

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE  
WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.  
Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce  
następne po kop. 10.

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

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

## OGŁOSZENIA.

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—12

## W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa  
rozbiorów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących  
w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

**Dr. L. Nencki**

chemik szpitali warszawskich.

12—4

## WARSZAWSKI DOM ZDROWIA

6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak  
również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego  
z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowoziela 33). K. Dobński (Królewska 6).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—13

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W SZPITALU I DOMU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BULLROTHA Z DRUGIEGO WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena egzemplarza zbroszowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 k. 30.—

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—3

KAPSUŁKI I PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu — Nagroda Montyon.*

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

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

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

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

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

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

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

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

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

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

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

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

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

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

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

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

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

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

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. M. Rejehman. Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności. — II. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczej. — *Dział sprawozdawczy.* 49. Peretti. Paraldehyd jako środek nasenny. — 50. G u g l. Paraldehyd jako środek nasenny. — 51. Cervello. Paraldehyd jako odtrutka strychniny. — 52. H e u e k. Przyczynek do statystyki i operacyjnego leczenia raka kiszki prostej. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności.

Spostrzegal

**M i k o ł a j R e j e h m a n.**

W roku zeszłym opisałem <sup>1)</sup> przypadek bezustannego i ilościowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego; obecnie zdarzyło mi się obserwować drugi podobnego rodzaju przypadek chorobowy. Obadwaj chorzy przedstawiają jedno bardzo ważne wspólne zjawisko, mianowicie, iż tak u jednego jak i u drugiego żołądek nigdy nie był pusty, zawsze zawierał albo miazgę pokarmową (po jedzeniu), albo płyn kwaśny (na czczo), przedstawiający wszystkie własności prawidłowego soku żołądkowego. Pomimo tej wspólnej cechy; oba przypadki przedstawiają jednak pewne różnice, o których pomówimy po szczegółowem opisanii wyników badania będącego w mowie chorego. Dnia 4. VII. b. r. zgłosił się do mego prywatnego zakładu leczniczego p. I. I. urzędnik z Wilna, kawaler, 29 lat wieku liczący. Z przeszłości chorego godnem jest zanotowania to, iż służąc w wojsku podczas ostatniej wojny rosyjko-tureckiej zachorował w prowincyjach naddunajskich na zimnicę, która go męczyła prawie przez pół roku. W kilka miesięcy po ustaniu zimnicy, dostał biegunki krwawej, trwającej przez 2—3 tygodni. Obie te choroby bardzo go wyniszczyły, a jako następstwo po nich rozwinęły się rozmaite objawy dyspeptyczne. Po powrocie do kraju ogólny stan chorego znacznie się poprawił, pomimo to jednak objawy przewlekłej niestrawności nie ustępowały, lecz przetrwały aż dotychczas, to się zmniejszając, to nasilając.

Obecny stan chorego przedstawia się jak następuje: odżywianie niezłe, cera i zabarwienie błon śluzowych prawidłowe; ogólna wrażliwość nerwowa wzmożona, nastrój ducha hypochondryczny; brak łaknienia, niesmak, język

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. Nr. 26 i Berl. klin. Woeh. Nr. 40. 1882.

obłożony, odbijanie szczególnie po jedzeniu. ciche, krótkotrwałe; przy odbijaniu wraca niekiedy do gardła kwaśny płyn pokarmowy; wzdęcie okolicy żołądkowej, uczucie ciężkości po jedzeniu, które przed kilku tygodniami miało charakter ostrzejszy i dochodziło niekiedy do stopnia dość silnych bólów; zaparcie stolca, kał bywa dość często powleczoney brunatnym śluzem, niekiedy ze krwią zmieszany; z g a g i n i g d y c h o r y n i e d o z n a w a ł; bóle głowy, szczególnie w okolicy potylicowej, szum w uszach, częsta potrzeba wydalania moczu, innym znowu razem, aby mocz wydaląć, chory musi dość długo czekać i robić dość znaczne wysiłki. Przy uciskaniu brzucha w rozmaitych miejscach powstają bóle, szczególnie silne przy uciskaniu miejsca odpowiadającego splotowi podbrzusznemu górnemu (*plexus hypogastricus superior*), w którym to miejscu powstałe bóle rozprzestrzeniają się w kierunku prostolinijnym ku żołądkowi. Podobnie powstają bóle przy ucisku ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszych lędźwiowych. Badanie fizykalne wątroby, śledziony, płuc i serca nie wykryło w tych narządach nic nieprawidłowego. Chód, ruchy kończyn, czucie, odruchy ścięgniste, oddziaływanie źrenic na światło, pole widzenia prawidłowe. Dnia 4. VII., w 7 godzin po przyjęciu przez chorego pokarmu wprowadziłem do żołądka miękki zgłębnik, lecz za pomocą pompki ssącej nie mogłem zeń nic wydobyć. Dopiero po wypompowaniu małej ilości wody, udało mi się wyciągnąć, wraz z tą ostatnią, nieliczne resztki pokarmowe, złożone przeważnie z ciał krochmalowych, a w daleko mniejszej części z włókien mięsnych. W wypompowanym płynie nie znaleziono ni czworniaka żołądkowego (*sarcina ventriculi*) ni kulek drożdżowych (*torula cerevisiae*). Dnia 6. VII., o godzinie 9-ej rano, wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo, 50 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, prawie przezroczystego, nieco tylko opalizującego, nie zawierającego resztek pokarmowych ani też grzybków fermentacyjnych, w którym pływały bardzo nieliczne strzępki śluzu. Po wydobyciu tego płynu żołądek dokładnie przepłukałem i oznaczyłem zdolność, z jaką błona śluzowa wydziela kwas solny. W tym celu postępowałem według metody L e u b e'g o w sposób następujący. Wprowadziłem do żołądka 100 ctm. sześć. bardzo zimnej przekroplonej wody, po upływie 10 minut za pomocą zgłębnika i lejka wlałem jeszcze 300 ctm. sześciennych wody i natychmiast wypuściłem 290 ctm. sześć. cieczy z lekka zakwaszonej w stopniu kwaśności równym 0,0195%.

Płyn wydobyty na czczo z żołądka w ilości 50 ctm. sześć., przedstawiał odczyn kwasny. stopień kwaśności równał się 0,306%; jedna jego kropla dodana do wodnego roztworu farby fioletowej metylo-anilinowej natychmiast zmieniła jej barwę na jasno-niebieską, a żółtą tropeolinę zabarwiła na brunatno-czerwona. Za pomocą roztworów siarczanu miedzi i sody gryzącej można było w tym płynie wykazać ślady peptonu i parapeptonu. W 8 ctm. sześć. płynu rozpuszczono w przeciągu dziesięciu minut, przy ciepłocie 37° C., dość spory kawałek włóknika. Roztwór w ten sposób otrzymany zawierał znaczną ilość peptonu i tylko ślady parapeptonu, o czem można było się przekonać zapomocą zabarwienia roztworami siarczanu miedzi i sody gryzącej (barwa > VI według podanej przezemnie skali w Nr. 33. „Gaz. Lek.“ z r. 1881).

Po zakalizowaniu 10 ctm. sześć. badanego plynu dodalem doń nieco krochmalu i mieszaninę tę utrzymywałem w ciepłocie 40° C. Po godzinnem przeszło działaniu w roztworze nie dawaly się wykazać nawet ślady cukru.

Już z powyżej opisanych własności plynu, wydobytego na czczo z żołądka, musieliśmy sobie wyrobić przekonanie, że on się składa z kwasu mineralnego *resp.* solnego (za czem przemawia też oznaczony przy późniejszym badaniu współczynnik rozdzielnosci) i z pepsyny. Że prócz kwasu solnego w skład jego nie wchodził żaden kwas organiczny, że cała jego kwaśność zależała od kwasu solnego, o tem przekonałem się w następujący sposób. Badając wpływ kwasu solnego i kwasów organicznych na zmianę barwy wodnego roztworu farby fioletowej metylo-anilinowej, przekonałem się, że aby ta zmiana barwy od jednej kropli kwasu nastąpiła, to kwas solny musi być przynajmniej 0,05%, kwas mleczny musi być co najmniej 20%, a kwas masłowy i octowy muszą być jeszcze silniejsze. Jeżeli więc kwaśność plynu wydobytego z żołądka, równająca się 0,306% miałyby zależeć wyłącznie od kwasu mineralnego, *resp.* solnego, to rozcieńczywszy 10 ctm. sześć. tego plynu 50-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody, czyli, doprowadziwszy kwaśność do 0,05%, powinni bylibyśmy otrzymać zmianę barwy fioletowej metylo - anilinowej od jednej kropli tego rozcieńczonego roztworu. Rzeczywiście wykonane w ten sposób doświadczenie dało wynik najzupełniej dodatni.

Jestto niezbity dowód, że kwaśność badanego plynu zależała wyłącznie od kwasu mineralnego *resp.* solnego, gdyby bowiem w skład tego plynu w części tylko wchodził kwas solny, a w części kwas organiczny, to jakkolwiek przy stopniu kwaśności 0,306% mógłby on zmieniać barwę farby fioletowej, ponieważ kwasu solnego mogło by być przynajmniej 0,05 na 100, jednakże przy pięciokrotnem rozcieńczeniu, t. j. przy doprowadzeniu stopnia ogólnej kwaśności do 0,05%, zmiana ta barwy już by nie następowała, gdyż te 0,05 kwasu w 100 częściach roztworu reprezentowałyby wówczas już nie sam kwas solny, lecz mieszaninę tego ostatniego z kwasem lub z kwasami organicznymi.

Szybkie wytworzenie się znacznej ilości peptonu przy działaniu wydobytego z żołądka plynu na włóknik jest dowodem, że plyn ten zawierał pepsynę. Brak własności zamieniania krochmalu na cukier przemawia przeciwko przypuszczeniu, że w skład jego wchodziła ślina.

Dnia 7. VII., rano o godzinie 10-tej, wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo 8 ctm. sześć. plynu wodnisteo odczynu kwaśnego. Po dodaniu czystego wyskoku powstał w tym płynie męt, który zebrałem na filtrze i rozpuściłem w 8 ctm. sześć. 0,2% kwasu solnego. W ten sposób otrzymałem plyn, który przy ciepłocie 40° C. szybko zpeptonizował spory kawalek włóknika. Jestto niezbity dowód, że w płynie znajduwanym na czczo w żołądku była zawartą pepsyna.

Dnia 9. VII. o godz. 10 rano wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo, 30 ctm. sześć. kwaśnego, wodnisteo, zlekka opalizującego plynu, którego współczynnik rozdzielnosci (*coefficient de partage*) okazał się równy 236<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Prof. Ewald w pracy pod tytułem: Ueber den „*Coefficient de partage*“ und über das Vorkommen von Milchsäure und Leucia in Magen, pomieszczonej w Arch. Virch. T. XIX. Z. II,

Dnia 10. VII. w 5½ godziny po spożyciu przez chorego rosolu, pieczeni wołowej, kartofli i bułki, wydobyłem z jego żołądka za pomocą pompki ssącej przeszło 20 ctm. sześć. płynnej miazgi pokarmowej, która badana pod drobnowidzem okazała się złożoną: z włókien mięsnych, ciał krochmalowych, kropel tłuszczu, cząstek tkanek roślinnych, kryształków margaryny i stearyny, ziaren rozpadowych i t. p.. Przesączyłem 16 ctm. sześć. tego płynu i przekonałem się, że on przedstawia odczyn kwaśny, że stopień jego kwasności wynosi 0,413% i że farba fioletowa metylo-anilinowa zmienia pod jego wpływem barwę na jasno-niebieską, a tropeolina na brunatno-czerwoną. Przedczony płyn zawierał pepton i parapepton, oczem można się było przekonać za pomocą odpowiednich odczynników. Tak wysoki stopień kwasności (0,413%), jak się okazuje z poniżej opisanego doświadczenia, nie zależał jednak wyłącznie od kwasu mineralnego. Pięć ctm. sześć. odsączonego płynu rozcieńczyłem 25-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody; jedna kropla tego roztworu zmieniała barwę fioletową metylo-anilinową na jasno niebieską. Skoro zaś dodano do roztworu jeszcze 10 ctm. sześć. przekroplonej wody, t. j. skoro zmniejszono stopień kwasności do 0,05%, wówczas jedna kropla już nie zmieniała barwy używanego do doświadczeń odczynnika. Widocznem więc jest, że w badanym płynie zawierało się nie więcej lub przynajmniej nie dużo więcej jak 0,3% kwasu mineralnego *resp.* solnego, a resztę stanowił jakiś kwas organiczny.

Po wydobyciu miazgi pokarmowej żołądek starannie przeplukałem za pomocą przyrządu lewarowego, przyczem wlewając i wypuszczając wodę oznaczyłem dolną granicę żołądka, która przy największem jego napelnieniu znajdowała się na 3 poprzeczne palce ponad linią pępkową. Pozostałą w żołądku ilość wody wydobyłem za pomocą pompki ssącej. Po upływie pół godziny wprowadziłem powtórnie do żołądka zgłębnik i starałem się wyciągnąć płyn, jaki mógł się w nim pozostać pomimo pierwszego wypompowywania. Ostrożność ta była konieczną, gdyż D-r W. J a w o r s k i <sup>1)</sup> za pomocą licznych doświadczeń przekonał się, że nie tak łatwo, nawet pompką ssącą, wydobyć całą zawartość płynną z żołądka, że pomimo bezskutecznego wypompowywania po upływie pewnego czasu można z żołądka wydobyć płyn w rozmaitej ilości. Lecz w danym przypadku żołądek i tym razem okazał się pustym. Choremu zaleciłem, aby do następnego dnia nic nie jadł, ani też nic nie pił.

Nazajutrz rano wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo 10 ctm. sześć. wodnistego, z lekka opalizującego płynu. Pięć centymetrów sześciennych tego płynu użyłem do oznaczenia stopnia kwasności, który wypadł 0,32%, drugie zaś 5 ctm. sześć. rozcieńczyłem 25-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody i otrzymałem roztwór, którego jedna kropla zmieniała barwę fioletową metylo-anilinową na jasno-niebieską. Jestto, jakieśmy powyżej starali się przekonać, dowód, że kwasność wydobytego z żołądka płynu zależała wyłącznie lub przynajmniej prawie wyłącznie od kwasu mineralnego *resp.* solnego.

---

1882 r. ocenił znaczenie „współczynnika rozdzielnosci“. Czytelnika interesującego się tym przedmiotem odsyłamy do powyższej wzmiankowanej pracy.

<sup>1)</sup> Medycyna. Nr. 37. 1882.

Tak więc u naszego chorego bezustannie wydzieliał się sok żołądkowy, nie tylko podczas sprawy trawienia, ale i w wolnych od niej przestankach. Ogólna ilość wydzielanego na dobę soku nie mogła być określona, nie można zatem powiedzieć, czy ona była za dużą czy prawidłową, czyli też za małą. Tem właśnie, pominąwszy względy objawowe, różni się ten przypadek od przypadku w zeszłym roku przeze mnie spostrzeganego, w którym obok bezustannego wydzielania soku żołądkowego miało niewątpliwie miejsce znaczne zwiększenie jego ilości.

Pomimo to jednak powyżej opisany przypadek przedstawia dwie ważne cechy chorobowe.

Najpierw wiadomo, że żołądek człowieka zdrowego wydziela sok trawien-ny tylko wówczas, gdy zostanie do tego pobudzony przez przyjęty pokarm; z ukończeniem sprawy trawienia ustaje wydzielanie soku żołądkowego tak, iż rano naczczo żołądek jest zupełnie pusty. O tem miałem sam sposobność wielokrotnie się przekonać. Przeciwnie u osób chorych żołądek zawiera niekiedy naczczo płyn śluzowy, mniej lub więcej wodnisty, odczynu ługowego z resztkami pokarmowymi lub bez takowych, albo płyn kwaśny złożony między innymi z resztek pokarmowych i z kwasów wyłącznie organicznych, lub w części z kwasu solnego, które to części składowe nie są niczem innym jak pozostałościami i produktami fermentacyi miazgi pokarmowej (łącznie z sokiem żołądkowym).

W naszym zaś przypadku rano naczczo w żołądku znajdował się czysty sok żołądkowy, bez jakichkolwiek resztek pokarmowych (nawet wówczas, gdy żołądek nie był poprzedniego dnia wieczorem przepłukany). Ze sok żołądkowy nie był pozostałością z dnia poprzedniego (trudno nawet przypuścić, żeby miał pozostać sam sok bez resztek pokarmowych), to zatem świadczy zebranie się soku w żołądku po zupełnem opróżnieniu tego narządu z zawartości pokarmowej. A zatem sok żołądkowy wydzieliał się tutaj bezustannie i, jeżeli wolno się tak wyrazić, samodzielnie, bez bodźca z zewnątrz działającego, jak to bywa w stanach fizjologicznych.

Drugą cechą chorobową opisanego powyżej przypadku stanowi wysoki stopień kwasności miazgi pokarmowej <sup>1)</sup> i soku znajduwanego naczczo w żołądku.

Stopień kwasności miazgi pokarmowej wynosił 0,413%, a stopień kwasności soku żołądkowego równał się 0,306%—0,32%. Porównywając pierwszą cyfrę z cyframi otrzymanymi przez R i c h e t'a <sup>2)</sup> widzimy, że ona znacznie przewyższa średnią (0,17%) tego autora i jest nawet dużo większą od najwyższej (0,34%). Dotychczas jeden tylko S e e m a n n <sup>3)</sup> utrzymuje, że w 3-ciej godzinie trawie-

<sup>1)</sup> To zjawisko, stwierdzone o obu naszych chorych, może nam wytłómaczyć, dla czego pokarm zbyt długo u nich pozostawał w żołądku. Wiadomo bowiem, że zarówno niedostateczna ilość kwasu jak i jego nadmiar opóźnia sprawę trawienia ciał białkowatych, wiadomo też z drugiej strony, że pokarmy krochmalowe ulegają w żołądku działaniu polkniętej z nimi śliny tylko wówczas, gdy odczyn miazgi pokarmowej jest obojętny lub słabo-kwaśny.

<sup>2)</sup> Du suc gastrique. 1878.

<sup>3)</sup> Uber das Vorhandensein freier Salzsäure im Magen. Zeitsch. f. kl. Med. V. B. II. H. 1882.

nia stopień kwasności miazgi pokarmowej dosięga 0,6%. Moje dość liczne przedsiębrane w tym kierunku doświadczenia przekonały mnie, że stopień kwasności miazgi pokarmowej w późniejszych chwilach trawienia waha się pomiędzy 0,15% i 0,32%.

Bardziej jeszcze godnym jest uwagi znaczny stopień kwasności soku znajduwanego w żołądku chorego, będącego na czczo, a szczególnie tego soku, który się wydzielił po starannem uprzedniem przepłukaniu narządu

Jak wiadomo, w początkach sprawy trawienia żołądkowego, przez pierwsze  $\frac{1}{2}$  godz. do 1 godziny, a nawet i dłużej, odczyn zawartości żołądkowej bywa zazwyczaj obojętny i dopiero w dalszym przebiegu trawieniu staje się on kwaśnym. Od czego to zależy, dotychczas nie wiadomo. Jeżeli od tego, że ługi, wchodzące w skład pokarmu i polykanej śliny, zobojętniają wydzielający się w początkach trawienia kwaśny sok żołądkowy, to fakt obserwowany u naszego chorego nie byłby jeszcze tak dziwnym (rozumie się tylko pod względem wysokości stopnia odczynu kwaśnego), a usprawiedliwiałby ze swej strony powyższą teorię. Jeżeli zaś, aby się kwaśny sok zaczął wydzielać, potrzeba długiego pobudzania błony śluzowej przez pokarm, to fakt wydzielania się w czczym żołądku soku o wysokim stopniu kwasności przedstawiałby zjawisko tem bardziej podziwu godne.

