnych i najgłupszych przekonań, w które przecie święcie wierzyli moi koledzy, a na które odpowiedzi znaleźć wówczas nie mogłem.

Ale dobiegamy do końca. Syfilis jest wielkim złem. Reglamentacyja prostytutki, którą tak niedawno jeszcze uważano za twierdzę ochronną, dziś chwieje się na nogach i przyjdzie czas kiedy runie i zwiększy liczbę tylu innych zarzuconych i przedawnionych rupieci. I będą się dziwili ludzie, że ten system krzywdzący tak długo znosić mogli.

Ale oto zjawia się inne pytanie: czem go zastąpić, co na miejsce jego postawić? Niemasz lepszej odpowiedzi nad tę, którą tak pięknie sformułował FOURNIER: leczyć, zapobiegać i oświecać. Interes ogólny w tej materji jest nierozwalny z interesem indywidualnym. W interesie ogółu leży, ażeby się osobnik leczył i to leczył dobrze. A jakże uczynić, aby taki osobnik — chodzący siewca zarazy, tem niebezpieczniejszy, ile że na pozór zdrowy — leczył się odpowiednio, jeżeli nie przez podanie mu do tego środków? *O s u s z y ć ź r ó d ł o z a r a z y, j e s t t o s ł u ż y ć n a j l e p i e j, c h o ć m o ż e d r o g ą p o ś r e d n i ą, d o b r u p u b l i c z n e m u <sup>1)</sup>.*

1) FOURNIER str. 17.



## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie d. 23. II. b. r.

1. F. MALINOWSKI. Przedstawienie chorej, dotkniętej jednocześnie przymiotem i *lupus erythematoses*.

Na kończynach widać grudki wielkości łebka szpilki w głębi tkanki, koloru brązowego, dość liczne. Grudki te wsysają się pod wpływem kuracyi siołistej, mieszanej: KJ i szarucha. Na twarzy, na wardze dolnej miejsca nacieczone i bliznowate, które M. przyjmuje za *lupus erythematoses*. Obok nich guziczki *lupus vulgaris*. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na współczesne istnienie 2 procesów i umiejscowienie *lupus erythematoses* na błonach słuzowych.

2. I. ŚLASKI przedstawił łożysko z guzem wielkości pomarańczy tuż obok przyczepu pępowiny. Guz po przecięciu okazał się torbielą łożyska z wylewem krwi do wnętrza.

3. BORZYMOWSKI. Przedstawił chorego, 63 lat, po operacyi rozległego raka języka; operacya polegała na obustronnem podwiązaniu tętnic językowych i szczękowych zewnętrznych, wycięciu obu ślinianek podszczękowych z gruczołami i wycięciu języka z przednim lewym łukiem podniebiennym. Chory ma się dobrze. B. przedstawił preparaty makro- i mikroskopowe.

4. ANASTAZY LANDAU wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę doświadczalną do zakażenia żółtaczkowego“.

W badaniach, przeprowadzonych na królikach, autor pragnął rozwiązać kwestyę, czy zatrucie żółtaczkowe nie jest pewnego rodzaju zatruciem kwaśnem. Autor określił ogólną alkaliczność krwi królików po podwiązaniu przewodu żółciowego i zawartość kwasu węglowego. Badania wykazały znaczne zubożenie krwi w kwas węglowy, nieznaczne uszczuplenie alkaliczności ogólnej. Autor przychodzi do wniosku, iż stwierdzone zmiany przemawiają za istnieniem zatrucia kwaśnego, nie w takim jednak stopniu, aby mogło ono samo przez się spowodować śmierć zwierząt operowanych; zejście śmiertelne nastąpić mogło, zdaniem prel., wskutek swoistego działania toksycznego tych produktów kwaśnych, które spowodowały zubożenie krwi w alkalia.

W d y s k u s y i Rzętkowski wypowiada przypuszczenie, iż na stwierdzone zmiany we krwi nie bez wpływu mogłyby być takie czynniki, jak brak łąknienia u zwierząt po operacyi oraz wpływ samej operacyi. R. sądzi, iż kwestya *acidaemiae* w żółtaczce łatwiejby się dała wyświecić u ludzi w stanach żółtaczkowych.

JAN ŚWIĄTECKI sądzi, że stwierdzone przez prel. zmniejszenie alkaliczności krwi można objaśnić i zmienionymi warunkami wsysania miazgi pokarmowej w kiszkach wskutek braku w niej żółci, jak również urazem pooperacyjnym, wraz z pewnem chociażby słabego stopnia zakażeniem. Te dwa czynniki: głód i uraz należało uwzględnić, trzeba było u królików kontrolujących podwiązać także przewód żółciowy, żółć zaś odprowadzić na zewnątrz przez przetokę pęcherzykową.

St. MUTERMILCH podnosi ważne znaczenie badań prel., wynik ich, poraz pierwszy stwierdzony doświadczalnie, zgadza się ze znanym faktem, iż przy przewlekłej żółtaczce już po kilku dniach znikają z moczu kwasy żółciowe, które powszechnie są uważane za najbardziej trujące składniki żółci. M. zapytuje prel., czy zwracał uwagę na stan nerek, na co otrzymuje odpowiedź, iż



objawy cholemmi spostrzegano i przy zupełnie zdrowych nerkach, na to więc specjalnie uwagi prel. nie zwracał, co zaś do zaznaczonego przez M. znikania kwasów żółciowych w moczu przy przewlekłej żółtaczce, to jest ono dowodem zawieszenia funkcji wątroby.

MIKLASZEWSKI nie widzi sprzeczności pomiędzy zmniejszeniem zasadowości krwi a zubożeniem krwi w  $\text{CO}_2$ ; dowodzi to, iż we krwi zbierają się kwasy żółciowe, które wypychają  $\text{CO}_2$  z jego związków.

DUNIN zaznacza, iż widział wogóle mało przypadków śpiączki cholemicznej. Śpiączki nie spotykamy w przypadkach, gdzie nie jest dotknięty miąższ wątroby, a więc w kamicy żółciowej, w raku pęcherzyka żółciowego. Śpiączkę spotyka się w marskości wątroby przerostowej i zanikowej, gdzie żółtaczka nie jest bardzo częstym objawem. Wessanie żółci w kwestyi ogólnego zatrucia ustroju musi odgrywać niewielką rolę. Ciekawe byłoby, zdaniem mówcy, porównanie przemiany materii u osobnika dotkniętego marskością wątroby przed i po operacyi TALMA'Y.

LANDAU w odpowiedzi RZĘTKOWSKIEMU i ŚWIĄTECKIEMU zaznacza, że wspomnianych zmian we krwi nie można kłaść na karb operacyi, lekkiej i krótkotrwałej, a dowód najlepszy, że króliki na drugi dzień po operacyi zachowywały się jak najnormalniej, i dopiero w miarę potęgowania się choroby słabły.

W doświadczeniach L. zatrucie kwaśne wywołane być mogło jedynie niedostatecznie utlenionymi produktami przemiany materii, których, zmieniony wskutek zastoju żółci, miąższ wątrobowy nie mógł przetworzyć w sposób normalny. MIKLASZEWSKIEMU odpowiada, iż fakt, zaznaczony przez niego, spotyka się nawet w warunkach normalnych, na co zwrócił uwagę ZUNTZ [zależność od głębokości oddechu]. MIKLASZEWSKI w odpowiedzi zaznacza, iż przy głębszem oddychaniu, jak dowiódł POSPISCHIL, wytwarzanie  $\text{CO}_2$  jest znaczniejsze, niż przy oddychaniu powierzchownem, zmniejszenie więc ilości  $\text{CO}_2$  we krwi tłómaczyć jednak należy wpływem kwasów żółciowych.

#### Posiedzenie kliniczne z d. I/III. b. r.

1. STANISŁAW KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek obustronnego porażenia nerwu twarzowego (*diplegia facialis peripherica traumatica*).

Chory lat 33, tkacz, przed 10 u dniami uległ urazowi głowy przez żelazne części maszyny. Stracił przytomność, i dostał krwotoku z nosa, ust i uszu. Na drugi dzień po przyjsciu do przytomności zauważył, że nie może zamykać powiek i że ciężko mu mówić. Badanie w tydzień po wypadku wykazało: zupełne porażenie wszystkich mięśni twarzy, unerwionych przez oba nerwy twarzowe, chory nie może wcale zmarszczyć czoła, zamknąć powiek, wyszczerzyć zębów, nadąć policzków i t. d. Twarz bez wyrazu. Badanie elektryczne wykazuje odczyn zwyrodnienia. Z innych objawów porażenia nerwu twarzowego zauważono zmniejszone wydzielanie śliny. Smak częściowo, i ponownie zachowane, przytępienie słuchu, napięcie błon bębenkowych ku zewnątrz wskutek przypuszczalnych skrzepów krwi w *cav. tymp.*, przedziurawienie obu bębenków.