Wdawać się tutaj nie będziemy w teoretyczne przypuszczenia, od czego podobne, jak dwa opisane przezemnie przypadki chorobowe, mogą zależeć; czy tutaj ma miejsce szczególna zmiana gruczołów żołądkowych, lub składu krwi, czy też zwiększenie fizjologicznego odczynu (co do czasu trwania i natężenia) przyrzędu wydzielniczego poza granice prawidłowe, z przyczyny częstego drażnienia błony śluzowej przez ostre napoje i pokarmy lub z powodu wzmożonej wrażliwości nerwów wydzielniczych żołądka, tego rozstrzygnąć nie można. Faktem jest, że podobne przypadki istnieją a nawet, że one się dość często przytrafiają. Od czasu ogłoszenia pierwszej obserwacji badałem zrana żołądek u 59 chorych będących na czczo. Z tych u 27 żołądek okazał się pustym; u 14 zawierał on płyn śluzowy, mniej lub więcej wodnisty, o odczynie ługowym z cząstkami pokarmowemi lub bez takowych; u 11 żołądek na czczo zawierał płyn kwaśny z cząstkami pokarmowemi i z grzybkami fermentacyjnymi, ze śluzem lub bez takowego, ze krwią lub bez takowej, w którym to płynie wolny kwas solny za pomocą barwy fioletowej metylo-anilinowej i za pomocą współczynnika rozdzielności wykazać się nie dawał<sup>1)</sup>; u 5-ciu żołądek na czczo zawierał płyn kwaśny z cząstkami pokarmowemi, z grzybkami fermentacyjnymi (*sarcina*, *torula*) lub bez tych ostatnich, w którym kwas solny w stanie wolnym wykazać się dawał; u jednego chorego znaleziono na czczo w żołądku masę złożoną ze skrzepłej krwi o odczynie obojętnym i nakoniec u 1-go czysty sok żołądkowy.

Zbyt jest małą moja statystyka, aby z niej można wyprowadzić jakieś pewne wnioski co do częstości występowania opisanej powyżej formy chorobowej.

<sup>1)</sup> Z tych 11-u chorych dziesięciu niewątpliwie było dotkniętych rakiem żołądka. Ten wynik z moich spostrzeżeń przemawia za zdaniem Van der Velden'a, ogłoszonym cztery lata temu (Ueber Vorkommen und Mangel der freien Salzsäure im Magensaft bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1829).



Przypuścić jednak musimy, iż przytrafia się ono dość często i jeżeli poprzednio nie była, o ile mi wiadomo, przez nikogo dokładnie opisaną, to według mego zdania, zależy to od tego, że zazwyczaj nie badano zawartości żołądka bez uprzedniego wprowadzania doń wody. Ta ostatnia rozcieńcza i zobojętnia kwaśną zawartość i przez to czyni niemożliwym dokładne jej zbadanie. Dla rozpoznania podobnych przypadków chorobowych konieczną też jest rzeczą w przeddzień badania zawartości żołądka dokładnie go przemyć, pozostałą ilość wody za pomocą pompki wyciągnąć i zalecić choremu, aby aż do chwili mającego nazajutrz nastąpić badania nie do żołądka nie wprowadzał i aby śliny nie połykał

Zbytecznym jest tutaj dowodzić jak pożytecznymi by były dalsze w tym kierunku poszukiwania. Już prof. Leube, wprowadziwszy naukowe metody do badania zaburzeń czynnościowych żołądka, wykazał, o ile te badania są ważne i o ile mogą się przyczynić do rozwoju leczenia chorób żołądkowych.

Co się tyczy symptomatologii, to z dwóch tych przypadków żadnych wniosków wyprowadzić się nie da, ponieważ pod tym względem bardzo się one pomiędzy sobą różnią.

Nakoniec wspomnę słów kilka o stanie zdrowia opisanego powyżej chorego. Już po pierwszym rannem wypompowaniu soku żołądkowego go czuł się chory znacznie lepiej, wzmiankowane objawy dyspeptyczne bardzo się zmniejszyły. Po następnych podobnych operacjach czuł się on jeszcze lepiej, ale zmuszony był przerwać leczenie z powodu obowiązków służbowych, powołujących go do Wilna.

Z powodu zbyt krótkiego czasu, przez jaki chory mógł w Warszawie pozostać, nie mogłem zbadać wielu bardzo ważnych kwestyj, jak: chwili trawienia, w której kwasny odczyn miazgi pokarmowej dosięga najwyższego stopnia rozwoju, zdolności chłonicznej żołądka, kwaśności moczu i t. p..

## II. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

**Dra Teodora Dunina**

*lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.*

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43).

Jest, Szanowni Panowie, jeszcze jedna droga, przez którą pasorzyty wnikać mogą do ustroju, a z którą łączy się najtrudniejsza kwestyja, odnosząca się do zaraźliwości chorób; mam tu na myśli dziedziczność. Każdemu z nas dobrze jest wiadomem, że suchoty są chorobą dziedziczną; któż z nas nie wie, jak ciężko i prędko przebiegają suchoty u tych młodych osób, których ojciec lub matka, lub oboje rodzice umarli na tą samą chorobę. Dotychczas rzecz ta była dla nas

ciemna, niepojęta, ale nie zadziwiająca; boć jeśli chory może odziedziczyć czy to raka, reumatyzm, czy też usposobienie do nich, dla czegoż by nie miał odziedziczyć i suchot? Z chwilą uznania suchot za chorobę zaraźliwą, jeśli mamy mówić o dziedziczności samej choroby, przyjąć należy, że pasorzyt w ustroju matki przenika do ustroju dziecka. Takie przenikanie nie jest rzeczą nie możliwą. Wiadomo przecież, że dzieci rodzą się czasami ze śladami przebytej ospy, jeżeli matka na takową cierpiała; nie ulega więc wątpliwości, że pasorzyty z naczyń matki do naczyń płodu przenikać mogą; toż samo dzieje się w przy- miocie wrodzonym. Zresztą najlepszego dowodu dostarczył Alberti, który w krwi płodu, poronionego w skutek przebywania przez matkę tyfusu powro- tnego, znalazł spirochety Obermeier'a, a następnie Straus i Cham- berland<sup>1)</sup>, którzy się przekonali, że krew wzięta z płodu, którego matka przebywała czarną krostę, sprowadza u innych zwierząt, też samą chorobę. Nie mamy więc prawa przeczyć temu, że i lasecznik gruźliczy może przenikać z ustroju matki do ustroju płodu, czyli że suchoty mogą być odziedziczone w ści- śłym tego słowa znaczeniu. Z tych danych wychodząc Baumgarten<sup>2)</sup> po- sunął się tak daleko, że uznał dziedziczność jako jedyną przyczynę suchot, kiedy natomiast zarażenie się w okresie pozamacicznym uważa jako mało lub wcale nieprawdopodobne. Baumgarten odrzuca wszelkie usposobienie (*praedis- positio*) i powiada, że gdyby suchoty powstawały w skutek prostego zarażania się, wtedy wszyscy ludzie suchotom ulegać by musieli. Natomiast po- wiada on, że chociaż mało stosunkowo dotkniętych jest ludzi wybitną gruźlicą, to jednak u bardzo wielu istnieje ona w stanie utajonym (*latente tuberculose*) w postaci jednego ogniska w jakimś narządzie, które to ognisko przez całe życie może się niczem wcale nie objawiać i znajdujemy go jedynie przypadkowo przy sekcjach, ale wtedy wykazać w niem możemy laseczniki, co dowodzi, że ognisko takie choć ograniczone i utajone posiada jednak władzę zarażania, a co za tem idzie i przenoszenia się na płód. Powyższe rozumowanie Baumgar- ten'a nie wytrzymuje krytyki na wszystkich punktach. Istnieniu utajonej gruźlicy nikt przeczyć nie może; dowodzą tego raz badania anatomiczne, po dru- gie analogija z przymiotem, który także przez długi czas utajonym pozostać może. Ale kiedy przymiot odziedziczony wybucha z nader małemi wyjątkami natych- miast po urodzeniu się dziecka, przeciwnie przypadków gruźlicy u noworodków prawie wcale nie znamy. Istotnie trudno nam pojąć, w jaki sposób pasorzyt mógłby pozostać 20 lat, nie objawiając się najmniejszym znakiem i dopiero po upływie tego czasu wybuchać z całą grozą; tu jednak zauważyć winienem, że jeżeli (co musimy zrobić) przyjmiemy zółzy jako należące do gruźlicy, w takim razie czas ten utajenia znacznie by był krótszy, objawy bowiem zółzów poka- zują się zwykle już około 7—8 roku życia, a nawet i wcześniej. Z drugiej je- dnak strony wiemy, że gruźlica płuc wybucha nieraz w bardzo późnym wieku niemal w starości i wtedy trudno już przypuścić, aby była dziedziczną. Sądzę,

<sup>1)</sup> Arch. de Physiologie. Nr. 3. 1883 ref. w Kron. Lek. Nr. 10. 1883 przez Krajew- skiego.

<sup>2)</sup> Zeitsch. f. klin. Med. T. II. Z. I. 1883.

że nie jest to jedyny zarzut; jeżeli bowiem gruźlica jest utajona, to znaczy, że jej paserzyt znajduje się w tem jednym ognisku, poza który nie wychodzi, albo jeżeli wychodzi, to natychmiast zniszczony zostaje; inaczej gruźlica nie byłaby utajoną, ale wkrótce pociągnęłaby za sobą inne zmiany. Jeżeli więc paserzyt ograniczony jest do jednego ogniska, wtedy ani we krwi matki, ani w nasieniu ojca znajdować się nie może; z góry więc zachodzi pewna wątpliwość, czy gruźlica utajona może się przenosić z rodziców na dziecko. Ale i na tem nie koniec; mojem zdaniem, z paserzytniczą teorią chorób zakaźnych pogodzić się da jedynie przenoszenie zarazka z matki na płód, a nie z ojca. Wiadomo Panom, że jeżeli pominiemy suchoty płucne, to o dziedziczeniu choroby zakaźnej można mówić właściwie tylko odnośnie do przymiotu, bo w chorobach o ostrym przebiegu (ospa, tyfus powrotny, karbunkul), rzecz prosta, że chorobę odziedziczać można jedynie od matki. Otóż syfilidologowie, o ile wiem, dotychczas nie są jeszcze w zgodzie co do tego, czy ojciec może przekazywać potomstwu przymiot wtedy, kiedy matka zupełnie jest zdrowa. Jedni wręcz temu przeczą, inni zaś twierdzą, że wprawdzie ojciec może udzielić dziecku chorobę, ale że wtedy i matka po jakimś czasie zaczyna słabnąć i wkrótce ulega jednemu z cierpień, właściwych przymiotowi. Oczywiście w tych ostatnich razach prawdopodobniejszem jest, że matka zaraża się od swego męża i udziela następnie chorobę dziecku. Ciekawym jest fakt, że dzieci przymiotem dotknięte, których matki pozornie są zdrowe, nie zarażają nigdy ich brodawek przy ssaniu, co przeciwnie często ma miejsce u mamek; co więcej doświadczenia *Carspary'ego* i *Singer'a* <sup>1)</sup> wykazały, że nawet szczepienie przymiotu takim matkom daje ujemne wyniki. Fakta te wytłumaczyć się dają jedynie w ten sposób, że matka także uległa przymiotowi, że więc nie mamy racyi mówić o przeniesieniu się choroby wyłącznie od ojca, ale że i tu przyjąć można przeniesienie się najpierw na matkę, a od tej dopiero na dziecko. Dalej nasienie chorego dotkniętego przymiotem, jak to pokazał *Miraur*, zaszczepione nie wywołuje objawów przymiotu, a więc nie zawiera zarazka; możliwem byłoby to, zdaniem mojem, jedynie wtedy, gdyby chory był dotknięty przymiotowem cierpieniem jądra. Ale i wtedy paserzyt może być tylko domieszany mechanicznie do nasienia i prawie niepodobna pojąć, aby mógł wnikać w ciało nasienne, nie zniszczywszy w zupełności jego życiowych własności. To też z punktu widzenia teorii paserzytniczej zupełnie zgodzić się muszę z *Krówczynskim* <sup>2)</sup>, który jest zdania, że przymiot od ojca na płód przenosić się nie może. Oczywiście wszystko, co powiedziałem o przymiocie, da się powiedzieć i o gruźlicy, która od ojca na płód przenosić się nie może. Co więcej, jeżeli nie możemy zaprzeczyć, że mogą się zdarzyć okoliczności, w których dziecko odziedzicza wprost suchoty, czyli mówiąc prościej lasecznika gruźliczego od matki, to należy zrobić to samo zastrzeżenie, jakie zrobił *Krówczynski* dla przymiotu, t. j. że podobne przenoszenie pojąć by się dało jedynie wtedy, gdyby w narządach płciowych matki znajdowały się owrzodzenia gruźlicze, w krwi bowiem lasecznik gruźliczy podobnie jak zarazek przy-

<sup>1)</sup> Cyt. według *Krówczynskiego* patrz niżej.

<sup>2)</sup> Pam. Tow. Lek. 1881. Z. 4.

miotu prawdopodobnie się nie znajduje; pod tym względem różni się on od lasecznika karbunkułowego i pasorzytów innych chorób zakaźnych ostrych. Mamy na to nawet pewne dowody; i tak już dawniej Weigert wykazał, że ile razy znajdują się gruźelki w naczyniach, tyle razy wybucha ogólna gruźlica, w najnowszym zaś czasie Watson-Cheyne, biorąc kroplę krwi zwierząt gruźliczych, nie był w stanie ani razu wyhodować lasecznika gruźliczego <sup>1)</sup>.

Cohnheim w inny sposób rozumie dziedziczność; powiada on, że gdzie w rodzinie znajduje się osoba dotknięta gruźlicą, tam stale istnieją warunki do zarażania się, cóż więc dziwnego, że wiele członków rodziny chorobie ulega. Tłumaczenie to proste, ale tak proste, że staje się prawie naiwnem. Komuż nie wiadomo, że nieraz rodzice odumierają dziecko w pierwszych miesiącach jego życia, a takowe pomimo tego około 20 roku życia umiera na suchoty. Ileż razy dzieci wychowują się zdala od rodziców — suchotników, a jednak śmierć ich bynajmniej przez to nie oszczędza. Czy mam przytaczać dowody na to? Wszak każdy z nas ma je w swej pamięci.

Jeżeli więc z jednej strony obserwacja kliniczna uczy nas, że dzieci zmarłych na gruźlicę częściej niż inne zapadają na tęż chorobę, jeżeli z drugiej bezpośrednio odziedziczenie nie odgrywa w tem żadnej, lub bardzo tylko małą rolę, cóż nam więc pozostaje przyjąć dla wytłumaczenia wyżej zaznaczonego faktu?

Wszystko każe nam przypuszczać, że dzieci suchotników odziedziczają po nich nie samą chorobę, lecz usposobienie do niej. Z usposobieniem lekarz często się spotyka; wszak nikt nie wątpi o tem, że odziedziczać możemy usposobienie do raka, krwawiaczki (*haemofilia*), podagry. Ale w chorobach zakaźnych pozornie traci ono racyją bytu; choroba zakaźna jest chorobą przypadkową, jak traumatyzm lub otrucie, a więc do niej usposobienia żadnego nie potrzeba, z drugiej zaś strony, ustrój zawsze dostarcza warunków potrzebnych dla rozwoju pasorzytu. Zdaje się więc, że tam, gdzie są pasorzyty i ustrój, tam jest już wszystko potrzebne dla rozwoju choroby i nie ma miejsca dla usposobienia. W ten też sposób wychodząc z tego, co wiemy o warunkach schizomycetów, rozumują Cohnheim i Baumgarten, ale kiedy pierwszy jeszcze ostrożnie tylko ostrzega, aby zbyt dużo miejsca nie zostawać usposobieniu, przez co grozi niebezpieczeństwo wogóle nauce pasorzytniczej, drugi z całą gwałtownością napada na mistyczne, niezrozumiałe i nielogiczne pojęcie usposobienia do chorób zakaźnych.

Faktem jest, Szanowni Panowie, że bezwzględne zabezpieczenie przeciw pasorzytom ustrój nie posiada, t. j. że przy pewnych sztucznych warunkach pasorzyty mogą zawsze się w nim rozwijać, a mianowicie wtedy, jeżeli będą wprowadzone w bardzo dużej ilości. W ten sposób u psów, które bardzo rzadko cierpią na gruźlicę, udaje się to cierpienie zaszcześcić, jeżeli czy to pod skórę, czy do płuc wprowadzimy bardzo znaczną ilość materij gruźliczych, *resp.* laseczników. I to także pewne, że laseczniki wnikać mogą do każdego ustroju; do

---

<sup>1)</sup> Deutsch. med. Woch. Nr. 28. 1883 referat Galky'ego.

pluc i kanału pokarmowego zawsze dla nich droga jest otwarta i nikt im nie przeszkodzi tam się dostawać. Ale od tej chwili zaczyna się różnica; u jednych laseczniki, dostawszy się do płuc, rozwijają się dalej i powodują wybuch gruźlicy, u innych zaledwie wniknąwszy do płuc zamierają i giną i to właśnie jest usposobienie. Należy więc tylko wyrażać się prawidłowo i nie mówić o usposobieniu do przyjmowania zarazka, bo takie nie istnieje, ale o usposobieniu, które pozwala, lub nie, rozwijać się pasorzytom w naszym ustroju, t. j. o usposobieniu do zachorowywania. Takie usposobienie, choć jak to później zobaczymy, trudno objaśnić się daje, istnieje jednak niewątpliwie, na co dowodów dostarcza nam zarówno obserwacja kliniczna, jak i anatomija patologiczna, a wreszcie, co najważniejsza, i patologija doświadczalna. Co do pierwszego, to wiemy na pewno, że niektóre choroby zakaźne, pomimo że wszyscy otoczeni jesteśmy ich zarazkami, zdarzają się tylko u pewnych osobników. Dzieci i starzy rzadko ulegają tyfusowi, a przecież ich soki i tkanki dają wszystkie warunki dla rozwoju pasorzytu. Żółtej gorączce ulegają przeważnie przybysze, kiedy natomiast stali i zaaklimatyzowani mieszkańcy zarażonych okolic, są od niej w znacznym stopniu zabezpieczeni. Toż samo można powiedzieć o gruźlicy; starzy stosunkowo rzadko jej ulegają, a co najważniejsza są miejscowości, mianowicie wysoko wzniesione nad poziom morza, w których suchoty są nieznane<sup>1)</sup>. Przecież nie można przypuścić, aby tutaj brakło warunków dla rozwoju lasecznika gruźlicy; przeciwnie u chorych przyjeżdżających do stacyj klimatycznych górskich rozwija on się wybornie, a jednak, jak twierdzi *Lichtheim*<sup>2)</sup>, od czasu potworzenia sanatoryjów dla suchotników, ludność tamtejsza bynajmniej częściej na gruźlicę nie zapada niż przedtem.