K. podnosi rzadkość przypadku; jako umiejscowienie przyczyny cierpienia uważa wylew krwawy do części skalistej kości skroniowej, w miejscu przechodzenia nerwów twarzowego i słuchowego.

K. zwraca uwagę na pewien szczegół, mianowicie, że chory który nie może dowolnie zamknąć powiek, podczas snu zamyka je niemal zupełnie. K. podaje odpowiednie tłómaczenie tego faktu przez HIRSCHFELD'a.

Z powodu przypadku, przedstawionego przez KOPCZYŃSKIEGO, DUNIN nadmienia, iż spostrzegał 2 przypadki, obustronnego porażenia nerwu twarzowego. Z tych jeden zakończył się zupełnem wyzdrowieniem. W drugim



przypadku, gdzie przyczyną porażenia były zatory w okresie poporodowym, nastąpiło zejście śmiertelne.

2. BORZYMOWSKI, przedstawił dwa preparaty anatomiczne:

a) tłuszczak, ważący 22 funty, który powstał u kobiety w tkance tłuszczowej pod lewą nerką i wypełniał całą jamę brzuszną — kiszki wszystkie odsunięte były na prawo z wyjątkiem esicy, która leżała przed guzem.

b) olbrzymi tętniak aorty, który zniszczył kość piersiową i tworzył z przodu klatki piersiowej wypukłość wielkości głowy dorosłego człowieka. Chory miał bardzo zwężone żrenice, szczególnie lewą i znacznie słabsze tętno na prawej ręce i u prawej *art. carot. com.* Zejście śmiertelne nastąpiło wskutek pęknięcia tętniaka. Skrzep składał się z ułożonych koncentrycznie warstw, powstał przeto za życia chorego i zatykał *truncus anonymus*, wobec tego dopływ krwi do prawej ręki i prawej połowy głowy był możebny tylko przez *carotis* i *vertebr. sin.* i wytworzonego przez nie *circ. arter. Willisii* na podstawie czaszki. Tem się tłómaczą stwierdzone za życia zmiany tętna. Na sekcji prawa półkula była zupełnie bezkrwista, biała, lewa miała wygląd zwykły.

3. WŁ. OLTUSZEWSKI demonstrował pneumograf i sposób jego użycia oraz 2 ch chorych: a) mężczyznę lat 27, dotkniętego głosem falsetowym od piętnastego roku życia, wyleczonego w ciągu miesiąca; b) 17-0 letniego chłopca z wrodzonym rozszczepieniem podniebienia miękkiego i skróceniem podniebienia twardego, który pomimo dokonanej operacji plastycznej mówi niezrozumiale. O. ma zamiar poddać go leczeniu — gimnastyce mowy; po skończeniu leczenia przedstawi go w Tow.

4. WŁ. OLTUSZEWSKI wygłosił rzecz p.łt. „Przyczynek do ważności obiektywnych metod badania przy dyzartryach kurczowych z domonstracją pneumografu. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej i głosu falsetowego“.

Do badania obiektywnego dyzartryi kurczowych służy lusterko krtaniowe i pneumograf. Ta ostatnia metoda jest łatwiejsza i dokładniejsza. Mówca wytłómaczył działanie pneumografu i na zasadzie zdobytych tą drogą danych podał następujące postaci jąkania oddechowego: a) wdechową, zależną od kurczów tonicznych lub klonicznych przepony, b) wydechową, c) wdechowo-wydechową, zależną od kurczu klonicznego przepony, d) postać artykulacyjnej ekspiracji, zależną od tonicznych kurczów przepony.

Na zasadzie obiektywnego badania wyżej wspomnianymi metodami autor przekonał się, że tak zwana afonia spastyczna, polegająca na zupełnym przerywaniu mowy lub głosie wydławianym, jest jąkaniem oddechowem, zależnem od jednoczesnego kurczu tonicznego przepony i mięśni klatki piersiowej, lub jąkaniem głosowem, uwarunkowanem tonicznym kurczem mięśni zamykających głośnie.