Z drugiej strony anatomija patologiczna uczy nas, że względem zarazka chorób zakaźnych istnieje bardzo wyraźne usposobienie pojedynczych narządów. Pasorzyt ospy, odry, szkarlatyny rozwija się przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, w skórze, choć przecież wszystkie narządy przedstawiają odpowiednią glebę, t. j. pożywienie i stopień ciepłoty dla jego życia potrzebnej; tak samo lasecznik tyfusowy wybiera przeważnie narządy chłonne; nawet przymiot, choć względem jego pasorzyta zabezpieczenie, jak się zdaje wcale nie istnieje, daleko częściej się zdarza w jednych aniżeli innych narządach; tak np. w płucach, śledzionie, na błonach surowiczych zdarza się bardzo tylko rzadko. Usposobienie pojedynczych narządów względem gruźlicy bardzo jest wyraźne; układ chłonny, płuca, kości często są jej siedliskiem, kiedy tymczasem rdzeń kręgowy, mózg, skóra, błona śluzowa żołądka o wiele rzadziej jej ulegają. Nawet w rozmaitych wiekach usposobienie się zmienia; u dzieci dotknięte bywają często kości, a rzadko płuca. *Oohnheim*, a za nim i *Weigert* nie przyjmuje żadnego

---

<sup>1)</sup> Dla Szwajcaryi pas zabezpieczenia od suchot zaczyna się 1500 do 1600 metrów, jak to pokazała komisya w tym celu wysadzona, a rezultaty prac której ogłoszone zostały przez *D-ra Müller'a* z Winterthur'u; zdaniem *Brechmer'a* pas ten na Śląsku rozpoczyna się już na wysokości 557 metrów, co jednak wydaje mi się nieco przesadzonym. (*Lombard. L'influence des altitudes. Congres international d'hygiene à Geneve. 1881.*)

<sup>2)</sup> *Verh. des Cong. f. innere Med. 1833.*

usposobienia pojedynczych narządów i częstsze zapadanie jednych narządów tłumaczy li tylko łatwiejszem wnikaniem lasecznika; sądzę że ten sposób widzenia zbyt jest jednostronnym. Wogóle wszystkie narządy mogą ulegać gruźlicy, nie więc dziwnego, że te, do których laseczniki gruźlicze łatwiejszy mają dostęp, częściej ulegają chorobie; ale z drugiej strony mamy miejsca, do których dostęp bezpośredni jest bardzo utrudniony, a które jednak często ulegają gruźlicy, że tylko wspomnę o oponach mózgu, o trzonach kręgow, do których z innego narządu laseczniki bynajmniej nie znajdują łatwego dostępu, natomiast są takie, do których dostęp jest łatwy, a które jednak rzadko gruźlicy ulegają, jak np. przelyk, żołądek, mięśnie (np. z opłucnej), macica, (np. z jajowodów). Należy więc przyjąć, że niektóre narządy przedstawiają bardziej sprzyjające warunki dla rozwoju lasecznika gruźliczego aniżeli inne.

Przechodzimy do danych doświadczalnych. Na wstępie powiedzieć winienem, że autor, którego o obskurantyzm i niechęć do parazytaryzmu nikt chyba nie posądzi, K l e b s <sup>1)</sup>, jak najwyraźniej i jak najbardziej stanowczo oświadcza się za istnieniem i ważnem znaczeniem usposobienia. Dane doświadczalne wprost potwierdzają powyższe zdanie. Tak np. P a s t e u r <sup>2)</sup> w swych doświadczeniach nad osłabieniem siły lasecznika karbunkułowego (*bacillus anthracis*) przekonał się, że osłabione laseczniki odzyskują swą siłę wtedy, kiedy będą szczepione nie inaczej, jak bardzo młodym świnkom morskim; ich więc ustrój inaczej jest usposobiony względem lasecznika karbunkułowego, aniżeli indywidua tego samego gatunku, lecz tylko starsze. Dalej P a s t e u r przekonał się, że kura, która w zwykłych warunkach jest niewrażliwa na działanie lasecznika, ulega karbunkułowi, jeżeli będzie pogrążoną w zimną wodę; P a s t e u r tłumaczy to tem, że prawidłowa ciepłota kury jest zbyt wysoka dla rozwoju lasecznika i że dopiero po oziębieniu daje należyty grunt dla rozwoju pasorzyta. Później zobaczymy, że i inne tłumaczenie tego faktu jest możliwe; tak samo G i b i e r <sup>3)</sup> znalazł, że żaby ulegają karbunkułowi, jeżeli je poprzednio na parę godzin zanurzyć w ciepłą wodę.

Cała kwestya szczepienia ochronnego jest dowodem stwierdzającym istnienie usposobienia; ustrój, który raz przeszedł ospę nadal nie daje warunków dla rozwoju pasorzyta, pomimo, że przecież gleba pozostała ta sama. W ostatnich wreszcie czasach pokazały się dwie prace, mojem zdaniem, bardzo ważnego znaczenia, które, kto wie, czy nie powołane będą do rozjaśnienia nam wielu ciemnych rzeczy. Mam tu na myśli prace: R o s s b a c h'a <sup>4)</sup> i R o s e n b e r g e r'a <sup>5)</sup>. Pierwszy z nich wykazał, że jeżeli zdrowemu zwierzęciu wstrzyknąć ferment organizowany, mianowicie papajotyne, wtedy takowe zdycha przy objawach posocznicy (*septicaemia*), a po śmierci znajdujemy mnóstwo pasorzytów,

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> De l'attenuation des virus et de leur retour a la virulence. Gaz. med. de Paris Nr. 11. 1881. ref. w V i r c h o w'a i H i r s c h'a Jahresber. 1882. T. I. str. 381 i nast.

<sup>3)</sup> Compt. rend. T. 94. Nr. 24. ref. Virchow'a i Hirsch'a Jahresb. 1883. T. I. str. 299 i nast.

<sup>4)</sup> Centrbl. f. die med. Wiss. Nr. 5. 1883.

<sup>5)</sup> eodem loco Nr. 4. 1883.

właściwych posocznicy (P a s t e u r), czyli t. z. *oedema malignum* (K o c h). Drugi z wymienionych autorów przekonał się, iż krew wzięta ze zwierzęcia zdechłego na posocznicę (*septicaemia*) i pozbawiona przez gotowanie pasorzytów (o czym się przekonywał za pomocą hodowli), mimo to wstrzyknięta do żył królikom wywoływała u nich posocznicę, przyczem po śmierci znajdowano ogromną ilość pasorzytów. Tak w jednym, jak drugim szeregu doświadczeń przez wstrzyknięcie organizowanego fermentu lub chemicznych produktów guicia mikrokoki, istniejące prawidłowo we krwi, lecz nie mogące się w niej rozwijać, zyskały lepsze warunki dla rozwoju.

Wszystkie te fakta dowodzą, że usposobienie tkanek ważną odgrywa rolę w powstawaniu chorób zakaźnych; odwieczna obserwacja kliniczna zyskuje w doświadczeniu patologicznem najzupełniejsze stwierdzenie. Tak więc, widzicie Panowie, że wstręt B a u m g a r t e n'a do „mistycznego i nielogicznego“ pojęcia usposobienia nie jest usprawiedliwiony. Kto ustrój żyjący będzie uważał jako prostą butelkę P a s t e u r'a, wypełnioną płynem L i e b i e g'a, ten usposobienia przyjmować nie może, boć w istocie w każdym płynie, byleby zawierał nieco wody, białka i soli, schizomycety hodować się mogą. Ale ustroj nie jest martwym płynem odżywczym; pasorzyt w ustroju nietylko zużywa całą swą siłę organiczną na rozradzanie się i wzrost, ale jeszcze staczać musi uciążliwą nieraz walkę o byt z komórkami, które też same mają dążność t. j. pragną tego samego pokarmu. Od wyniku tej walki należeć będzie albo zwycięstwo pasorzytów, a więc śmierć ustroju, albo przeciwnie śmierć pasorzytów. Walka ta albo toczy się w korzystnych dla ustroju warunkach i zupełnie na stan jego zdrowia nie wpływa, albo też bywa uciążliwą i wtedy powstaje choroba. Ta właśnie zdolność do walki komórek, ta ich życiowość, wyrokuje o usposobieniu do chorób zakaźnych.

Ostatecznie więc powiedzieć można, że usposobienie zależy od sumy przeszkód, jakie spotyka pasorzyt dla swojego rozwoju w ustroju; ponieważ przeszkód tych nie można szukać w chemicznym składzie krwi i soków, które zawsze dostarczają aż nadto dobrych warunków dla rozwoju pasorzytów, przyjąć więc należy, że usposobienie zależy od mniejszej lub większej życiowości komórek *resp.* ustroju. Jest to ważny punkt, na którym w znacznej części opierać się musi zapobieganie gruźlicy. Tak pojęte usposobienie tłumaczy nam wybornie, dla czego jedne ustroje łatwiej ulegają gruźlicy, aniżeli inne; tym sposobem pojmiemy, dla czego fermenty, gnijące płyny, które zniżają życiowość ustroju, sprzyjają rozwojowi pasorzytów; tym wreszcie sposobem zrozumiemy, w jaki sposób nędza, trudy, zmartwienia i t. d. usposabiają do chorób zakaźnych. Sądzę, że i powyżej przytoczone doświadczenie P a s t e u r'a z oziębieniem kury w ten sposób dałoby się wytłumaczyć; być może, że pogrążenie kury w zimną wodę zniżyło na tyle życiowość jej komórek, że takowe nie zdołały już wytrzymać walki z pasorzytami. Zdaje mi się, że ten sposób tłumaczenia ma więcej racji bytu, wiemy bowiem, że zdrowy ustrój bardzo łatwo reguluje swą ciepłotę i nie tak łatwo się oziębia. Wreszcie w ten sposób pojmywać należy i to zabezpieczenie, jakie nam daje raz przebyta choroba zakaźna, albo też jej szczepienie. Tutaj przypuścić należy, że raz przebyta walka z pasorzytem pod-

niosła tak życiowość komórek, że te nadal zwycięsko już odpierają najazd pasorzytów; nie w tem dziwnego, wszak nie w gnuśności lecz w walce i ćwiczeniu wyrabia się żołnierz. Że zaś tylko w ten sposób pojmować należy zabezpieczenie, tego dowiodły interesujące prace G r a w i t z'a <sup>1)</sup>. Autor ten, szczepiąc królikom osłabione egzemplarze pleśni *aspergillus glaucus*, wywoływał u nich zabezpieczenie, które czyniło je już niewrażliwymi na działanie zabójczych w innych warunkach, niezłagodzonych egzemplarzy tejże pleśni; aby się zaś przekonać, czy zabezpieczenie to pochodzi skutkiem obecności jakichś nowych pierwiastków, czyniących rozwój pleśni niemożliwym (C h a u v e a u), albo wskutek braku potrzebnych dla życia pasorzytu pierwiastków (P a s t e u r), brał krew z tak zabezpieczonego zwierzęcia i w niej hodował ten sam osobnik pleśni. Jeżeli powyżej przytoczone tłumaczenie P a s t e r a i C h a u v e a u jest słuszne, wtedy w krwi takiej pleśń hodować by się nie mogła. Tymczasem gdzie tam! Hodowała postępowała wybornie bez najmniejszej różnicy. Tak więc powiadam nawet zabezpieczenie ochronne pojmować należy jako zmniejszone usposobienie ustroju, czyli zwiększona jego życiowość. Powyżej skreślone pojęcie chorób zakaźnych jako walki o byt komórek z pasorzytami stanowi własność i jedną z najpiękniejszych stron teorii N a e g e l e'g o.

Dodać wreszcie winienem, że M o r d h o r s t <sup>2)</sup>, opierając się na doświadczeniach H o r w a t h'a, które wykazały, że do rozwoju schizomycetów potrzeba, aby płyn pozostawał w spoczynku, za podstawę usposobienia do gruźlicy uważa zwolnione krążenie soków, a co zatem idzie zwolnione utlenienie i przemiana materii. Zwolnienie przemiany materii idzie często w parze ze zmniejszoną życiowością komórki, a więc może usposobić do rozwoju gruźlicy, ale nie sądzę aby samemu momentowi mechanicznemu, t. j. wolniejszemu krążeniu soków można było nadawać tak ważne znaczenie, bo najpierw różnice jakie w tym względzie zachodzą, mogą być tylko tak minimalne, że na życie pasorzytów wpłynąć nie mogą, a powtórę nowsze badania wykazały, że aczkolwiek zbyt silny ruch cieczy nie sprzyja rozwojowi schizomycetów, to jednak umiarkowany bynajmniej żadnego nie wywiera wpływu.

Prócz tego S c h o t t e l i u s <sup>3)</sup> przyczyny usposobienia do suchot płucnych chciał szukać w odmiennej budowie najdrobniejszych oskrzeli u rozmaitych gatunków zwierząt. Znalazł on mianowicie, że kiedy u psa oskrzele coraz bardziej się zwęża i kończy się szpiczastym pęcherzykiem płucnym, u królika przeciwnie na wązkim oskrzeli siedzi na kształt guzika szeroki lejek złożony z kilku pęcherzyków. Oskrzele człowieka zajmuje miejsce środkowe pomiędzy dwoma powyższymi. Fakt ten interesujący sam przez się, nie posiada, zdaniem mojem żadnego znaczenia we względzie usposobienia do gruźlicy, również bowiem usposobienie psów i królików objawia się nietylko przy wdychaniu mas gruźliczych, ale i ich szczepieniu i tyczy się nie tylko płuc ale wszystkich narządów.

<sup>1)</sup> Rozmaite prace streszczone w Virehow'a i Hirsch'a Jahresb. 1882. T. I. str. 375 i następ.

<sup>2)</sup> Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

<sup>3)</sup> Virch. Arch. T. 91.



Tak więc, Szanowni Panowie, przyjąć należy, że gruźlica powstaje w skutek zakażenia się z zewnątrz, do czego jednak potrzeba pewnego usposobienia, polegającego na słabej życiowości komórek ustroju. To usposobienie może być dziedziczne, może jednak i w każdej chwili być nabyte pod wpływem wszystkich tych warunków, które osłabiają ustrój. Co więcej mogą nawet pojedyncze tylko narządy nabywać usposobienia i wyłącznie tylko ulegać gruźlicy. Ziegler<sup>1)</sup> np. powiada, że w oskrzelach zatkanym śluzem rozwój laseczników postępuje niezmiernie żwawo i że te miejsca są niejako ogniskiem, z kąd pasorzyt rozchodzi się na tkankę płucną. Przyjąć należy, że laseczniki, dostawszy się do śluzu, rozradzają się tak łatwo dla tego, że znajdują tu odpowiedni grunt, a nie potrzebują od razu staczać walki, później zaś stają do niej już nie pojedynczo, ale w całej armii, co im wtargnięcie niewątpliwie ułatwia. Fakt ten, moim zdaniem, ma niezmiernie ważne znaczenie i kto wie, czy kiedyś nie będzie powołany do odegrania dominującej roli w etiologii suchot płucnych, znaczenie jego zaś jest tem większe, że stwierdza dawno znaną rzecz, że gruźlica rozwija się często, po długotrwałych nieżytkach oskrzeli. Taż samą miejscową skłonnością tkanek wytłumaczyć by sobie należało powstawanie gruźlicy kości po traumatyzmach; i tutaj wylana krew, lub produkta zapalne dostarczają odpowiedniej, bo martwej gleby dla lasecznika.

Tyle, Panowie, o drogach, jakimi zarazek gruźliczy dostaje się do ustroju; przechodzimy do jego źródła.

Źródłem laseczników gruźliczych może być każdy narząd, a *resp.* każda wydzielina, która go zawiera. A więc w pierwszym szeregu idzie tu płwocina suchotników, która w  $\frac{3}{4}$  przypadków zawiera laseczniki, dalej idą wypróżnienia, w których często znajdowano wymienione pasorzyty, następnie mocz, w którym w przypadkach gruźlicy nerek znaleźli laseczniki Rosenstein<sup>2)</sup> i Babsiu<sup>3)</sup>. Mleko kobiece zawierać je może, ale tylko w razie obecności gruźlicy sutek, co, jak wiadomo, zdarza się bardzo rzadko. Kol. Sokółowski zwrócił uwagę na spółkowanie jako na możliwy moment zarażenia; teoretycznie nie można nic przeciw temu zarzucić, ale trzeba przyjąć, że możliwem to jest tylko wtedy, kiedy w jądrach, lub pęcherzykach nasiennych znajdują się ogniska gruźlicze, co istotnie zdarza się stosunkowo dość często. Z drugiej jednak strony zdaje się, że zarażenie tą drogą, jeżeli się zdarza, to bardzo rzadko, inaczey bowiem w częściach płciowych kobiet znajdowałibyśmy ogniska gruźlicze, co, jak wiadomo, w pochwie i macicy nie zdarza się nigdy, a w jajowodach jedynie przy wysoko posuniętych sprawach gruźliczych w płucach. Dalej źródłem laseczników może być wydzielina ropni, czy to w kościach, czy w gruczołach chłonnych, czy nawet w uchu, jak to niedawno wykazał Eschle<sup>4)</sup>. Tak więc, jeżeli pominiemy inne, mniej ważne, to zobaczymy, że głównem, jeżeli nie jedynem źródłem przenoszenia się lasecznika gruźliczego z człowieka na człowieka, jest płwocina; ponieważ zaś za główną drogę, przez którą wnikają schizomycety do

1) Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

2) Centr. f. med. Wiss. Nr. 5. 1883.

3) eodem loco Nr. 9. 1883.

4) Deutsche med. Woch. Nr. 30. 1883.

ustroju uważać należy płuca, potrzeba więc, aby laseczniki z plwociny najpierw uniosły się w powietrze, z kąd dopiero dostać się mogą do płuc. Tutaj zwrócić winienem uwagę Szanownych Panów na ten kardynalny fakt, który dominować winien w całej nauce o chorobach zakaźnych, że ani jeden osobnik schizomycotów nie może się dostać do powietrza dopóty, dopóki znajduje się zawarty w płynie; dopiero po wyschnięciu płynu schizomycety unoszone prądem powietrza dostają się do atmosfery, dowody zaś w tej mierze *N a e g e l e g o* <sup>1)</sup> i *B u c h n e r'a* są tak przekonywające, że wątpić o ich słuszości ani na chwilę nie można. To też i plwocina tylko wyschnięta posiada zarażające własności, dopóki więc znajduje się w kuflach wypełnionych wodą, dopóty jest zupełnie nieszkodliwą.

Z tego względu chorzy suchotnicy w szpitalach o wiele mniej przynoszą szkody swym sąsiadom, aniżeli nawet bogaci ludzie swemu otoczeniu: ci ostatni pluąc na podłogę, a jeszcze bardziej rozcierając plwocinę nogami najwięcej przyczyniają się do roznoszenia zarazki suchot płucnych. Istotnie Panowie, jeżeli chcemy być konsekwentni, to przyjąć musimy, że jedynie wyschnięta i roztarta plwocina może rozszerzać laseczniki gruźlicze. Wszystko to samo stosuje się i do wypróżnień moczu, oraz wydzieliny ran i wrzodów gruźliczych.

Drugim źródłem laseczników gruźliczych może być mleko krów, chorych na perlicę. Już wyżej mówiłem Szanownym Panom, że perlica krów według dzisiejszych pojęć uważaną być winna za chorobę identyczną z gruźlicą ludzi i zwierząt. Pierwszy raz zdanie to wypowiedział *G e r l a c h*, poparli go zaś badaniami anatomicznymi i doświadczalnymi *O r t h*, *B a u m g a r t e n*, *A u f r e c h t* a wreszcie i *K o c h*. Z badań tych wypada, że anatomiczna budowa gruzelków perlicy odpowiada budowie gruzelków oraz, że wytwory perlicy zaszczerpione królikom sprowadzają u nich jak najbardziej typowy obraz gruźlicy, zupełnie identyczny z tym, jaki otrzymujemy po zaszczerpieniu zserowaciałych mas wziętych z człowieka. Zresztą wszelka wątpliwość ustała z chwilą, kiedy *K o c h* w wytworach perlicy znalazł laseczniki gruźlicze. Z drugiej strony, ponieważ gruczoły mleczne krów ulegają często gruźlicy, łatwo więc było przewidzieć, że i mleko krów takich posiada zarażające własności. Jakoż w istocie *B o l l i n g e r* <sup>2)</sup> znalazł w takim mleku liczne laseczniki, a szczepiąc je, wywoływał gruźlicę u królików. Jeden tylko *S c h o t t e l i u s* <sup>3)</sup> występuje jeszcze przeciw jedności gruźlicy z perlicą, opierając się na fakcie, że w wielu miejscowościach Niemiec, a mianowicie w okolicy Würzburga, włościanie spożywają mięso krów dotkniętych perlicą, a jednak na suchoty nie chorują. Zarzut ten nie ma żadnego znaczenia, laseczniki bowiem w mięśniach mogą się wcale nie znajdować i prawdopodobnie się nie znajdują dla tego, że mięśnie w ogóle gruźlicy nie ulegają.

(D. n.).

---

<sup>1)</sup> Ueber die Bedingungen des Uebergangs von Pilzen in die Luft w „Zur Aeth. des Infectiouskrankheiten“. München. 1881.

<sup>2)</sup> Verh. des Congr. f. innere Med. 1883

<sup>3)</sup> l. c.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## 49. Peretti. Paraldehyd jako środek nasenny.

Paraldehyd jest odmianą aldehydu wzoru  $C_6H_{12}O_5$  i powstaje z tego ostatniego pod działaniem kwasu solnego, siarczanego, siarkawego lub chlorku węgla. Przedstawia on ciecz bezbarwną, z zapachem chloroformu, smaku ostrego, wrzącą przy  $124^{\circ}C$ . i krystalizującą przy ochłodzeniu niżej  $10^{\circ}C$ . Rozpuszcza się on w 8 częściach wody przy  $13^{\circ}C$ . a w 16 częściach przy wyższej temperaturze. Według Cervello już w średnich dawkach paraldehyd działa na środki nerwowe, a mianowicie na mózg; większe dawki działają na rdzeń kręgowy, znoszą odruchy, a przez porażenie rdzenia przedłużonego zatrzymują oddechanie i bicie serca. Sztuczne oddechanie podtrzymuje działanie serca. Wskutek działania na mózg paraldehyd znalazł zastosowanie jako środek nasenny; ma tę wyższość nad wodanem chloralu, że nie tak bardzo zmniejsza częstość oddechania jak ten ostatni i że po większych nawet dawkach nie następuje porażenie serca. Cervello zaleca jako *hypnoticum* 10 gramów paraldehydu w roztworze wodnym rozdzielonych na kilka porcyj. Morselli i Berger zalecają również ten środek.

Autor używał 4% roztworu paraldehydu w wodzie z dodatkiem 10% cukru, który chorzy bardzo chętnie przyjmowali, u 4 zdrowych i 32 chorych umysłowo, zadając 2—8 grm. *pro die* i nigdy niebezpiecznego obocznego działania nie spostrzegali.

U zdrowych dawka 3—6 grm. po kilku minutach wywoływała już sen trwający 2—4 godzin bez żadnych przykrych marzeń i innych dolegliwości po obudzeniu. Zaraz po przyjęciu badani doznawali uczucia znużenia i ciężkości w powiekach, poczem zasypiali smacznie, chrapiąc niekiedy zawzięcie.

Liczba oddechów zmniejszała się o 2 na minutę, częstość tętna o 2—8. Fala tętna zmieniała się w ten sposób, że znikało pierwsze wtórne wzniesienie i występowała skłonność do dwubitności. Ciężota ciała zniża się o parę dziesiątych, łaknienie niekiedy powiększa się, zaburzeń w trawieniu nawet przy dłuższym użyciu tego środka nie bywa. Wydzielanie moczu nie ulega widocznym zmianom, u dwóch tylko chorych zauważył autor w czasie zadawania paraldehydu nietrzymanie moczu nocne, które ustało po zaprzestaniu użycia tego środka.

Paraldehyd przeto w dawce 3—6 grm. zaleconym być może jako środek nasenny nie wywołujący podrażnienia, a po przebudzeniu nie zostawiający żadnych następstw nieprzyjemnych jak bóle głowy, kongestyje i t. p., tak po jednorazowym jak i po dłuższym użyciu. Autor zadawał chorym po 162—179 grm. paraldehydu w ciągu 42 dni, nie wywołując żadnego obocznego działania. Dobrze go znoszą nawet starcy, porażeni i cierpiący na serce. Jeszcze większy pożytek może przynieść paraldehyd w psychiatrii, tem bardziej że na samą chorobę żadnego wpływu nie wywiera.

Paraldehyd w 2 gramowej dawce u chorych umysłowych wywoływał sen kilkogodzinny w nocy, a uspokojenie w dzień, dla osiągnięcia jednak dłużej trwającego skutku należy dawkę powiększać, tem bardziej że chorzy przywykają do tego środka bardzo prędko. Po kilkudniowej przerwie paraldehyd działa znowu mocniej w mniejszych dawkach. Najlepiej autor obserwował ten sposób działania paraldehydu w świeżych przypadkach szalenstwa, w których tylko chwilowe uspokojenie następowało tak w dzień, jak i w nocy. Przy peryjodycznym szalenstwie również działanie było ujemne. Przy bezsenności u melancholików paraldehyd okazał się dosyć skutecznym, jak również przy bezsenności u zdrowych na umyśle, lecz umysłowo znużonych.

Jakkolwiek przeto paraldehyd w różnego rodzaju cierpieniach umysłowych nie działa specyficznie, wywiera jednak po większej części wpływ uspokajający, a sprowadzając sen przyczynia się wiele do pomyślnego zejścia choroby.

Wyższosc tego środka nad wodanem chloralu polega na tem, że nawet w większych dawkach nie działa kumulacyjnie na serce, nie wywołuje pobudzenia przed zaśnięciem i przygnębienia po obudzeniu. Szkoda tylko, że chorzy prędko przywykają do tego środka, wskutek czego należy dawkę powiększać, co z powodu wysokiej ceny środka (30 marek kilogram) należy mieć na względzie.

Pamiętać także należy, że paraldehyd ma słodkawy, charakterystyczny zapach, który 24 godzin po użyciu czuć w oddechu chorych. Zapach ten jest tak mocny, że jeden chory używający paraldehydu, psuje atmosferę całego pokoju, w którym przebywa.

(Berl. kl. Wochenschrift, Nr. 40.)

A. Malinowski.

### 50. Gugl. Paraldehyd jako środek nasenny.

Autor używał tego środka 336 razy i tylko w 8,3% z ujemnym wynikiem. Sen występował po  $\frac{1}{2}$ —3 godzinach i trwał 3—12 godzin. Oddechanie przy tem stawało się głębszem, tętno wcale się nie zmieniało. Obocznego działania i nieprzyjemnych następstw po obudzeniu się nie było. Autor zaleca ten środek przy bezsenności neurastenicznej i hysterycznej, jak również przy różnego rodzaju psychozach a szczególnie manijach, oraz przy *delirium tremens*.

Średnia dawka u autora wynosi 3 grm., u delikatnych i kobiet  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  grm. najwyższe 5 grm.; przepisuje on paraldehyd z *Tra. cort. aurant. et syr. cort. aurant.* lub wodą ocukrzoną. W ławatywach 4 grm.. Jeżeli większe dawki zawodzą, używa mniejszych z dodatkiem 1 centygrama morfiny, lub równych części bromku potasu albo bromku sodu.

(Zeitsch. f. Therapie).

A. Malinowski.

### 51. Cervello. Paraldehyd jako odtrutka strychniny.

Badania autora nad zwierzętami otrutemi strychniną (zabyikróliki) doprowadziły go do następujących bardzo ciekawych wniosków. U zwierząt otrutych śmiertelnymi dawkami strychniny paraldehyd nie tylko zapobiega śmierci lecz nawet zapobiega wystąpieniu objawów otrucia już w małych dawkach, które głębokiej narkozy nie wywołują. Działanie strychniny opóźnia narkozę, która jednak następnie przebiega jak u zwierząt zdrowych. Ciężota zniża się, oddechanie staje się rzadszem, odruchy słabną, zwiększone przez strychninę ciśnienie krwi słabnie również. Ponieważ paraldehyd szybko się z organizmu wydziela, gdy tymczasem strychnina dłużej zostaje, ztąd też i działanie jego u żab jest przemijające.

Pomiędzy strychniną a paraldehydem nie ma jednak antagonizmu wzajemnego, t. j. strychnina nie może służyć za odtrutkę dla paraldehydu i działania jego wcale nie zmienia.

Oba te środki działają na szarą substancję mózgową, lecz wprost przeciwnie, t. j. paraldehyd uspakaja pobudliwość na odruchy, strychnina zaś takową powiększa.

(Archivio per le science mediche. T. VII. Z. I).

A. Malinowski.

### 52. Heuck. Przyczynek do statystyki i operacyjnego leczenia raka kiszki prostej. (Zur Statistik und operativen Behandlung der Mastdarmkrebse).

Praca powyższa oparta na 43 spostrzeżeniach zebranych w klinice Czerny'ego powiększa liczbę opracowań w przedmiocie raka, w jakie obfituje literatura niemiecka. Podajemy tu w streszczeniu ważniejsze dane i wnioski.

II. stwierdza fakt znany, że rak odbytnicy najczęściej zdarza się między 40—60 rokiem życia (na 43 przypadki 29 przyp.); najmłodszy chory dotknięty tem cierpieniem liczył 19 lat. Rak odbytnicy bywa rzadziej u kobiet niż u mężczyzn (31 mężczyzn : 13 kobiet wypada ze statystyki Heuck'a lecz z zestawienia Billroth'a stosunek jest jak 1 : 1,8).

Co się tyczy budowy histologicznej to z 36 guzów badanych ściślej było 26 zwyczajnych raków cylindrycznokomórkowych z wyraźnem podścieliskiem łącznotkankowem. 3 raki drobnodoleczkowe (*Kleinalveolares Cylinderzellenkrebs*); 1 rak galaretowaty drobnodoleczkowy i jeden wielkodoleczkowy składały się z komórek pierwszy z małych, drugi z dużych okrągławych lub kątowatych.

Na 42 raki błony śluzowej, w 6 przypadkach zajęty był sam odbyt, w pozostałych nowotwór znajdował się ponad odbytem (*anus*) 33 razy rak był otaczający kışkę dookoła. Twardy i mocno zwięzający był nowotwór w 14 przyp.; twardy lecz niezbyt zwięzający w 9 przyp.; miękki okrążający kışkę w 10 przypadkach; w kształcie płaskiego owrzodziałego nacieczenia zajmującego małą część obwodu kışki w 3 przyp.; w kształcie odosobnionego guza wystającego do światła jelita w 7 przyp.. Rak zrosnięty był z otoczeniem w 21 przyp., w 22 zaś był przesuwalny.

Z pomiędzy 26 zwyczajnych raków cylindrycznokomórkowych 17 wycięto, 8 wyskrobano, przy jednym niedokończono ekstyrpacyi (7 recydyw, 8 bez recydywy, 1† z *pleuritis*, 1 niepewny). Z trzech raków cylindrycznokomórkowych zwyrodnionych galaretowato 1 wycięto (1†), 2 pozostałe wyskrobano.

Trzy raki cylindrycznokomórkowe drobnodoleczkowe wycięto (2 recydywy, 1 bez recydywy od roku).

Wycięto również 1 raka drobnodoleczkowatego galaretowatego bez komórek cylindrycznych († z *peritonitis*), zaś w przypadku raka wielkodoleczkowego skutecznio wyskrobano.

Co się tyczy przebiegu klinicznego to zazwyczaj rak galaretowaty i drobnodoleczkowy rośnie szybciej i przechodzi na otoczenie wcześniej, gdy tymczasem zwykle raki cylindrycznokomórkowe częściej bywają przesuwalne i nieprzyniosłe i dłużej pozostają takowemi.

Rak odbytnicy podobnie jak rak żołądka występuje pod dwiema nader różnemi postaciami, które tem się różnią, że w jednym razie nowotwór sadowi się w powierzchownych warstwach błony śluzowej, skutkiem czego prowadzi szybko do owrzodzenia, lecz dość późno przechodzi na głębsze warstwy, gdy tymczasem w innych radszych przypadkach szerzy się w tkance podśluzowej w postaci nacieku, długo pozostawia błonę śluzową nietkniętą i przedstawia się rozlanym i sprawia zazwyczaj zwięzienie kışki wysokiego stopnia.

Porównywując dane badania drobnowidzowego z danemi otrzymanemi przy badaniu makroskopijnem i z przebiegiem klinicznym raka odbytnicy, H. przychodzi do wniosku, że rezultat jest bardzo niewielki, t. j., że pewne dane jednej kategorii bynajmniej nie pozwalają stawiać stałych wniosków w drugim kierunku, Co najwyżej można powiedzieć, że tem lepsza jest nadzieja, im nowotwór wolniej się rozwijał, im dłużej pozostał przesuwalnym, to zaś bywa tylko przy zwyczajnych rakach cylindrycznokomórkowych.

Na 43 przyp. zanotowano tylko 8 razy powiększenie gruczołów w pachwinach, co zdaje się zależeć od tego, że gruczoły te obrzmiewają tylko wtedy, gdy zajęty zostaje sam odbyt, którego naczynia chłonne udają się do gruczołów pachwinowych.

Leczenie. Na 43 przyp. 4 okazały się niezdatnemi do operacyi, w 13 nowotwór wyskrobano i przypalono, w 1 przyp. rozpoczęto wycięcie, ale go z powodu za obszernych zrostów niedokończono, w 25 wykonano doszczętną operacyją. Z tych 25 chorych, 1† z powodu samej operacyi (otwarcie otrzewnej i wylanie się do niej kału), 13 zmarło z recydywy, 11 żyje (w tej liczbie 2-ch z recydywa).

Z owych 9ciu chorych żyjących bez recydywy 2-om robiono operacyję przed 4-ma laty, 1-mu przed 3 $\frac{3}{4}$  laty, 1-mu przed 2 $\frac{1}{2}$ , 2-om przed 2. 1-mu przed rokiem, 2-om przed  $\frac{1}{2}$  rokiem.

Czy który z tych chorych jest stale wyleczony, niewiadomo, gdyż V o l k m a n n widział recydywę w 3, w 5, w 6 lat po operacyi. Śmiertelność z powodu samej operacyi jest małą w porównaniu ze stanem rzeczy przed laty 10—15. (B i l r o t h np. do roku 1876 miał śmiertelność=39,3% i na 33 ekstyrpacyje tylko 1 stałe wyzdrowienie

Co się tyczy sposobu operacyjnego tu stosownie do siedliska i rozmiarów można rozróżnić: a) wycięcie całego odcinka kiszki dookoła wraz z odbytem lub z pozostawieniem wąskiego paska błony śluzowej w samym odbycie; b) wycięcie ograniczonego guza lub nacieku; c) wycięcie koliste wyższej części odbytnicy wraz z zeszyciem kolistem wewnątrzkiem kiszki (*resectio circularis*).

Autor nie przypisuje zbyt wielkiego znaczenia pozostawianiu wąskiego rąbka bł. śluzowej w samym odbycie, gdyż pożytek z niego niewielki, przyszycie górnego odcinka przez to wcale nie bywa łatwiejszem, a z pozostawionego rąbka łatwo może się wszczać recydywa; z tego powodu doradza całkowite wycinanie dolnego odcinka kiszki wraz z odbytem.

Jeśli tylko napięcie nie jest za duże, należy starać się koniecznie przyszyć górny koniec odbytnicy do skóry, a to w celu osłonięcia rany od stykania się z kałem; wprawdzie szwy około 4—6 dnia przeryniają błonę śluzową, lecz do tej pory rana pokrywa się ziarniną, tak że choć kiszka się cofnie w górę, mniej grozi zakażenie rany. Jeśli się uda osiągnąć zrost między skórą i błoną śluzową choć z jednej strony, już korzyść jest nie mała, gdyż później nie tak silna wytwarza się stryktura.

Zatrzymania się wydzieliny w jamie pod błoną śluzową po przyszyciu nie ma się co obawiać przy dobrem przedrenowaniu.

Zazwyczaj C z e r n y postępował w sposób następujący: po oczyszczeniu odbytnicy przecinał zwieracz, lub kiszkę cięciem tylnem podłużnem wyluszczał guz, chwytając strzykające tętnice w kleszczyki. Podwiązywano jedwabiem, gdyż katgutem trudno wiązać z powodu głębokości rany.

Główna rzecz antyseptyka i staranne podwiązanie naczyń. Nóż bezporównania lepszy od P a q u e l i n'a, gdyż ten ostatni krwotoku nie powstrzymuje, a tymczasem ujęcie tętnic w spalonych tkankach utrudnia. Po wycięciu oblewano ranę 5% roztworem chlorku cynku. Do opatrunku jodoform, który tu jest doskonałym środkiem.

Jeden raz C z e r n y zmuszony był wyciąć kość ogonową, do tego jeznak nie namawia, z powodu że skaleczenie znacznie się powiększa, a tymczasem dostęp nie wiele staje się lepszym.

Otrzewną otwarto 11 razy, 6 razy ranę w otrzewnej natychmiast zeszyto, 5 razy zostawiono otworem (1 †). ponieważ brzegi rany perytonealnej i tak szybko się skleją, zwłaszcza przy ściągnięciu i przyszyciu błony śluzowej do skóry.

Przeciwskazanie do wycięcia stanowi stale zrosnięcie guza z częściami otaczającymi kiszkę, w tym bowiem razie nie można być pewnym, czy się wycina wszystko, dalej znaczne wyniszczenie chorego i przerzuty do innych narządów.

Przechodząc do chorych, u których nie można było wyciąć raka, autor najprzód konstatuje, że u 8-u chorych zupełnie nieoperowanych długość trwania cierpienia wynosiła przecięciowo 19,1 miesięcy (od 9 miesięcy do 3 lat), gdy tymczasem u operowanych (przez wycięcie) i zmarłych z recydywy przecięciowo 25 miesięcy (od 5 miesięcy do 5 lat).

Wyskrobanie robiono w 13 przypadkach (1 † z przedziurawienia otrzewnej). Wogóle H e u c k zaznacza, że wyniki skrobania są bardzo złe i można zadać sobie pytanie, czy zgoła warto je przedsiębrać.

Przy rakach zwężających, miękkich, silnie bujających, wczesnie się rozpadających i łatwo krwawiących wyskrobanie ostrą łyżeczką i gruntownie wypalenie Paquelinem znosi niewątpliwie objawy zwężenia i daje lepsze granulacje i poprawę na pewien czas, lecz łatwo może spowodować przedziurawienie (pomimo ostrożności zdarzyło się 1 przedziurawienie do jamy otrzewnej, 1 do pęcherza). Natomiast przy raku twardym pierścieniowatym i silnie zwężającym kışkę skrobanie jest zupełnie bezskuteczne.