Na zasadzie swych badań autor w sprawie głosu falsetowego doszedł do wniosku, że zboczenie to uważać należy za zbliżone poniekąd do afonii spastycznej z tą tylko różnicą, że kurcze umiejscowiają się w mięśniach przednich krtani. Autor zalicza to zboczenie do kategorii dyzartryi kurczowej, przedstawiającej odmianę jąkania.

Pomyślnie leczenie tych spraw, prawie analogiczne jak przy jąkaniu, potwierdza zapatrywania autora.

J. Brudziński.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 24. Wagner M. O leczeniu wrzodu okrągłego żołądka.

Na Zjeździe medycyny wewnętrznej w r. 1901 FLEINER w wyczerpującym referacie poruszył sprawę leczenia wrzodu okrągłego żołądka. Na wielu punktach podziela on w zupełności dawno już wypowiedziane poglądy LEUBE'go i RIEGEL'a i wraz z nimi za najważniejsze wskazanie lecznicze, szczególnie po krwotokach uważa bezwzględny spokój tak całego ciała, jak i chorego narządu [żołądka]. Postępowanie jego w ogólnych zarysach jest następujące.

W pierwszych dniach po krwotoku chory otrzymuje jedynie kawałki lodu do lykania, które łagodzić mają dotkliwie nieraz pragnienie i wpływać na szybsze ściągnięcie się ścian żołądka. Odżywianie odbywa się przez podawanie lewatyw odżywczych, które dopiero po kilku dniach ustępują miejsce wyłącznie mlecznej dyecie w postaci co 2—3 godzin podawanej szklanki mleka. Stopniowo, a zwolna dodaje się do tego następnie nieco potraw mącznych, żółtko z jajka, w 5-tym tygodniu dobrze siekane mięso białe, w 6-ym mięso czerwone, wreszcie dopiero pod koniec drugiego miesiąca pozwolić można na niektóre jarzyny. Przy dyecie powyższej chory otrzymuje również duże dawki bismutu (*Bismuthum subnitricum* 10,0—15,0—20,0 dziennie), który, pokrywając powierzchnię wrzodu, ochrania go poniekąd od podrażnień przez zawartość żołądkową, usmierza ból i neutralizuje kwas solny.

Przeciw powyżej nakreślonemu, a prawie powszechnie stosowanemu postępowaniu leczniczemu, wystąpił niedawno LENHARTZ, polecając na zasadzie własnego bogatego doświadczenia dyetę, bogatą w substancje białkowe. Wychodzi on z następującego założenia.

Przy nadkwaśności soku żołądkowego, szczególnie na tle ogólnej nerwowości, dyeta, bogata w substancje białkowe, wydaje najlepsze wyniki, a to dzięki wiązaniu wolnego kwasu solnego przez białko. Podobnie rzeczy się mają i przy zaburzeniach żołądka u chorych na blednicę. Od czasu, gdy RIEGEL zwrócił uwagę na częstotliwość nadkwaśności w blednicy, przekonano się, że wszystkie spotykane tu przykre objawy zależą prawie zawsze nie od wrzodu, który tak często w podobnych stanach podejrzywano, lecz wyłącznie od tej właśnie zbytnej kwaśności zawartości żołądkowej; doświadczenie kliniczne pouczyło dalej, że dyeta mleczna żadnego wpływu dodatniego na dolegliwości żołądkowe takich chorych nie miała; że blednica i upadek ogólnego odżywiania raczej się zwiększały, niż zmniejszały. To też LENHARTZ już od początku chorym takim zaleca dyetę obfitą i bogatą w substancje białkowe, a nigdy ujemnych wyników nie widział; przeciwnie, przy takim postępowaniu wszystkie objawy chorobowe ustępowały szybko, chociaż leków żadnych nie podawano. Szybka poprawa ogólnego stanu chorych dzięki pożywnej dyecie i wybitne zwiększanie się hemoglobiny we krwi—są stałym towarzyszem podobnej kuracji. Wyłącznie mleczna dyeta szczególnie niepomyślnie odbijać się musi na chorych, dotkniętych blednicą, które wszak tak często mają słabe, wiotkie i rozszerzone serca; przysparza mu się więcej jeszcze pracy, której ledwie podołać jest w stanie. Tu już z góry narzucało się wskazanie ograniczenia przyjmowanych płynów.

Dowiedzione obecnie zostało, że w znakomitej większości przypadków z wrzodem żołądka idzie w parze nadkwaśność jego zawartości. Już LEUBE tworzenie się wrzodu, szczególnie w stanach anemicznych, przypisywał nadkwaśności żołądka, a następcze badania RIEGEL'a poglądy te poniekąd potwierdziły. Zdaniem tego ostatniego, nadkwaśność nie jest bynajmniej ani przyczyną, ani



skutkiem wrzodu. Przypuszczać tutaj raczej należy, że pewne uszkodzenia błony śluzowej żołądka, czy to wskutek urazu, czy też zaburzeń cyrkulacyjnych przy nadkwaśności uleż mogą samotrąwieniu i tym sposobem do wrzodu doprowadzić, gdy tymczasem przy normalnej sekrecji żołądka ulegają szybkiemu gojeniu. Pogląd ten znajduje niejako swe potwierdzenie w doświadczeniach von MATTHES'a; zwierzęta, którym robił nieraz duże obrażenia błony śluzowej żołądka, wracały zawsze szybko do zdrowia, te zaś, którym jednocześnie podawał roztwór kwasu solnego, po długim nawet czasie wyzdrowieć nie mogły.

Z drugiej strony przyznać trzeba, że anemia, blednica, czy ogólny niedorozwój usposabiają do powstawania wrzodu żołądka, a faktu tego udało się dowieść na drodze doświadczałnej QUINCKE'mu, DAETTWYLER'owi i SILBERMANN'owi; znaleźli oni, że sztucznie wywołane wrzody upsów, uprzednio do stanu anemicznego doprowadzonych, po długim nawet czasie się nie goiły, gdy u zwierząt nieanemicznych sprawa gojenia postępowała szybko.

O ile właśnie dowiedzione zostało, że głównych czynników do powstawania wrzodu żołądka szukać należy z jednej strony w nadkwaśności, z drugiej zaś w anemii i blednicy, za słuszne uznać należy twierdzenie RIEGEL'a, że te stany chorobowe zwalczać należy. Nadto jeżeli nauka dostarczyła już sporo danych, że nadkwaśność jest główną przeszkodą do gojenia się wrzodu, to powstaje zupełnie logicznie i usprawiedliwione dążenie do usuwania jej, gdy leczyć wrzód zamierzamy.

Cóż dać może choremu powszechnie stosowana obecnie metoda lecznicza? Przymusowy kilkodniowy głód, a następnie długotrwała dyeta mleczna upośledza i tak już mocno podupadłe odżywienie chorego; duże ilości mleka rozciągają ściany żołądka i powiększają powierzchnię wrzodu, co nieraz tylko krwotoki ułatwić może.

Te i tym podobne rozważania skłoniły LENHARTZ'a już przed laty do zarzucenia powszechnie stosowanej diety mlecznej, a do wprowadzenia natomiast obfitego odżywiania przeważnie pokarmami białkowymi przy ograniczonej ilości płynu. Wyniki były zdumiewająco pomyślne, pomimo że wszyscy chorzy przechodzili mniej lub więcej obfite krwotoki.

Leczenie stosuje w następujący sposób. Przedewszystkiem przestrzegany jest bezwzględny spokój chorego; przez 4 tygodnie leży on prawie bez ruchu w łóżku. Pęcherz z lodem *in epigastrio* znosi przykre rozdymania żołądka, ułatwia skurez jego ścian, a stąd zmniejsza otwartą powierzchnię wrzodu i łagodzi dotkliwe nieraz bóle. W dniu krwotoku otrzymuje chory w ciągu doby małymi dawkami 200—300 gram. mleka i jedno, dwa lub trzy surowe jaja; jednocześnie podaje mu się bismut dwa do trzech razy, a po obfitych krwotokach i częściej, po dwa gramy w mieszance wodnej. Z małymi wyjątkami, przy powyższym postępowaniu już w kilka godzin, a najpóźniej po 2—3 dniach ustępują wymioty i bóle dzięki wiązaniu nadmiernego kwasu zawartości żołądkowej. Szczególniej wybitną jest poprawa w postaciach krwotocznych. Ilość mleka z dniem każdym zwiększa się o 100 grm. i dodaje się jedno jajko, tak że w końcu pierwszego tygodnia chory spożywa około 800 gram. mleka i 6 do 8 jaj na dobę. Zależnie od stanu, już 3-go do 8-go dnia można mu podać surowe skrobane mięso wołowe z jajkiem, przez pierwsze dwa dni po 35 grm. małymi porcjami, następnie po 70 grm. dziennie i więcej. W trzecim tygodniu dodaje się miękko rozgotowany ryż lub kaszkę, sucharki do mleka. wreszcie po 3—4 tygodniach przejść można do diety mieszanej, bacząc jednakże, aby potrawy były dobrze ugotowane, a chorzy dokładnie je przeżuwali. W tym również czasie wzamian surowego mięsa podawać można duszone lub smażone.