Nie może być też mowy o wyskrobaniu przy owej formie twardego raka, który począwszy się w warstwie podśluzowej, od dawna, bez objawów rozrasta się po tkankach, otacza całą kışkę, przyrasta do otaczających części, a przy badaniu przedstawia się w postaci rozlanego nacieku, prowadzącego do zwężenia najcięższego stopnia. W takich razach jedyną pomocą jest kolotomia, od dawna wykonywana przez angielskich chirurgów. Zdziwiającą jest rzeczą, jak chorzy uwolnieni od jednego razu po kolotomii od bólów, pomimo rosnącego dalej raka, szybko przychodzą do siebie i pomimo niedogodności wypływających ze sztucznego odbytu mogą żyć lata bez dolegliwości. Heuck przytacza opis 1 przypadku takiego rodzaju.

*Archiv f. klin. Chir. 1883. Tom XXIX Z. III.*

*Mallakowski.*

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W d. 18 Listopada bronić będzie kol. Pawiński na stopień doktora medycyny rozprawę „O arytmił serca przy cierpieniach jego zastawki“. Oponentami z urzędu będą profesorowie Lambli Łapezyński.

— W d. 23 Października odbyła się lekcya próbna D-ra Petrowa, kandydata na docenta toksykologii przy tutejszym uniwersytecie.

— D-r Jan Kahł z Dąbrowy Górniczej sumę w kwocie rs. 350, kwestyjonowaną przy wypłacie za leczenie chorych złożył za pośrednictwem naszej redakcyi do rozporządzenia Towarzystwu Lekarskiemu.

*Praga.* Na wydział lekarski czeski zapisało się 410 studentów (z tych 160 na kurs pierwszy), gdy tymczasem liczba zapisanych na fakultecie niemieckim nie dochodzi 200.

*Berlin.* W d. 30 Października nastąpiło tu otwarcie pomnika dla D-ra Wilmś'a.

*Frankfurt.* Hrabina Bose (córka elektora Heskiego) zapisała po 700000 marek dla uniwersytetów w Marburgu i Jenie.

*Kiel.* Rozstrzygiwanie pewnych kwestyj lekarskich zbiorowemi silami coraz więcej się upowszechnia. Za przykładem *British medical Association* kwestyję zaraźliwości suchot płucnych chce rozstrzygnąć przy współudziale znacznej liczby lekarzy prof. Schnitzler z Wiednia i w tym celu porozysłał przy czasopiśmie *Wiener med. Presse* odpowiednie schemata. Dalej musimy zanotować, iż zebranie ogólne lekarzy Szlezwig-Holsztyńskich odbyte 30 Września r. b. w Itzehoe postanowiło zbadać wspólnemi silami kwestyję zależności zapalenia płuc krupowego (*pneumonia cronposa*) od zmian temperatury powietrza, do czego w pomoc przyjdą liczne w tym kraju stacyje meteorologiczne. Zebraniem i opracowaniem materiału zajmie się prof. Quincke z Kielu.

*Monachium.* W początkach Listopada r. b. otwartym tu zostanie szpital homeopatyczny zbudowany kosztem księżnej Oettingen-Wallenstein.

— Tutejsze Towarzystwo lekarskie obchodziło 27. XI. r. b. 50-letnią rocznicę założenia.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski. Nr. 43.* W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Blumenstok. Czy płuca noworodka, który oddechał mogą stać się bezpowietrznemi.

— *Medycyna. Nr. 43.* Janiszewski. Trzy przypadki drgawek jednostronnych zwanych padaczką Jackson'a.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

# ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

## ZUPEŁNE TRAWIĄCY

 POKARMY  
 TŁUSTE  
 MACZYSTE  
 I ŻYŁASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIWIW

 Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
 Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

 PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,  
 W WARSZAWIE, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
 MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

# GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

 Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice  
 litografowane i jedna chromolitografowana.

 Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica  
 fotodrukowana i jedna litografowana. 0—2

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—28



# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE  
WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.  
Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.  
Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy. Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—12

### W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa  
rozbiorów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących  
w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

**Dr. L. Nencki**

chemik szpitali warszawskich.

12—4

## WARSZAWSKI DOM ZDROWIA

6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak  
również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego  
z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowozielną 33). K. Dobński (Królewska 6).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—13

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W SZPITALU I DOMU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BULLROTHA Z DRUGIEGO WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena egzemplarza zbroszowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 k. 30.—

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—3

KAPSUŁKI I PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu — Nagroda Montyon.*

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

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

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

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

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

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

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

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

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

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

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

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

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

*(Gazeta Szpitali Paryżkich).*

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

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

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

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

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. M. Rejehman. Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności. — II. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczej. — *Dział sprawozdawczy.* 49. Peretti. Paraldehyd jako środek nasenny. — 50. G u g l. Paraldehyd jako środek nasenny. — 51. Cervello. Paraldehyd jako odtrutka strychniny. — 52. H e u e k. Przyczynki do statystyki i operacyjnego leczenia raka kiszki prostej. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności.

Spostrzegal

**M i k o ł a j R e j e h m a n.**

W roku zeszłym opisałem <sup>1)</sup> przypadek bezustannego i ilościowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego; obecnie zdarzyło mi się obserwować drugi podobnego rodzaju przypadek chorobowy. Obadwaj chorzy przedstawiają jedno bardzo ważne wspólne zjawisko, mianowicie, iż tak u jednego jak i u drugiego żołądek nigdy nie był pusty, zawsze zawierał albo miazgę pokarmową (po jedzeniu), albo płyn kwaśny (na czczo), przedstawiający wszystkie własności prawidłowego soku żołądkowego. Pomimo tej wspólnej cechy; oba przypadki przedstawiają jednak pewne różnice, o których pomówimy po szczegółowem opisanii wyników badania będącego w mowie chorego. Dnia 4. VII. b. r. zgłosił się do mego prywatnego zakładu leczniczego p. I. I. urzędnik z Wilna, kawaler, 29 lat wieku liczący. Z przeszłości chorego godnem jest zanotowania to, iż służąc w wojsku podczas ostatniej wojny rosyjko-tureckiej zachorował w prowincyjach naddunajskich na zimnicę, która go męczyła prawie przez pół roku. W kilka miesięcy po ustaniu zimnicy, dostał biegunki krwawej, trwającej przez 2—3 tygodni. Obie te choroby bardzo go wyniszczyły, a jako następstwo po nich rozwinęły się rozmaite objawy dyspeptyczne. Po powrocie do kraju ogólny stan chorego znacznie się poprawił, pomimo to jednak objawy przewlekłej niestrawności nie ustępowały, lecz przetrwały aż dotychczas, to się zmniejszając, to nasilając.

Obecny stan chorego przedstawia się jak następuje: odżywianie niezłe, cera i zabarwienie błon śluzowych prawidłowe; ogólna wrażliwość nerwowa wzmożona, nastrój ducha hypochondryczny; brak łaknienia, niesmak, język

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. Nr. 26 i Berl. klin. Woeh. Nr. 40. 1882.

obłożony, odbijanie szczególnie po jedzeniu. ciche, krótkotrwałe; przy odbijaniu wraca niekiedy do gardła kwaśny płyn pokarmowy; wzdęcie okolicy żołądkowej, uczucie ciężkości po jedzeniu, które przed kilku tygodniami miało charakter ostrzejszy i dochodziło niekiedy do stopnia dość silnych bólów; zaparcie stolca, kał bywa dość często powleczoney brunatnym śluzem, niekiedy ze krwią zmieszany; z g a g i n i g d y c h o r y n i e d o z n a w a ł; bóle głowy, szczególnie w okolicy potylicowej, szum w uszach, częsta potrzeba wydalania moczu, innym znowu razem, aby mocz wydaląć, chory musi dość długo czekać i robić dość znaczne wysiłki. Przy uciskaniu brzucha w rozmaitych miejscach powstają bóle, szczególnie silne przy uciskaniu miejsca odpowiadającego splotowi podbrzusznemu górnemu (*plexus hypogastricus superior*), w którym to miejscu powstałe bóle rozprzestrzeniają się w kierunku prostolinijnym ku żołądkowi. Podobnie powstają bóle przy ucisku ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszych lędźwiowych. Badanie fizykalne wątroby, śledziony, płuc i serca nie wykryło w tych narządach nic nieprawidłowego. Chód, ruchy kończyn, czucie, odruchy ścięgniste, oddziaływanie źrenic na światło, pole widzenia prawidłowe. Dnia 4. VII., w 7 godzin po przyjęciu przez chorego pokarmu wprowadziłem do żołądka miękki zgłębnik, lecz za pomocą pompki ssącej nie mogłem zeń nic wydobyć. Dopiero po wypompowaniu małej ilości wody, udało mi się wyciągnąć, wraz z tą ostatnią, nieliczne resztki pokarmowe, złożone przeważnie z ciał krochmalowych, a w daleko mniejszej części z włókien mięsnych. W wypompowanym płynie nie znaleziono ni czworniaka żołądkowego (*sarcina ventriculi*) ni kulek drożdżowych (*torula cerevisiae*). Dnia 6. VII., o godzinie 9-ej rano, wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo, 50 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, prawie przezroczystego, nieco tylko opalizującego, nie zawierającego resztek pokarmowych ani też grzybków fermentacyjnych, w którym pływały bardzo nieliczne strzępki śluzu. Po wydobyciu tego płynu żołądek dokładnie przepłukałem i oznaczyłem zdolność, z jaką błona śluzowa wydziela kwas solny. W tym celu postępowałem według metody L e u b e'g o w sposób następujący. Wprowadziłem do żołądka 100 ctm. sześć. bardzo zimnej przekroplonej wody, po upływie 10 minut za pomocą zgłębnika i lejka wlałem jeszcze 300 ctm. sześciennych wody i natychmiast wypuściłem 290 ctm. sześć. cieczy z lekka zakwaszonej w stopniu kwaśności równym 0,0195%.

Płyn wydobyty na czczo z żołądka w ilości 50 ctm. sześć., przedstawiał odczyn kwasny. stopień kwaśności równał się 0,306%; jedna jego kropla dodana do wodnego roztworu farby fioletowej metylo-anilinowej natychmiast zmieniła jej barwę na jasno-niebieską, a żółtą tropeolinę zabarwiła na brunatno-czerwona. Za pomocą roztworów siarczanu miedzi i sody gryzącej można było w tym płynie wykazać ślady peptonu i parapeptonu. W 8 ctm. sześć. płynu rozpuszczono w przeciągu dziesięciu minut, przy ciepłocie 37° C., dość spory kawałek włóknika. Roztwór w ten sposób otrzymany zawierał znaczną ilość peptonu i tylko ślady parapeptonu, o czem można było się przekonać zapomocą zabarwienia roztworami siarczanu miedzi i sody gryzącej (barwa > VI według podanej przezemnie skali w Nr. 33. „Gaz. Lek.“ z r. 1881).

Po zakalizowaniu 10 ctm. sześć. badanego plynu dodalem doń nieco krochmalu i mieszaninę tę utrzymywalem w cieplocie 40° C. Po godzinnem przeszło działaniu w roztworze nie dawaly się wykazać nawet ślady cukru.

Już z powyżej opisanych własności plynu, wydobytego na czczo z żołądka, musieliśmy sobie wyrobić przekonanie, że on się składa z kwasu mineralnego *resp.* solnego (za czem przemawia też oznaczony przy późniejszym badaniu współczynnik rozdzielnosci) i z pepsyny. Że prócz kwasu solnego w skład jego nie wchodził żaden kwas organiczny, że cała jego kwaśność zależała od kwasu solnego, o tem przekonałem się w następujący sposób. Badając wpływ kwasu solnego i kwasów organicznych na zmianę barwy wodnego roztworu farby fioletowej metylo-anilinowej, przekonałem się, że aby ta zmiana barwy od jednej kropli kwasu nastąpiła, to kwas solny musi być przynajmniej 0,05%, kwas mleczny musi być co najmniej 20%, a kwas masłowy i octowy muszą być jeszcze silniejsze. Jeżeli więc kwaśność plynu wydobytego z żołądka, równająca się 0,306% miałyby zależeć wyłącznie od kwasu mineralnego, *resp.* solnego, to rozcieńczywszy 10 ctm. sześć. tego plynu 50-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody, czyli, doprowadziwszy kwaśność do 0,05%, powinni bylibyśmy otrzymać zmianę barwy fioletowej metylo - anilinowej od jednej kropli tego rozcieńczonego roztworu. Rzeczywiście wykonane w ten sposób doświadczenie dało wynik najzupełniej dodatni.

Jestto niezbity dowód, że kwaśność badanego plynu zależała wyłącznie od kwasu mineralnego *resp.* solnego, gdyby bowiem w skład tego plynu w części tylko wchodził kwas solny, a w części kwas organiczny, to jakkolwiek przy stopniu kwaśności 0,306% mógłby on zmieniać barwę farby fioletowej, ponieważ kwasu solnego mogło by być przynajmniej 0,05 na 100, jednakże przy pięciokrotnem rozcieńczeniu, t. j. przy doprowadzeniu stopnia ogólnej kwaśności do 0,05%, zmiana ta barwy już by nie następowała, gdyż te 0,05 kwasu w 100 częściach roztworu reprezentowałyby wówczas już nie sam kwas solny, lecz mieszaninę tego ostatniego z kwasem lub z kwasami organicznymi.

Szybkie wytworzenie się znacznej ilości peptonu przy działaniu wydobytego z żołądka plynu na włóknik jest dowodem, że plyn ten zawierał pepsynę. Brak własności zamieniania krochmalu na cukier przemawia przeciwko przypuszczeniu, że w skład jego wchodziła ślina.

Dnia 7. VII., rano o godzinie 10-tej, wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo 8 ctm. sześć. plynu wodnisteo odczynu kwaśnego. Po dodaniu czystego wyskoku powstał w tym płynie męt, który zebrałem na filtrze i rozpuściłem w 8 ctm. sześć. 0,2% kwasu solnego. W ten sposób otrzymałem plyn, który przy cieplocie 40° C. szybko zpeptonizował spory kawalek włóknika. Jestto niezbity dowód, że w płynie znajduwanym na czczo w żołądku była zawartą pepsyna.

Dnia 9. VII. o godz. 10 rano wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo, 30 ctm. sześć. kwaśnego, wodnisteo, zlekka opalizującego plynu, którego współczynnik rozdzielnosci (*coefficient de partage*) okazał się równy 236<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Prof. Ewald w pracy pod tytułem: Ueber den „*Coefficient de partage*“ und über das Vorkommen von Milchsäure und Leucina in Magen, pomieszczonej w Arch. Virch. T. XIX. Z. II,

Dnia 10. VII. w 5½ godziny po spożyciu przez chorego rosolu, pieczeni wołowej, kartofli i bułki, wydobyłem z jego żołądka za pomocą pompki ssącej przeszło 20 ctm. sześć. płynnej miazgi pokarmowej, która badana pod drobnowidzem okazała się złożoną: z włókien mięsnych, ciał krochmalowych, kropel tłuszczu, cząstek tkanek roślinnych, kryształków margaryny i stearyny, ziaren rozpadowych i t. p.. Przesączyłem 16 ctm. sześć. tego płynu i przekonałem się, że on przedstawia odczyn kwaśny, że stopień jego kwasności wynosi 0,413% i że farba fioletowa metylo-anilinowa zmienia pod jego wpływem barwę na jasno-niebieską, a tropeolina na brunatno-czerwoną. Przedczony płyn zawierał pepton i parapepton, oczem można się było przekonać za pomocą odpowiednich odczynników. Tak wysoki stopień kwasności (0,413%), jak się okazuje z poniżej opisanego doświadczenia, nie zależał jednak wyłącznie od kwasu mineralnego. Pięć ctm. sześć. odsączonego płynu rozcieńczyłem 25-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody; jedna kropla tego roztworu zmieniała barwę fioletową metylo-anilinową na jasno-niebieską. Skoro zaś dodano do roztworu jeszcze 10 ctm. sześć. przekroplonej wody, t. j. skoro zmniejszono stopień kwasności do 0,05%, wówczas jedna kropla już nie zmieniała barwy używanego do doświadczeń odczynnika. Widocznem więc jest, że w badanym płynie zawierało się nie więcej lub przynajmniej nie dużo więcej jak 0,3% kwasu mineralnego *resp.* solnego, a resztę stanowił jakiś kwas organiczny.

Po wydobyciu miazgi pokarmowej żołądek starannie przeplukałem za pomocą przyrządu lewarowego, przyczem wlewając i wypuszczając wodę oznaczyłem dolną granicę żołądka, która przy największem jego napełnieniu znajdowała się na 3 poprzeczne palce ponad linią pępkową. Pozostałą w żołądku ilość wody wydobyłem za pomocą pompki ssącej. Po upływie pół godziny wprowadziłem powtórnie do żołądka zgłębnik i starałem się wyciągnąć płyn, jaki mógł się w nim pozostać pomimo pierwszego wypompowywania. Ostrożność ta była konieczną, gdyż D-r W. J a w o r s k i <sup>1)</sup> za pomocą licznych doświadczeń przekonał się, że nie tak łatwo, nawet pompką ssącą, wydobyć całą zawartość płynną z żołądka, że pomimo bezskutecznego wypompowywania po upływie pewnego czasu można z żołądka wydobyć płyn w rozmaitej ilości. Lecz w danym przypadku żołądek i tym razem okazał się pustym. Choremu zaleciłem, aby do następnego dnia nic nie jadł, ani też nic nie pił.

Nazajutrz rano wydobyłem z żołądka chorego, będącego na czczo 10 ctm. sześć. wodnistego, z lekka opalizującego płynu. Pięć centymetrów sześciennych tego płynu użyłem do oznaczenia stopnia kwasności, który wypadł 0,32%, drugie zaś 5 ctm. sześć. rozcieńczyłem 25-ciu ctm. sześć. przekroplonej wody i otrzymałem roztwór, którego jedna kropla zmieniała barwę fioletową metylo-anilinową na jasno-niebieską. Jestto, jakieśmy powyżej starali się przekonać, dowód, że kwasność wydobytego z żołądka płynu zależała wyłącznie lub przynajmniej prawie wyłącznie od kwasu mineralnego *resp.* solnego.

1882 r. ocenił znaczenie „współczynnika rozdzielnosci“. Czytelnika interesującego się tym przedmiotem odsyłamy do powyższej wzmiankowanej pracy.

<sup>1)</sup> Medycyna. Nr. 37. 1882.

Tak więc u naszego chorego bezustannie wydzieliał się sok żołądkowy, nie tylko podczas sprawy trawienia, ale i w wolnych od niej przestankach. Ogólna ilość wydzielanego na dobę soku nie mogła być określona, nie można zatem powiedzieć, czy ona była za dużą czy prawidłową, czyli też za małą. Tem właśnie, pomijawszy względy objawowe, różni się ten przypadek od przypadku w zeszłym roku przeze mnie spostrzeganego, w którym obok bezustannego wydzielania soku żołądkowego miało niewątpliwie miejsce znaczne zwiększenie jego ilości.

Pomimo to jednak powyżej opisany przypadek przedstawia dwie ważne cechy chorobowe.

Najpierw wiadomo, że żołądek człowieka zdrowego wydziela sok trawien-ny tylko wówczas, gdy zostanie do tego pobudzony przez przyjęty pokarm; z ukończeniem sprawy trawienia ustaje wydzielanie soku żołądkowego tak, iż rano naczczo żołądek jest zupełnie pusty. O tem miałem sam sposobność wielokrotnie się przekonać. Przeciwnie u osób chorych żołądek zawiera niekiedy naczczo płyn śluzowy, mniej lub więcej wodnisty, odczynu ługowego z resztkami pokarmowymi lub bez takowych, albo płyn kwaśny złożony między innymi z resztek pokarmowych i z kwasów wyłącznie organicznych, lub w części z kwasu solnego, które to części składowe nie są niczem innym jak pozostałościami i produktami fermentacyi miazgi pokarmowej (łącznie z sokiem żołądkowym).