Bismut podaje się przez dziesięć dni, 3—4 razy dziennie po 1—2 grm.; jednocześnie przepisuje autor żelazo w postaci pigułek BLAUD'a, a często i arsen w pigułkach azyatyckich. Narkotyki są prawie zawsze zbyteczne.



W ten mniej więcej sposób leczenia byli wszyscy chorzy na wrzód żołądka w ciągu ostatnich lat pięciu; wyniki były zawsze bardzo dobre, a nawet zdumiewające.

Pracę niniejszą uzupełnia zestawienie innych metod leczniczych i opis 60-u własnych, powyżej opisaną metodą leczonych przypadków.

(*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904. Nr 1 i 2). J. Landstein.

## 25. J. Sigel. Przyczynek do dyagnostyki raka żołądka.

Wczesne rozpoznanie raka żołądka, pomimo wielce doniosłego znaczenia swego dla terapii, dotąd jeszcze w wielu razach przedstawia nieprzezwyciężone trudności. Wszystkie dotychczas znane i zbadane objawy, jak brak w zawartości żołądkowej wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego, brak leukocytozy trawiennej, wreszcie powolne, nieznaczne krwawienia żołądkowe — nie pozwalają jeszcze bynajmniej z całą a bezwzględną pewnością wyrokować o istnieniu raka. Stąd w ostatnich czasach wiele włożono pracy, aby wynaleźć drogę do wczesnego rozpoznawania tego cierpienia.

Z pośród wielu w ostatniej prawie dobie podanych w literaturze wczesnych objawów, czyli t. zw. wytycznych punktów rozpoznawczych, zasługują na omówienie następujące:

- 1) odczyn tryptofanowy (*Tryptophanreaction*);
- 2) określanie białka według SALOMON'a;
- 3) metoda GLUZIŃSKIEGO;
- 4) kwasy tłuszczowe w moczu.

W roku zeszłym ERDMANN i WINTERNITZ w pracy swej „*Ueber das Proteinochrom, eine klinisch und bakteriologisch bisher nicht verwertete Farbenreaction*”<sup>1)</sup>, zwrócili uwagę na fakt, że proteinochrom, który powstawać ma przy głęboko sięgającym rozpadzie substancji białkowych i który z chlorem lub bromem daje różowofioletowy barwnik (*Tryptophanreaction*), znajdowano w większości przypadków raka żołądka po próbnym śniadaniu lub obiedzie; szczególnie wyraźnie odczyn ten ma występować w razach zwężenia odźwiernika przez tkankę rakową. Już sami jednak autorzy notowali przypadki braku tego odczynu przy pewnym raku.

Badania ERDMANN'a i WINTERNITZ'a powtórzył GLAESSNER na klinice EWALD'a; wyniki były ujemne. Z 15-u przypadków raka zaledwie w dwóch udało mu się otrzymać omawiany odczyn, który znów niejednokrotnie spostrzegął on przy innych cierpieniach żołądka (*ulcus ventriculi; catharrhus ventr. acidus*). Odczyn ten zatem w dyagnostyce raka żołądka żadnej roli odgrywać nie może.