W naszym zaś przypadku rano naczczo w żołądku znajdował się czysty sok żołądkowy, bez jakichkolwiek resztek pokarmowych (nawet wówczas, gdy żołądek nie był poprzedniego dnia wieczorem przepłukany). Ze sok żołądkowy nie był pozostałością z dnia poprzedniego (trudno nawet przypuścić, żeby miał pozostać sam sok bez resztek pokarmowych), to zatem świadczy zebranie się soku w żołądku po zupełnem opróżnieniu tego narządu z zawartości pokarmowej. A zatem sok żołądkowy wydzieliał się tutaj bezustannie i, jeżeli wolno się tak wyrazić, samodzielnie, bez bodźca z zewnątrz działającego, jak to bywa w stanach fizjologicznych.

Drugą cechą chorobową opisanego powyżej przypadku stanowi wysoki stopień kwasności miazgi pokarmowej <sup>1)</sup> i soku znajduwanego naczczo w żołądku.

Stopień kwasności miazgi pokarmowej wynosił 0,413%, a stopień kwasności soku żołądkowego równał się 0,306%—0,32%. Porównywając pierwszą cyfrę z cyframi otrzymanymi przez R i c h e t'a <sup>2)</sup> widzimy, że ona znacznie przewyższa średnią (0,17%) tego autora i jest nawet dużo większą od najwyższej (0,34%). Dotychczas jeden tylko S e e m a n n <sup>3)</sup> utrzymuje, że w 3-ciej godzinie trawie-

<sup>1)</sup> To zjawisko, stwierdzone o obu naszych chorych, może nam wytłómaczyć, dla czego pokarm zbyt długo u nich pozostawał w żołądku. Wiadomo bowiem, że zarówno niedostateczna ilość kwasu jak i jego nadmiar opóźnia sprawę trawienia ciał białkowatych, wiadomo też z drugiej strony, że pokarmy krochmalowe ulegają w żołądku działaniu polkniętej z nimi śliny tylko wówczas, gdy odczyn miazgi pokarmowej jest obojętny lub słabo-kwaśny.

<sup>2)</sup> Du suc gastrique. 1878.

<sup>3)</sup> Uber das Vorhandensein freier Salzsäure im Magen. Zeitsch. f. kl. Med. V. B. II. II. 1882.

nia stopień kwasności miazgi pokarmowej dosięga 0,6%. Moje dość liczne przedsiębrane w tym kierunku doświadczenia przekonały mnie, że stopień kwasności miazgi pokarmowej w późniejszych chwilach trawienia waha się pomiędzy 0,15% i 0,32%.

Bardziej jeszcze godnym jest uwagi znaczny stopień kwasności soku znajduwanego w żołądku chorego, będącego na czczo, a szczególnie tego soku, który się wydzielił po starannem uprzedniem przepłukaniu narządu

Jak wiadomo, w początkach sprawy trawienia żołądkowego, przez pierwsze  $\frac{1}{2}$  godz. do 1 godziny, a nawet i dłużej, odczyn zawartości żołądkowej bywa zazwyczaj obojętny i dopiero w dalszym przebiegu trawieniu staje się on kwaśnym. Od czego to zależy, dotychczas nie wiadomo. Jeżeli od tego, że ługi, wchodzące w skład pokarmu i polykanej śliny, zobojętniają wydzielający się w początkach trawienia kwaśny sok żołądkowy, to fakt obserwowany u naszego chorego nie byłby jeszcze tak dziwnym (rozumie się tylko pod względem wysokości stopnia odczynu kwaśnego), a usprawiedliwiałby ze swej strony powyższą teorię. Jeżeli zaś, aby się kwaśny sok zaczął wydzielać, potrzeba długiego pobudzania błony śluzowej przez pokarm, to fakt wydzielania się w czczym żołądku soku o wysokim stopniu kwasności przedstawiałby zjawisko tem bardziej podziwu godne.

Wdawać się tutaj nie będziemy w teoretyczne przypuszczenia, od czego podobne, jak dwa opisane przezemnie przypadki chorobowe, mogą zależeć; czy tutaj ma miejsce szczególna zmiana gruczołów żołądkowych, lub składu krwi, czy też zwiększenie fizjologicznego odczynu (co do czasu trwania i natężenia) przyrzędu wydzielniczego poza granice prawidłowe, z przyczyny częstego drażnienia błony śluzowej przez ostre napoje i pokarmy lub z powodu wzmożonej wrażliwości nerwów wydzielniczych żołądka, tego rozstrzygnąć nie można. Faktem jest, że podobne przypadki istnieją a nawet, że one się dość często przytrafiają. Od czasu ogłoszenia pierwszej obserwacji badałem zrana żołądek u 59 chorych będących na czczo. Z tych u 27 żołądek okazał się pustym; u 14 zawierał on płyn śluzowy, mniej lub więcej wodnisty, o odczynie ługowym z cząstkami pokarmowymi lub bez takowych; u 11 żołądek na czczo zawierał płyn kwaśny z cząstkami pokarmowymi i z grzybkami fermentacyjnymi, ze śluzem lub bez takowego, ze krwią lub bez takowej, w którym to płynie wolny kwas solny za pomocą barwy fioletowej metylo-anilinowej i za pomocą współczynnika rozdzielności wykazać się nie dawał<sup>1)</sup>; u 5-ciu żołądek na czczo zawierał płyn kwaśny z cząstkami pokarmowymi, z grzybkami fermentacyjnymi (*sarcina*, *torula*) lub bez tych ostatnich, w którym kwas solny w stanie wolnym wykazać się dawał; u jednego chorego znaleziono na czczo w żołądku masę złożoną ze skrzepłej krwi o odczynie obojętnym i nakoniec u 1-go czysty sok żołądkowy.

Zbyt jest małą moja statystyka, aby z niej można wyprowadzić jakieś pewne wnioski co do częstości występowania opisanej powyżej formy chorobowej.

<sup>1)</sup> Z tych 11-u chorych dziesięciu niewątpliwie było dotkniętych rakiem żołądka. Ten wynik z moich spostrzeżeń przemawia za zdaniem Van der Velden'a, ogłoszonym cztery lata temu (Ueber Vorkommen und Mangel der freien Salzsäure im Magensaft bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1829).



Przypuścić jednak musimy, iż przytrafia się ono dość często i jeżeli poprzednio nie była, o ile mi wiadomo, przez nikogo dokładnie opisaną, to według mego zdania, zależy to od tego, że zazwyczaj nie badano zawartości żołądka bez uprzedniego wprowadzania doń wody. Ta ostatnia rozcieńcza i zobojętnia kwaśną zawartość i przez to czyni niemożliwym dokładne jej zbadanie. Dla rozpoznania podobnych przypadków chorobowych konieczną też jest rzeczą w przeddzień badania zawartości żołądka dokładnie go przemyć, pozostałą ilość wody za pomocą pompki wyciągnąć i zalecić choremu, aby aż do chwili mającego nazajutrz nastąpić badania nie do żołądka nie wprowadzał i aby śliny nie połykał

Zbytecznym jest tutaj dowodzić jak pożytecznymi by były dalsze w tym kierunku poszukiwania. Już prof. Leube, wprowadziwszy naukowe metody do badania zaburzeń czynnościowych żołądka, wykazał, o ile te badania są ważne i o ile mogą się przyczynić do rozwoju leczenia chorób żołądkowych.

Co się tyczy symptomatologii, to z dwóch tych przypadków żadnych wniosków wyprowadzić się nie da, ponieważ pod tym względem bardzo się one pomiędzy sobą różnią.

Nakoniec wspomnę słów kilka o stanie zdrowia opisanego powyżej chorego. Już po pierwszym rannem wypompowaniu soku żołądkowego go czuł się chory znacznie lepiej, wzmiankowane objawy dyspeptyczne bardzo się zmniejszyły. Po następnych podobnych operacjach czuł się on jeszcze lepiej, ale zmuszony był przerwać leczenie z powodu obowiązków służbowych, powołujących go do Wilna.

Z powodu zbyt krótkiego czasu, przez jaki chory mógł w Warszawie pozostać, nie mogłem zbadać wielu bardzo ważnych kwestyj, jak: chwili trawienia, w której kwasny odczyn miazgi pokarmowej dosięga najwyższego stopnia rozwoju, zdolności chłonicznej żołądka, kwaśności moczu i t. p..

## II. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

**Dra Teodora Dunina**

*lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.*

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43).

Jest, Szanowni Panowie, jeszcze jedna droga, przez którą pasorzyty wnikać mogą do ustroju, a z którą łączy się najtrudniejsza kwestyja, odnosząca się do zaraźliwości chorób; mam tu na myśli dziedziczność. Każdemu z nas dobrze jest wiadomem, że suchoty są chorobą dziedziczną; któż z nas nie wie, jak ciężko i prędko przebiegają suchoty u tych młodych osób, których ojciec lub matka, lub oboje rodzice umarli na tą samą chorobę. Dotychczas rzecz ta była dla nas

ciemna, niepojęta, ale nie zadziwiająca; boć jeśli chory może odziedziczyć czy to raka, reumatyzm, czy też usposobienie do nich, dla czegoż by nie miał odziedziczyć i suchot? Z chwilą uznania suchot za chorobę zaraźliwą, jeśli mamy mówić o dziedziczności samej choroby, przyjąć należy, że pasorzyt w ustroju matki przenika do ustroju dziecka. Takie przenikanie nie jest rzeczą nie możliwą. Wiadomo przecież, że dzieci rodzą się czasami ze śladami przebytej ospy, jeżeli matka na takową cierpiała; nie ulega więc wątpliwości, że pasorzyty z naczyń matki do naczyń płodu przenikać mogą; toż samo dzieje się w przy- miocie wrodzonym. Zresztą najlepszego dowodu dostarczył Alberti, który w krwi płodu, poronionego w skutek przebywania przez matkę tyfusu powro- tnego, znalazł spirochety Obermeier'a, a następnie Straus i Cham- berland<sup>1)</sup>, którzy się przekonali, że krew wzięta z płodu, którego matka przebywała czarną krostę, sprowadza u innych zwierząt, też samą chorobę. Nie mamy więc prawa przeczyć temu, że i lasecznik gruźliczy może przenikać z ustroju matki do ustroju płodu, czyli że suchoty mogą być odziedziczone w ści- śłym tego słowa znaczeniu. Z tych danych wychodząc Baumgarten<sup>2)</sup> po- sunął się tak daleko, że uznał dziedziczność jako jedyną przyczynę suchot, kiedy natomiast zarażenie się w okresie pozamacicznym uważa jako mało lub wcale nieprawdopodobne. Baumgarten odrzuca wszelkie usposobienie (*praedis- positio*) i powiada, że gdyby suchoty powstawały w skutek prostego zarażania się, wtedy wszyscy ludzie suchotom ulegać by musieli. Natomiast po- wiada on, że chociaż mało stosunkowo dotkniętych jest ludzi wybitną gruźlicą, to jednak u bardzo wielu istnieje ona w stanie utajonym (*latente tuberculose*) w postaci jednego ogniska w jakimś narządzie, które to ognisko przez całe życie może się niczem wcale nie objawiać i znajdujemy go jedynie przypadkowo przy sekcjach, ale wtedy wykazać w niem możemy laseczniki, co dowodzi, że ognisko takie choć ograniczone i utajone posiada jednak władzę zarażania, a co za tem idzie i przenoszenia się na płód. Powyższe rozumowanie Baumgar- ten'a nie wytrzymuje krytyki na wszystkich punktach. Istnieniu utajonej gruźlicy nikt przeczyć nie może; dowodzą tego raz badania anatomiczne, po dru- gie analogija z przymiotem, który także przez długi czas utajonym pozostać może. Ale kiedy przymiot odziedziczony wybucha z nader małemi wyjątkami natych- miast po urodzeniu się dziecka, przeciwnie przypadków gruźlicy u noworodków prawie wcale nie znamy. Istotnie trudno nam pojąć, w jaki sposób pasorzyt mógłby pozostać 20 lat, nie objawiając się najmniejszym znakiem i dopiero po upływie tego czasu wybuchać z całą grozą; tu jednak zauważyć winienem, że jeżeli (co musimy zrobić) przyjmiemy zółzy jako należące do gruźlicy, w takim razie czas ten utajenia znacznie by był krótszy, objawy bowiem zółzów poka- zują się zwykle już około 7—8 roku życia, a nawet i wcześniej. Z drugiej je- dnak strony wiemy, że gruźlica płuc wybucha nieraz w bardzo późnym wieku niemal w starości i wtedy trudno już przypuścić, aby była dziedziczną. Sądzę,

<sup>1)</sup> Arch. de Physiologie. Nr. 3. 1883 ref. w Kron. Lek. Nr. 10. 1883 przez Kraje- wskiego.

<sup>2)</sup> Zeitsch. f. klin. Med. T. II. Z. I. 1883.

że nie jest to jedyny zarzut; jeżeli bowiem gruźlica jest utajona, to znaczy, że jej paserzyt znajduje się w tem jednym ognisku, poza który nie wychodzi, albo jeżeli wychodzi, to natychmiast zniszczony zostaje; inaczej gruźlica nie byłaby utajoną, ale wkrótce pociągnęłaby za sobą inne zmiany. Jeżeli więc paserzyt ograniczony jest do jednego ogniska, wtedy ani we krwi matki, ani w nasieniu ojca znajdować się nie może; z góry więc zachodzi pewna wątpliwość, czy gruźlica utajona może się przenosić z rodziców na dziecko. Ale i na tem nie koniec; mojem zdaniem, z paserzytniczą teorią chorób zakaźnych pogodzić się da jedynie przenoszenie zarazka z matki na płód, a nie z ojca. Wiadomo Panom, że jeżeli pominiemy suchoty płucne, to o dziedziczeniu choroby zakaźnej można mówić właściwie tylko odnośnie do przymiotu, bo w chorobach o ostrym przebiegu (ospa, tyfus powrotny, karbunkul), rzecz prosta, że chorobę odziedziczać można jedynie od matki. Otóż syfilidologowie, o ile wiem, dotychczas nie są jeszcze w zgodzie co do tego, czy ojciec może przekazywać potomstwu przymiot wtedy, kiedy matka zupełnie jest zdrowa. Jedni wręcz temu przeczą, inni zaś twierdzą, że wprawdzie ojciec może udzielić dziecku chorobę, ale że wtedy i matka po jakimś czasie zaczyna słabnąć i wkrótce ulega jednemu z cierpień, właściwych przymiotowi. Oczywiście w tych ostatnich razach prawdopodobniejszem jest, że matka zaraża się od swego męża i udziela następnie chorobę dziecku. Ciekawym jest fakt, że dzieci przymiotem dotknięte, których matki pozornie są zdrowe, nie zarażają nigdy ich brodawek przy ssaniu, co przeciwnie często ma miejsce u mamek; co więcej doświadczenia *Carspary'ego* i *Singer'a* <sup>1)</sup> wykazały, że nawet szczepienie przymiotu takim matkom daje ujemne wyniki. Fakta te wytłumaczyć się dają jedynie w ten sposób, że matka także uległa przymiotowi, że więc nie mamy racyi mówić o przeniesieniu się choroby wyłącznie od ojca, ale że i tu przyjąć można przeniesienie się najpierw na matkę, a od tej dopiero na dziecko. Dalej nasienie chorego dotkniętego przymiotem, jak to pokazał *Miraur*, zaszczepione nie wywołuje objawów przymiotu, a więc nie zawiera zarazka; możliwem byłoby to, zdaniem mojem, jedynie wtedy, gdyby chory był dotknięty przymiotowem cierpieniem jądra. Ale i wtedy paserzyt może być tylko domieszany mechanicznie do nasienia i prawie niepodobna pojąć, aby mógł wnikać w ciało nasienne, nie zniszczywszy w zupełności jego życiowych własności. To też z punktu widzenia teorii paserzytniczej zupełnie zgodzić się muszę z *Krówczynskim* <sup>2)</sup>, który jest zdania, że przymiot od ojca na płód przenosić się nie może. Oczywiście wszystko, co powiedziałem o przymiocie, da się powiedzieć i o gruźlicy, która od ojca na płód przenosić się nie może. Co więcej, jeżeli nie możemy zaprzeczyć, że mogą się zdarzyć okoliczności, w których dziecko odziedzicza wprost suchoty, czyli mówiąc prościej lasecznika gruźliczego od matki, to należy zrobić to samo zastrzeżenie, jakie zrobił *Krówczynski* dla przymiotu, t. j. że podobne przenoszenie pojąć by się dało jedynie wtedy, gdyby w narządach płciowych matki znajdowały się owrzodzenia gruźlicze, w krwi bowiem lasecznik gruźliczy podobnie jak zarazek przy-

<sup>1)</sup> Cyt. według *Krówczynskiego* patrz niżej.

<sup>2)</sup> Pam. Tow. Lek. 1881. Z. 4.

miotu prawdopodobnie się nie znajduje; pod tym względem różni się on od lasecznika karbunkułowego i pasorzytów innych chorób zakaźnych ostrych. Mamy na to nawet pewne dowody; i tak już dawniej Weigert wykazał, że ile razy znajdują się gruźelki w naczyniach, tyle razy wybucha ogólna gruźlica, w najnowszym zaś czasie Watson-Cheyne, biorąc kroplę krwi zwierząt gruźliczych, nie był w stanie ani razu wyhodować lasecznika gruźliczego <sup>1)</sup>.

Cohnheim w inny sposób rozumie dziedziczność; powiada on, że gdzie w rodzinie znajduje się osoba dotknięta gruźlicą, tam stale istnieją warunki do zarażania się, cóż więc dziwnego, że wiele członków rodziny chorobie ulega. Tłumaczenie to proste, ale tak proste, że staje się prawie naiwnem. Komuż nie wiadomo, że nieraz rodzice odumierają dziecko w pierwszych miesiącach jego życia, a takowe pomimo tego około 20 roku życia umiera na suchoty. Ileż razy dzieci wychowują się zdala od rodziców — suchotników, a jednak śmierć ich bynajmniej przez to nie oszczędza. Czy mam przytaczać dowody na to? Wszak każdy z nas ma je w swej pamięci.

Jeżeli więc z jednej strony obserwacja kliniczna uczy nas, że dzieci zmarłych na gruźlicę częściej niż inne zapadają na tęż chorobę, jeżeli z drugiej bezpośrednio odziedziczenie nie odgrywa w tem żadnej, lub bardzo tylko małą rolę, cóż nam więc pozostaje przyjąć dla wytłumaczenia wyżej zaznaczonego faktu?

Wszystko każe nam przypuszczać, że dzieci suchotników odziedziczają po nich nie samą chorobę, lecz usposobienie do niej. Z usposobieniem lekarz często się spotyka; wszak nikt nie wątpi o tem, że odziedziczać możemy usposobienie do raka, krwawiaczki (*haemofilia*), podagry. Ale w chorobach zakaźnych pozornie traci ono racyją bytu; choroba zakaźna jest chorobą przypadkową, jak traumatyzm lub otrucie, a więc do niej usposobienia żadnego nie potrzeba, z drugiej zaś strony, ustrój zawsze dostarcza warunków potrzebnych dla rozwoju pasorzytu. Zdaje się więc, że tam, gdzie są pasorzyty i ustrój, tam jest już wszystko potrzebne dla rozwoju choroby i nie ma miejsca dla usposobienia. W ten też sposób wychodząc z tego, co wiemy o warunkach schizomycetów, rozumują Cohnheim i Baumgarten, ale kiedy pierwszy jeszcze ostrożnie tylko ostrzega, aby zbyt dużo miejsca nie zostawać usposobieniu, przez co grozi niebezpieczeństwo wogóle nauce pasorzytniczej, drugi z całą gwałtownością napada na mistyczne, niezrozumiałe i nielogiczne pojęcie usposobienia do chorób zakaźnych.