Zupełnie nową myśl poruszył SALOMON w swej pracy: „*Zur Diagnose des Magencarcinoms*”<sup>2)</sup>. Metoda jego polega na założeniu, że rak żołądka zawsze wydziela nieco zawierającej białko surowicy. Choremu, który od rana otrzymuje jedynie pokarmy płynne, po południu podaje się bezbiałkową strawę płynną — kawę, herbatę, wino i t. p. Wieczorem przepłukuje się dokładnie żołądek czystą wodą. Nazajutrz z rana, — w nocy, naturalnie chory pozostaje bez pożywienia — przepłukuje się żołądek 400 cm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, kilkakrotnie je wlewając i wydobywając na przemian. W wypłuczynach określa się ilość białka zapomocą odczynnika ESBACH'a, a azot metodą KJELDAHL'a. Przy raku żołądka spostrzegął SALOMON białko w postaci wyraźnego kłaczkowatego osadu, a azotu stwierdzał zawsze więcej, niż 20 mgr. na 100 gr. wypłuczyn.

1) *Münchener medicinische Wochenschrift* 1903. Nr. 23.

2) *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903 Nr. 31.



● SIGEL przerobił powyższą próbę na 20-u odpowiednich przypadkach i otrzymał wyniki zupełnie zgodne z opisem SALOMON'a.

Największe trudności rozpoznawcze napotyka lekarz w tych przypadkach raka, gdzie prócz zmniejszenia lub braku wolnego kwasu solnego niema żadnych objawów przedmiotowych nowotworu [najwięcej na małej krzywiźnie], a który najczęściej za niezbyt chroniczny przyjmowany bywa, lub też w postaciach, z wrzodu okrągłego powstających. Dążenie metody SALOMON'a do pewnego różniczkowania raka od kataru chronicznego żołądka z jednej strony, a wrzodu okrągłego niepowikłanego od przeistoczenia się go w tkankę rakowatą z drugiej, jedynie tylko w części urzeczywistnić się zdołało. Zupełnie zawiodła ona mianowicie w tym ostatnim względzie; już przy niepowikłanym wrzodzie, otrzymywał SIGEL tak różn orodne wyniki, że tutaj odmówić jej trzeba wszelkiej wartości dyagnostycznej.

Daleko pomyślniej układają się rzeczy w dyagnostyce różniczkowej raka [na krzywiźnie małej] i niezytu chronicznego. Względnie obfite wydzielanie się białka rzeczywiście przemawia prędeż za rakiem, chociaż, jak słusznie zaznacza SALOMON, i przy zwykłym niezycie do wyraźnej sekrecyi białka dojść może; to ostatnie jednakże zjawisko do bardzo rzadkich zaliczyć należy.

Cenną pomoc okazać może metoda SALOMON'a w tych dalej przypadkach, gdzie przy niezaprzeczonem katarze błony śluzowej żołądka wyczuwa się guz, co do umiejscowienia którego nastęrczać się mogą pewne wątpliwości. Wynik dodatni próby SALOMON'a przemawia za umiejscowieniem raka [guza] w żołądku.

Metoda GLUZIŃSKIEGO dopełnia niejako metodę SALOMON'a; gdzie ta ostatnia okazała się bezsilną, tam pierwsza właśnie posiada niezaprzeczoną wartość dyagnostyczną. Dotyczy to przypadków wrzodu okrągłego żołądka i powikłania jego przeistoczeniem rakowem. W dociekaniach swych opierał się GLUZIŃSKI na fakcie, że nieraz niezbyt śluzowy żołądka rozwija się w następstwie kataru kwaśnego, jak również przemiany wrzodu na raka. Uchwycenie właśnie tego momentu przejściowego ułatwić może znakomicie wczesne rozpoznanie. Postępowanie GLUZIŃSKIEGO jest następujące.

Chory podlega trzykrotnemu badaniu jednego i tego samego dnia, a to w celu stwierdzenia sprawności błony śluzowej żołądka w różnych okresach jej pracy:

- a) z rana na czczo [płukanie żołądka];
- b) w trzy kwadransy po próbnem śniadaniu [białko kurze];
- c) w 4-y godziny po próbnym obiedzie [befsztyk].