Faktem jest, Szanowni Panowie, że bezwzględne zabezpieczenie przeciw pasorzytom ustrój nie posiada, t. j. że przy pewnych sztucznych warunkach pasorzyty mogą zawsze się w nim rozwijać, a mianowicie wtedy, jeżeli będą wprowadzone w bardzo dużej ilości. W ten sposób u psów, które bardzo rzadko cierpią na gruźlicę, udaje się to cierpienie zaszcześcić, jeżeli czy to pod skórę, czy do płuc wprowadzimy bardzo znaczną ilość materij gruźliczych, *resp.* laseczników. I to także pewne, że laseczniki wnikać mogą do każdego ustroju; do

---

<sup>1)</sup> Deutsch. med. Woch. Nr. 28. 1883 referat Galky'ego.

pluc i kanału pokarmowego zawsze dla nich droga jest otwarta i nikt im nie przeszkodzi tam się dostawać. Ale od tej chwili zaczyna się różnica; u jednych laseczniki, dostawszy się do płuc, rozwijają się dalej i powodują wybuch gruźlicy, u innych zaledwie wniknąwszy do płuc zamierają i giną i to właśnie jest usposobienie. Należy więc tylko wyrażać się prawidłowo i nie mówić o usposobieniu do przyjmowania zarazka, bo takie nie istnieje, ale o usposobieniu, które pozwala, lub nie, rozwijać się pasorzytom w naszym ustroju, t. j. o usposobieniu do zachorowywania. Takie usposobienie, choć jak to później zobaczymy, trudno objaśnić się daje, istnieje jednak niewątpliwie, na co dowodów dostarcza nam zarówno obserwacja kliniczna, jak i anatomija patologiczna, a wreszcie, co najważniejsza, i patologija doświadczalna. Co do pierwszego, to wiemy na pewno, że niektóre choroby zakaźne, pomimo że wszyscy otoczeni jesteśmy ich zarazkami, zdarzają się tylko u pewnych osobników. Dzieci i starzy rzadko ulegają tyfusowi, a przecież ich soki i tkanki dają wszystkie warunki dla rozwoju pasorzytu. Żółtej gorączce ulegają przeważnie przybysze, kiedy natomiast stali i zaaklimatyzowani mieszkańcy zarażonych okolic, są od niej w znacznym stopniu zabezpieczeni. Toż samo można powiedzieć o gruźlicy; starzy stosunkowo rzadko jej ulegają, a co najważniejsza są miejscowości, mianowicie wysoko wzniesione nad poziom morza, w których suchoty są nieznane<sup>1)</sup>. Przecież nie można przypuścić, aby tutaj brakło warunków dla rozwoju lasecznika gruźlicy; przeciwnie u chorych przyjeżdżających do stacyj klimatycznych górskich rozwija on się wybornie, a jednak, jak twierdzi *Lichtheim*<sup>2)</sup>, od czasu utworzenia sanatoryjów dla suchotników, ludność tamtejsza bynajmniej częściej na gruźlicę nie zapada niż przedtem.

Z drugiej strony anatomija patologiczna uczy nas, że względem zarazka chorób zakaźnych istnieje bardzo wyraźne usposobienie pojedynczych narządów. Pasorzyt ospy, odry, szkarlatyny rozwija się przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, w skórze, choć przecież wszystkie narządy przedstawiają odpowiednią glebę, t. j. pożywienie i stopień ciepłoty dla jego życia potrzebnej; tak samo lasecznik tyfusowy wybiera przeważnie narządy chłonne; nawet przymiot, choć względem jego pasorzyta zabezpieczenie, jak się zdaje wcale nie istnieje, daleko częściej się zdarza w jednych aniżeli innych narządach; tak np. w płucach, śledzionie, na błonach surowiczych zdarza się bardzo tylko rzadko. Usposobienie pojedynczych narządów względem gruźlicy bardzo jest wyraźne; układ chłonny, płuca, kości często są jej siedliskiem, kiedy tymczasem rdzeń kręgowy, mózg, skóra, błona śluzowa żołądka o wiele rzadziej jej ulegają. Nawet w rozmaitych wiekach usposobienie się zmienia; u dzieci dotknięte bywają często kości, a rzadko płuca. *Oohnheim*, a za nim i *Weigert* nie przyjmuje żadnego

---

<sup>1)</sup> Dla Szwajcaryi pas zabezpieczenia od suchot zaczyna się 1500 do 1600 metrów, jak to pokazała komisya w tym celu wysadzona, a rezultaty prac której ogłoszone zostały przez *D-ra Müller'a* z Winterthur'u; zdaniem *Brechmer'a* pas ten na Śląsku rozpoczyna się już na wysokości 557 metrów, co jednak wydaje mi się nieco przesadzonym. (*Lombard. L'influence des altitudes. Congres international d'hygiene à Geneve. 1881.*)

<sup>2)</sup> *Verh. des Cong. f. innere Med. 1833.*

usposobienia pojedynczych narządów i częstsze zapadanie jednych narządów tłumaczy li tylko łatwiejszem wnikaniem lasecznika; sądzę że ten sposób widzenia zbyt jest jednostronnym. Wogóle wszystkie narządy mogą ulegać gruźlicy, nie więc dziwnego, że te, do których laseczniki gruźlicze łatwiejszy mają dostęp, częściej ulegają chorobie; ale z drugiej strony mamy miejsca, do których dostęp bezpośredni jest bardzo utrudniony, a które jednak często ulegają gruźlicy, że tylko wspomnę o oponach mózgu, o trzonach kręgow, do których z innego narządu laseczniki bynajmniej nie znajdują łatwego dostępu, natomiast są takie, do których dostęp jest łatwy, a które jednak rzadko gruźlicy ulegają, jak np. przelyk, żołądek, mięśnie (np. z opłucnej), macica, (np. z jajowodów). Należy więc przyjąć, że niektóre narządy przedstawiają bardziej sprzyjające warunki dla rozwoju lasecznika gruźliczego aniżeli inne.

Przechodzimy do danych doświadczalnych. Na wstępie powiedzieć winienem, że autor, którego o obskurantyzm i niechęć do parazytaryzmu nikt chyba nie posądzi, K l e b s <sup>1)</sup>, jak najwyraźniej i jak najbardziej stanowczo oświadcza się za istnieniem i ważnem znaczeniem usposobienia. Dane doświadczalne wprost potwierdzają powyższe zdanie. Tak np. P a s t e u r <sup>2)</sup> w swych doświadczeniach nad osłabieniem siły lasecznika karbunkułowego (*bacillus anthracis*) przekonał się, że osłabione laseczniki odzyskują swą siłę wtedy, kiedy będą szczepione nie inaczej, jak bardzo młodym świnkom morskim; ich więc ustrój inaczej jest usposobiony względem lasecznika karbunkułowego, aniżeli indywidua tego samego gatunku, lecz tylko starsze. Dalej P a s t e u r przekonał się, że kura, która w zwykłych warunkach jest niewrażliwa na działanie lasecznika, ulega karbunkułowi, jeżeli będzie pogrążoną w zimną wodę; P a s t e u r tłumaczy to tem, że prawidłowa ciepłota kury jest zbyt wysoka dla rozwoju lasecznika i że dopiero po oziębieniu daje należyty grunt dla rozwoju pasorzyta. Później zobaczymy, że i inne tłumaczenie tego faktu jest możliwe; tak samo G i b i e r <sup>3)</sup> znalazł, że żaby ulegają karbunkułowi, jeżeli je poprzednio na parę godzin zanurzyć w ciepłą wodę.

Cała kwestya szczepienia ochronnego jest dowodem stwierdzającym istnienie usposobienia; ustrój, który raz przeszedł ospę nadal nie daje warunków dla rozwoju pasorzyta, pomimo, że przecież gleba pozostała ta sama. W ostatnich wreszcie czasach pokazały się dwie prace, mojem zdaniem, bardzo ważnego znaczenia, które, kto wie, czy nie powołane będą do rozjaśnienia nam wielu ciemnych rzeczy. Mam tu na myśli prace: R o s s b a c h'a <sup>4)</sup> i R o s e n b e r g e r'a <sup>5)</sup>. Pierwszy z nich wykazał, że jeżeli zdrowemu zwierzęciu wstrzyknąć ferment organizowany, mianowicie papajotyne, wtedy takowe zdycha przy objawach posocznicy (*septicaemia*), a po śmierci znajdujemy mnóstwo pasorzytów,

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> De l'attenuation des virus et de leur retour a la virulence. Gaz. med. de Paris Nr. 11. 1881. ref. w V i r c h o w'a i H i r s c h'a Jahresber. 1882. T. I. str. 381 i nast.

<sup>3)</sup> Compt. rend. T. 94. Nr. 24. ref. Virchow'a i Hirsch'a Jahresb. 1883. T. I. str. 299 i nast.

<sup>4)</sup> Centrbl. f. die med. Wiss. Nr. 5. 1883.

<sup>5)</sup> eodem loco Nr. 4. 1883.

właściwych posocznicy (P a s t e u r), czyli t. z. *oedema malignum* (K o c h). Drugi z wymienionych autorów przekonał się, iż krew wzięta ze zwierzęcia zdechłego na posocznicę (*septicaemia*) i pozbawiona przez gotowanie pasorzytów (o czym się przekonywał za pomocą hodowli), mimo to wstrzyknięta do żył królikom wywoływała u nich posocznicę, przyczem po śmierci znajdowano ogromną ilość pasorzytów. Tak w jednym, jak drugim szeregu doświadczeń przez wstrzyknięcie organizowanego fermentu lub chemicznych produktów guicia mikrokoki, istniejące prawidłowo we krwi, lecz nie mogące się w niej rozwijać, zyskały lepsze warunki dla rozwoju.

Wszystkie te fakta dowodzą, że usposobienie tkanek ważną odgrywa rolę w powstawaniu chorób zakaźnych; odwieczna obserwacja kliniczna zyskuje w doświadczeniu patologicznem najzupełniejsze stwierdzenie. Tak więc, widzicie Panowie, że wstręt B a u m g a r t e n'a do „mistycznego i nielogicznego“ pojęcia usposobienia nie jest usprawiedliwiony. Kto ustrój żyjący będzie uważał jako prostą butelkę P a s t e u r'a, wypełnioną płynem L i e b i e g'a, ten usposobienia przyjmować nie może, boć w istocie w każdym płynie, byleby zawierał nieco wody, białka i soli, schizomycety hodować się mogą. Ale ustroj nie jest martwym płynem odżywczym; pasorzyt w ustroju nie tylko zużywa całą swą siłę organiczną na rozradzanie się i wzrost, ale jeszcze staczać musi uciążliwą nieraz walkę o byt z komórkami, które też same mają dążność t. j. pragną tego samego pokarmu. Od wyniku tej walki należeć będzie albo zwycięstwo pasorzytów, a więc śmierć ustroju, albo przeciwnie śmierć pasorzytów. Walka ta albo toczy się w korzystnych dla ustroju warunkach i zupełnie na stan jego zdrowia nie wpływa, albo też bywa uciążliwą i wtedy powstaje choroba. Ta właśnie zdolność do walki komórek, ta ich życiowość, wyrokuje o usposobieniu do chorób zakaźnych.

Ostatecznie więc powiedzieć można, że usposobienie zależy od sumy przeszkód, jakie spotyka pasorzyt dla swojego rozwoju w ustroju; ponieważ przeszkód tych nie można szukać w chemicznym składzie krwi i soków, które zawsze dostarczają aż nadto dobrych warunków dla rozwoju pasorzytów, przyjąć więc należy, że usposobienie zależy od mniejszej lub większej życiowości komórek *resp.* ustroju. Jest to ważny punkt, na którym w znacznej części opierać się musi zapobieganie gruźlicy. Tak pojęte usposobienie tłumaczy nam wybornie, dla czego jedne ustroje łatwiej ulegają gruźlicy, aniżeli inne; tym sposobem pojmiemy, dla czego fermenty, gnijące płyny, które zniżają życiowość ustroju, sprzyjają rozwojowi pasorzytów; tym wreszcie sposobem zrozumiemy, w jaki sposób nędza, trudy, zmartwienia i t. d. usposabiają do chorób zakaźnych. Sądzę, że i powyżej przytoczone doświadczenie P a s t e u r'a z oziębieniem kury w ten sposób dałoby się wytłumaczyć; być może, że pogrążenie kury w zimną wodę zniżyło na tyle życiowość jej komórek, że takowe nie zdołały już wytrzymać walki z pasorzytami. Zdaje mi się, że ten sposób tłumaczenia ma więcej racji bytu, wiemy bowiem, że zdrowy ustrój bardzo łatwo reguluje swą ciepłotę i nie tak łatwo się oziębia. Wreszcie w ten sposób pojmywać należy i to zabezpieczenie, jakie nam daje raz przebyta choroba zakaźna, albo też jej szczepienie. Tutaj przypuścić należy, że raz przebyta walka z pasorzytem pod-

niosła tak życiowość komórek, że te nadal zwycięsko już odpierają najazd pasorzytów; nie w tem dziwnego, wszak nie w gnuśności lecz w walce i ćwiczeniu wyrabia się żołnierz. Że zaś tylko w ten sposób pojmować należy zabezpieczenie, tego dowiodły interesujące prace G r a w i t z'a <sup>1)</sup>. Autor ten, szczepiąc królikom osłabione egzemplarze pleśni *aspergillus glaucus*, wywoływał u nich zabezpieczenie, które czyniło je już niewrażliwymi na działanie zabójczych w innych warunkach, niezłagodzonych egzemplarzy tejże pleśni; aby się zaś przekonać, czy zabezpieczenie to pochodzi skutkiem obecności jakichś nowych pierwiastków, czyniących rozwój pleśni niemożliwym (C h a u v e a u), albo wskutek braku potrzebnych dla życia pasorzytu pierwiastków (P a s t e u r), brał krew z tak zabezpieczonego zwierzęcia i w niej hodował ten sam osobnik pleśni. Jeżeli powyżej przytoczone tłumaczenie P a s t e r a i C h a u v e a u jest słuszne, wtedy w krwi takiej pleśń hodować by się nie mogła. Tymczasem gdzie tam! Hodowała postępowała wybornie bez najmniejszej różnicy. Tak więc powiadam nawet zabezpieczenie ochronne pojmować należy jako zmniejszone usposobienie ustroju, czyli zwiększona jego życiowość. Powyżej skreślone pojęcie chorób zakaźnych jako walki o byt komórek z pasorzytami stanowi własność i jedną z najpiękniejszych stron teorii N a e g e l e'g o.

Dodać wreszcie winienem, że M o r d h o r s t <sup>2)</sup>, opierając się na doświadczeniach H o r w a t h'a, które wykazały, że do rozwoju schizomycetów potrzeba, aby płyn pozostawał w spoczynku, za podstawę usposobienia do gruźlicy uważa zwolnione krążenie soków, a co zatem idzie zwolnione utlenienie i przemiana materii. Zwolnienie przemiany materii idzie często w parze ze zmniejszoną życiowością komórki, a więc może usposobić do rozwoju gruźlicy, ale nie sądzę aby samemu momentowi mechanicznemu, t. j. wolniejszemu krążeniu soków można było nadawać tak ważne znaczenie, bo najpierw różnice jakie w tym względzie zachodzą, mogą być tylko tak minimalne, że na życie pasorzytów wpłynąć nie mogą, a powtórę nowsze badania wykazały, że aczkolwiek zbyt silny ruch cieczy nie sprzyja rozwojowi schizomycetów, to jednak umiarkowany bynajmniej żadnego nie wywiera wpływu.

Prócz tego S c h o t t e l i u s <sup>3)</sup> przyczyny usposobienia do suchot płucnych chciał szukać w odmiennej budowie najdrobniejszych oskrzeli u rozmaitych gatunków zwierząt. Znalazł on mianowicie, że kiedy u psa oskrzele coraz bardziej się zwęża i kończy się szpiczastym pęcherzykiem płucnym, u królika przeciwnie na wążkiem oskrzela siedzi na kształt guzika szeroki lejek złożony z kilku pęcherzyków. Oskrzele człowieka zajmuje miejsce środkowe pomiędzy dwoma powyższymi. Fakt ten interesujący sam przez się, nie posiada, zdaniem mojem żadnego znaczenia we względzie usposobienia do gruźlicy, również bowiem usposobienie psów i królików objawia się nie tylko przy wdychaniu mas gruźliczych, ale i ich szczepieniu i tyczy się nie tylko płuc ale wszystkich narządów.

<sup>1)</sup> Rozmaite prace streszczone w Virehow'a i Hirsch'a Jahresb. 1882. T. I. str. 375 i następ.

<sup>2)</sup> Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

<sup>3)</sup> Virch. Arch. T. 91.



Tak więc, Szanowni Panowie, przyjąć należy, że gruźlica powstaje w skutek zakażenia się z zewnątrz, do czego jednak potrzeba pewnego usposobienia, polegającego na słabej życiowości komórek ustroju. To usposobienie może być dziedziczne, może jednak i w każdej chwili być nabyte pod wpływem wszystkich tych warunków, które osłabiają ustrój. Co więcej mogą nawet pojedyncze tylko narządy nabywać usposobienia i wyłącznie tylko ulegać gruźlicy. Ziegler<sup>1)</sup> np. powiada, że w oskrzelach zatkanym śluzem rozwój laseczników postępuje niezmiernie żwawo i że te miejsca są niejako ogniskiem, z kąd pasorzyt rozchodzi się na tkankę płucną. Przyjąć należy, że laseczniki, dostawszy się do śluzu, rozradzają się tak łatwo dla tego, że znajdują tu odpowiedni grunt, a nie potrzebują od razu staczać walki, później zaś stają do niej już nie pojedynczo, ale w całej armii, co im wtargnięcie niewątpliwie ułatwia. Fakt ten, moim zdaniem, ma niezmiernie ważne znaczenie i kto wie, czy kiedyś nie będzie powołany do odegrania dominującej roli w etiologii suchot płucnych, znaczenie jego zaś jest tem większe, że stwierdza dawno znaną rzecz, że gruźlica rozwija się często, po długotrwałych nieżytkach oskrzeli. Taż samą miejscową skłonnością tkanek wytłumaczyć by sobie należało powstawanie gruźlicy kości po traumatyzmach; i tutaj wylana krew, lub produkta zapalne dostarczają odpowiedniej, bo martwej gleby dla lasecznika.

Tyle, Panowie, o drogach, jakimi zarazek gruźliczy dostaje się do ustroju; przechodzimy do jego źródła.