„Jeżeli, mówi GLUZIŃSKI, w jednej z tych, jednego i tego samego dnia wykonanych, prób brak wolnego kwasu solnego lub występuje jedynie słaby odczyn na kwas solny, podczas gdy innym próbom towarzyszy odczyn silny, jeżeli, chociaż nie jest to niezbędne, jednocześnie w zawartości żołądkowej są bakterye, przez JAWORSKIEGO, BOAS'a i KAUFMANN'a opisane, to jest to poniekąd wskazówka, że kwaśny katar żołądka przechodzi w śluzowy“. Przy niepowikłanym, samodzielnym wrzodzie odźwiernika w każdej z 3-ch wyżej podanych prób występuje wyraźny odczyn na wolny kwas solny. SIGEL poddał badaniu metodą GLUZIŃSKIEGO 18 przypadków zwężenia odźwiernika natury dobrotliwej i złośliwej. Jeżeli niezawsze udawało mu się tą drogą dojść do prawidłowego rozpoznania, to w każdym razie przekonał się, że przy innych powszechnie znanych, lecz niepewnych objawach, próba GLUZIŃSKIEGO wielce rozpoznanie ułatwia. Już od dawna starano się ze składu moczu wyciągnąć pewne dane dla dyagnostyki raka żołądka, dotąd jednakże poszukiwania te pozostały bezowocnymi. Szczególne zajęcie w tym kierunku wzbudzały prace STRAUSS'a,



PHILIPPSON'a, BLUMENTHAL'a i ROSENFELD'a o wydzielaniu się lotnych kwasów tłuszczowych w moczu i znaczeniu ich dyagnostycznym w różnych cierpieniach żołądka.

Dociekania te, według powyższych autorów, ustalić miały następującą zależność:

1) przy wrzodzie żołądka i rozszerzeniu jego, przebiegających z nadkwaśnością lub normalną sekrecją — ilość lotnych kwasów tłuszczowych wybitnie się zwiększa;

2) w stanach niedomogi ruchowej żołądka, czy to wskutek blizny ściągającej, czy też znacznego jego opuszczenia tak wobec niedostatecznej kwaśności, jak i przy braku jej zupełnym, lotnych kwasów tłuszczowych w moczu znajduje się bardzo mało;

3) w stanach niedomogi ruchowej żołądka, zależnej od raka, czy to przy niedostatecznej kwaśności, czy przy zupełnym jej braku, lotne kwasy tłuszczowe występują w moczu to w większej, to w zmniejszonej ponad normę ilości.

Badane przez SIGEL'a przypadki [30] dały w tym kierunku tak różnorodne wyniki, że, zdaniem jego, metodzie tej odmówić należy wszelkiej poważnej wartości dyagnostycznej.

(*Berliner klinische Wochenschrift* 1904. Nr. 12 i 13).

J. Landstein.

## Wiadomości bieżące.

— D. 18 b. m. nastąpiło odsłonięcie nadgrobnika i przeniesienie do grobu na cmentarzu kalwińskim zwłok ś. p. prof. M. NENOKIEGO, na którą to uroczystość zjechali b. współpracownicy i asystenci zmarłego: pani SIEBER i dr ZALESKI z Petersburga.

— W Pradze Czeskiej [Nowiny Lekarskie Nr 4] w końcu Stycznia r. b. zawiązał się komitet, składający się z profesorów czeskiego fakultetu lekarskiego i lekarzy praktyków, w celu założenia sanatorium dla niezamożnych osób, dotkniętych rakiem.

— Na medycynę uczęszcza w uniwersytetach austriackich 7114 słuchaczy, z tych we Lwowie 104 [mężczyzn 94, kobiet 10], a w Krakowie 169 [mężczyzn 142, 27 kobiet]; w niemieckich uniwersytetach liczba słuchaczy medycyny wynosi 7745; we francuskich zaś 6686 [Paryż 3497, Lyon 958, Bordeaux 654, Montpellier 552].

— Od 13—17 września rb. odbędzie się w Lozannie X międzynarodowy Kongres oftalmologów.

— „Union des Syndicats médicaux de France“ urządza kongres dla zwalczania nielegalnego zajmowania się medycyną.

— **Zmarli:** w Kaliszu w 48 r. życia dr FRYDERYK WILHELM RÜDIGER, wychowaniec Uniwersytetu Warszawskiego [1878], prezes Tow. Lek. Kaliskiego i członek zarządu kaliskiego oddziału Warsz. Tow. Hygienicznego. Zdobył sobie on ogólne uznanie kolegów i publiczności tak w Kaliszu, jak i w Uniejowie, gdzie osiadł zrazu po odbyciu kampanii tureckiej; w Londynie w 83 r. życia znany chirurg THOMPSON.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 9 Апр. 1904. Друк К. Ковалевського, Варшава Мазовецка 8