Źródłem laseczników gruźliczych może być każdy narząd, a *resp.* każda wydzielina, która go zawiera. A więc w pierwszym szeregu idzie tu płwocina suchotników, która w  $\frac{3}{4}$  przypadków zawiera laseczniki, dalej idą wypróżnienia, w których często znajdowano wymienione pasorzyty, następnie mocz, w którym w przypadkach gruźlicy nerek znaleźli laseczniki Rosenstein<sup>2)</sup> i Babski<sup>3)</sup>. Mleko kobiece zawierać je może, ale tylko w razie obecności gruźlicy sutek, co, jak wiadomo, zdarza się bardzo rzadko. Kol. Sokółowski zwrócił uwagę na spółkowanie jako na możliwy moment zarażenia; teoretycznie nie można nie przeciw temu zarzucić, ale trzeba przyjąć, że możliwem to jest tylko wtedy, kiedy w jądrach, lub pęcherzykach nasiennych znajdują się ogniska gruźlicze, co istotnie zdarza się stosunkowo dość często. Z drugiej jednak strony zdaje się, że zarażenie tą drogą, jeżeli się zdarza, to bardzo rzadko, inaczey bowiem w częściach płciowych kobiet znajdowałibyśmy ogniska gruźlicze, co, jak wiadomo, w pochwie i macicy nie zdarza się nigdy, a w jajowodach jedynie przy wysoko posuniętych sprawach gruźliczych w płucach. Dalej źródłem laseczników może być wydzielina ropni, czy to w kościach, czy w gruczołach chłonnych, czy nawet w uchu, jak to niedawno wykazał Eschle<sup>4)</sup>. Tak więc, jeżeli pominiemy inne, mniej ważne, to zobaczymy, że głównem, jeżeli nie jedynem źródłem przenoszenia się lasecznika gruźliczego z człowieka na człowieka, jest płwocina; ponieważ zaś za główną drogę, przez którą wnikają schizomycety do

1) Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

2) Centr. f. med. Wiss. Nr. 5. 1883.

3) eodem loco Nr. 9. 1883.

4) Deutsche med. Woeh. Nr. 30. 1883.

ustroju uważać należy płuca, potrzeba więc, aby laseczniki z plwociny najpierw uniosły się w powietrze, z kąd dopiero dostać się mogą do płuc. Tutaj zwrócić winienem uwagę Szanownych Panów na ten kardynalny fakt, który dominować winien w całej nauce o chorobach zakaźnych, że ani jeden osobnik schizomycotów nie może się dostać do powietrza dopóty, dopóki znajduje się zawarty w płynie; dopiero po wyschnięciu płynu schizomycety unoszone prądem powietrza dostają się do atmosfery, dowody zaś w tej mierze *N a e g e l e g o* <sup>1)</sup> i *B u c h n e r'a* są tak przekonywające, że wątpić o ich słusności ani na chwilę nie można. To też i plwocina tylko wyschnięta posiada zarażające własności, dopóki więc znajduje się w kuflach wypełnionych wodą, dopóty jest zupełnie nieszkodliwą.

Z tego względu chorzy suchotnicy w szpitalach o wiele mniej przynoszą szkody swym sąsiadom, aniżeli nawet bogaci ludzie swemu otoczeniu: ci ostatni pluąc na podłogę, a jeszcze bardziej rozcierając plwocinę nogami najwięcej przyczyniają się do roznoszenia zarazki suchot płucnych. Istotnie Panowie, jeżeli chcemy być konsekwentni, to przyjąć musimy, że jedynie wyschnięta i roztarta plwocina może rozszerzać laseczniki gruźlicze. Wszystko to samo stosuje się i do wypróżnień moczu, oraz wydzieliny ran i wrzodów gruźliczych.

Drugim źródłem laseczników gruźliczych może być mleko krów, chorych na perlicę. Już wyżej mówiłem Szanownym Panom, że perlica krów według dzisiejszych pojęć uważaną być winna za chorobę identyczną z gruźlicą ludzi i zwierząt. Pierwszy raz zdanie to wypowiedział *G e r l a c h*, poparli go zaś badaniami anatomicznymi i doświadczalnymi *O r t h*, *B a u m g a r t e n*, *A u f r e c h t* a wreszcie i *K o c h*. Z badań tych wypada, że anatomiczna budowa gruzelków perlicy odpowiada budowie gruzelków oraz, że wytwory perlicy zaszczerpione królikom sprowadzają u nich jak najbardziej typowy obraz gruźlicy, zupełnie identyczny z tym, jaki otrzymujemy po zaszczerpieniu zserowaciałych mas wziętych z człowieka. Zresztą wszelka wątpliwość ustała z chwilą, kiedy *K o c h* w wytworach perlicy znalazł laseczniki gruźlicze. Z drugiej strony, ponieważ gruczoły mleczne krów ulegają często gruźlicy, łatwo więc było przewidzieć, że i mleko krów takich posiada zarażające własności. Jakoż w istocie *B o l l i n g e r* <sup>2)</sup> znalazł w takim mleku liczne laseczniki, a szczepiąc je, wywoływał gruźlicę u królików. Jeden tylko *S c h o t t e l i u s* <sup>3)</sup> występuje jeszcze przeciw jedności gruźlicy z perlicą, opierając się na fakcie, że w wielu miejscowościach Niemiec, a mianowicie w okolicy Würzburga, włościanie spożywają mięso krów dotkniętych perlicą, a jednak na suchoty nie chorują. Zarzut ten nie ma żadnego znaczenia, laseczniki bowiem w mięśniach mogą się wcale nie znajdować i prawdopodobnie się nie znajdują dla tego, że mięśnie w ogóle gruźlicy nie ulegają.

(D. n.).

<sup>1)</sup> Ueber die Bedingungen des Uebergangs von Pilzen in die Luft w „Zur Aeth. des Infectionskrankheiten“. München. 1881.

<sup>2)</sup> Verh. des Congr. f. innere Med. 1883

<sup>3)</sup> l. c.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## 49. Peretti. Paraldehyd jako środek nasenny.

Paraldehyd jest odmianą aldehydu wzoru  $C_6H_{12}O_5$  i powstaje z tego ostatniego pod działaniem kwasu solnego, siarczanego, siarkawego lub chlorku węgla. Przedstawia on ciecz bezbarwną, z zapachem chloroformu, smaku ostrego, wrzącą przy  $124^{\circ}C$ . i krystalizującą przy ochłodzeniu niżej  $10^{\circ}C$ . Rozpuszcza się on w 8 częściach wody przy  $13^{\circ}C$ . a w 16 częściach przy wyższej temperaturze. Według Cervello już w średnich dawkach paraldehyd działa na środki nerwowe, a mianowicie na mózg; większe dawki działają na rdzeń kręgowy, znoszą odruchy, a przez porażenie rdzenia przedłużonego zatrzymują oddechanie i bicie serca. Sztuczne oddechanie podtrzymuje działanie serca. Wskutek działania na mózg paraldehyd znalazł zastosowanie jako środek nasenny; ma tę wyższość nad wodanem chloralu, że nie tak bardzo zmniejsza częstość oddechania jak ten ostatni i że po większych nawet dawkach nie następuje porażenie serca. Cervello zaleca jako *hypnoticum* 10 gramów paraldehydu w roztworze wodnym rozdzielonych na kilka porcyj. Morselli i Berger zalecają również ten środek.

Autor używał 4% roztworu paraldehydu w wodzie z dodatkiem 10% cukru, który chorzy bardzo chętnie przyjmowali, u 4 zdrowych i 32 chorych umysłowo, zadając 2—8 grm. *pro die* i nigdy niebezpiecznego obocznego działania nie spostrzegł.

U zdrowych dawka 3—6 grm. po kilku minutach wywoływała już sen trwający 2—4 godzin bez żadnych przykrych marzeń i innych dolegliwości po obudzeniu. Zaraz po przyjęciu badani doznawali uczucia znużenia i ciężkości w powiekach, poczem zasypiali smacznie, chrapiąc niekiedy zawzięcie.

Liczba oddechów zmniejszała się o 2 na minutę, częstość tętna o 2—8. Fala tętna zmieniała się w ten sposób, że znikało pierwsze wtórne wzniesienie i występowała skłonność do dwubitności. Ciężota ciała zniża się o parę dziesiątych, łaknienie niekiedy powiększa się, zaburzeń w trawieniu nawet przy dłuższym użyciu tego środka nie bywa. Wydzielanie moczu nie ulega widocznym zmianom, u dwóch tylko chorych zauważył autor w czasie zadawania paraldehydu nietrzymanie moczu nocne, które ustało po zaprzestaniu użycia tego środka.

Paraldehyd przeto w dawce 3—6 grm. zaleconym być może jako środek nasenny nie wywołujący podrażnienia, a po przbudzeniu nie zostawiający żadnych następstw nieprzyjemnych jak bóle głowy, kongestyje i t. p., tak po jednorazowym jak i po dłuższym użyciu. Autor zadawał chorym po 162—179 grm. paraldehydu w ciągu 42 dni, nie wywołując żadnego obocznego działania. Dobrze go znoszą nawet starcy, porażeni i cierpiący na serce. Jeszcze większy pożytek może przynieść paraldehyd w psychiatrii, tem bardziej że na samą chorobę żadnego wpływu nie wywiera.

Paraldehyd w 2 gramowej dawce u chorych umysłowych wywoływał sen kilkogodzinny w nocy, a uspokojenie w dzień, dla osiągnięcia jednak dłużej trwającego skutku należy dawkę powiększać, tem bardziej że chorzy przywykają do tego środka bardzo prędko. Po kilkudniowej przerwie paraldehyd działa znowu mocniej w mniejszych dawkach. Najlepiej autor obserwował ten sposób działania paraldehydu w świeżych przypadkach szalenstwa, w których tylko chwilowe uspokojenie następowało tak w dzień, jak i w nocy. Przy peryjodycznym szalenstwie również działanie było ujemne. Przy bezsenności u melancholików paraldehyd okazał się dosyć skutecznym, jak również przy bezsenności u zdrowych na umyśle, lecz umysłowo znużonych.

Jakkolwiek przeto paraldehyd w różnego rodzaju cierpieniach umysłowych nie działa specyficznie, wywiera jednak po większej części wpływ uspokajający, a sprowadzając sen przyczynia się wiele do pomyślnego zejścia choroby.

Wyższość tego środka nad wodanem chloralu polega na tem, że nawet w większych dawkach nie działa kumulacyjnie na serce, nie wywołuje pobudzenia przed zaśnięciem i przygnębienia po obudzeniu. Szkoda tylko, że chorzy prędko przywykają do tego środka, wskutek czego należy dawkę powiększać, co z powodu wysokiej ceny środka (30 marek kilogram) należy mieć na względzie.

Pamiętać także należy, że paraldehyd ma słodkawy, charakterystyczny zapach, który 24 godzin po użyciu czuć w oddechu chorych. Zapach ten jest tak mocny, że jeden chory używający paraldehydu, psuje atmosferę całego pokoju, w którym przebywa.

(Berl. kl. Wochenschrift, Nr. 40.)

A. Malinowski.

### 50. Gugl. Paraldehyd jako środek nasenny.

Autor używał tego środka 336 razy i tylko w 8,3% z ujemnym wynikiem. Sen występował po  $\frac{1}{2}$ —3 godzinach i trwał 3—12 godzin. Oddechanie przy tem stawało się głębszem, tętno wcale się nie zmieniało. Obocznego działania i nieprzyjemnych następstw po obudzeniu się nie było. Autor zaleca ten środek przy bezsenności neurastenicznej i hysterycznej, jak również przy różnego rodzaju psychozach a szczególnie manijach, oraz przy *delirium tremens*.

Średnia dawka u autora wynosi 3 grm., u delikatnych i kobiet  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  grm. najwyższe 5 grm.; przepisuje on paraldehyd z *Tra. cort. aurant. et syr. cort. aurant.* lub wodą ocukrzoną. W ławatywach 4 grm.. Jeżeli większe dawki zawodzą, używa mniejszych z dodatkiem 1 centygrama morfiny, lub równych części bromku potasu albo bromku sodu.

(Zeitsch. f. Therapie).

A. Malinowski.

### 51. Cervello. Paraldehyd jako odtrutka strychniny.

Badania autora nad zwierzętami otrutemi strychniną (zabyikróliki) doprowadziły go do następujących bardzo ciekawych wniosków. U zwierząt otrutych śmiertelnymi dawkami strychniny paraldehyd nie tylko zapobiega śmierci lecz nawet zapobiega wystąpieniu objawów otrucia już w małych dawkach, które głębokiej narkozy nie wywołują. Działanie strychniny opóźnia narkozę, która jednak następnie przebiega jak u zwierząt zdrowych. Ciężota zniża się, oddechanie staje się rzadszem, odruchy słabną, zwiększone przez strychninę ciśnienie krwi słabnie również. Ponieważ paraldehyd szybko się z organizmu wydziela, gdy tymczasem strychnina dłużej zostaje, ztąd też i działanie jego u żab jest przemijające.

Pomiędzy strychniną a paraldehydem nie ma jednak antagonizmu wzajemnego, t. j. strychnina nie może służyć za odtrutkę dla paraldehydu i działania jego wcale nie zmienia.

Oba te środki działają na szarą substancję mózgową, lecz wprost przeciwnie, t. j. paraldehyd uspakaja pobudliwość na odruchy, strychnina zaś taką powiększa.

(Archivio per le science mediche, T. VII. Z. I).

A. Malinowski.

### 52. Heuck. Przyczynek do statystyki i operacyjnego leczenia raka kiszki prostej. (Zur Statistik und operativen Behandlung der Mastdarmkrebsse).

Praca powyższa oparta na 43 spostrzeżeniach zebranych w klinice Czerny'ego powiększa liczbę opracowań w przedmiocie raka, w jakie obfituje literatura niemiecka. Podajemy tu w streszczeniu ważniejsze dane i wnioski.

II. stwierdza fakt znany, że rak odbytnicy najczęściej zdarza się między 40—60 rokiem życia (na 43 przypadki 29 przyp.); najmłodszy chory dotknięty tem cierpieniem liczył 19 lat. Rak odbytnicy bywa rzadziej u kobiet niż u mężczyzn (31 mężczyzn : 13 kobiet wypada ze statystyki Heuck'a lecz z zestawienia Billroth'a stosunek jest jak 1 : 1,8).

Co się tyczy budowy histologicznej to z 36 guzów badanych ściślej było 26 zwyczajnych raków cylindrycznokomórkowych z wyraźnem podścieliskiem łącznotkankowem. 3 raki drobnodoleczkowe (*Kleinalveolares Cylinderzellenkrebs*); 1 rak galaretowaty drobnodoleczkowy i jeden wielkodoleczkowy składały się z komórek pierwszy z małych, drugi z dużych okrągławych lub kątowatych.

Na 42 raki błony śluzowej, w 6 przypadkach zajęty był sam odbyt, w pozostałych nowotwór znajdował się ponad odbytem (*anus*) 33 razy rak był otaczający kışkę dookoła. Twardy i mocno zwężający był nowotwór w 14 przyp.; twardy lecz niezbyt zwężający w 9 przyp.; miękki okrążający kışkę w 10 przypadkach; w kształcie płaskiego owrzodzonego nacieczenia zajmującego małą część obwodu kışki w 3 przyp.; w kształcie odosobnionego guza wystającego do światła jelita w 7 przyp.. Rak zrosnięty był z otoczeniem w 21 przyp., w 22 zaś był przesuwalny.

Z pomiędzy 26 zwyczajnych raków cylindrycznokomórkowych 17 wycięto, 8 wyskrobano, przy jednym niedokończono ekstyrpacji (7 recydyw, 8 bez recydywy, 1† z *pleuritis*, 1 niepewny). Z trzech raków cylindrycznokomórkowych zwyrodnionych galaretowato 1 wycięto (1†), 2 pozostałe wyskrobano.

Trzy raki cylindrycznokomórkowe drobnodoleczkowe wycięto (2 recydywy, 1 bez recydywy od roku).

Wycięto również 1 raka drobnodoleczkowatego galaretowatego bez komórek cylindrycznych († z *peritonitis*), zaś w przypadku raka wielkodoleczkowego skutecznio wyskrobano.

Co się tyczy przebiegu klinicznego to zazwyczaj rak galaretowaty i drobnodoleczkowy rośnie szybciej i przechodzi na otoczenie wcześniej, gdy tymczasem zwykle raki cylindrycznokomórkowe częściej bywają przesuwalne i niepryrosłe i dłużej pozostają takowemi.

Rak odbytnicy podobnie jak rak żołądka występuje pod dwiema nader różnemi postaciami, które tem się różnią, że w jednym razie nowotwór sadowi się w powierzchownych warstwach błony śluzowej, skutkiem czego prowadzi szybko do owrzodzenia, lecz dość późno przechodzi na głębsze warstwy, gdy tymczasem w innych rzadszych przypadkach szerzy się w tkance podśluzowej w postaci nacieku, długo pozostawia błonę śluzową nietkniętą i przedstawia się rozlanym i sprawia zazwyczaj zwężenie kışki wysokiego stopnia.

Porównywując dane badania drobnowidzowego z danemi otrzymanemi przy badaniu makroskopijnem i z przebiegiem klinicznym raka odbytnicy, H. przychodzi do wniosku, że rezultat jest bardzo niewielki, t. j., że pewne dane jednej kategorii bynajmniej nie pozwalają stawiać stałych wniosków w drugim kierunku, Co najwyżej można powiedzieć, że tem lepsza jest nadzieja, im nowotwór wolniej się rozwijał, im dłużej pozostał przesuwalnym, to zaś bywa tylko przy zwyczajnych rakach cylindrycznokomórkowych.

Na 43 przyp. zanotowano tylko 8 razy powiększenie gruczołów w pachwinach, co zdaje się zależeć od tego, że gruczoły te obrzmiewają tylko wtedy, gdy zajęty zostaje sam odbyt, którego naczynia chłonne udają się do gruczołów pachwinowych.

Leczenie. Na 43 przyp. 4 okazały się niezdatnemi do operacji, w 13 nowotwór wyskrobano i przypalono, w 1 przyp. rozpoczęto wycięcie, ale go z powodu za obszernych zrostów niedokończono, w 25 wykonano doszczętną operację. Z tych 25 chorych, 1† z powodu samej operacji (otwarcie otrzewnej i wylanie się do niej kału), 13 zmarło z recydywy, 11 żyje (w tej liczbie 2-ch z recydywa).

Z owych 9ciu chorych żyjących bez recydywy 2-om robiono operacyję przed 4-ma laty, 1-mu przed 3 $\frac{3}{4}$  laty, 1-mu przed 2 $\frac{1}{2}$ , 2-om przed 2. 1-mu przed rokiem, 2-om przed  $\frac{1}{2}$  rokiem.

Czy który z tych chorych jest stale wyleczony, niewiadomo, gdyż V o l k m a n n widział recydywę w 3, w 5, w 6 lat po operacyi. Śmiertelność z powodu samej operacyi jest małą w porównaniu ze stanem rzeczy przed laty 10—15. (B i l r o t h np. do roku 1876 miał śmiertelność=39,3% i na 33 ekstirpacyje tylko 1 stałe wyzdrowienie

Co się tyczy sposobu operacyjnego tu stosownie do siedliska i rozmiarów można rozróżnić: a) wycięcie całego odcinka kiszki dookoła wraz z odbytem lub z pozostawieniem wąskiego paska błony śluzowej w samym odbycie; b) wycięcie ograniczonego guza lub nacieku; c) wycięcie koliste wyższej części odbytnicy wraz z zeszyciem kolistem wewnątrzkiem kiszki (*resectio circularis*).

Autor nie przypisuje zbyt wielkiego znaczenia pozostawianiu wąskiego rąbka bł. śluzowej w samym odbycie, gdyż pożytek z niego niewielki, przyszycie górnego odcinka przez to wcale nie bywa łatwiejszem, a z pozostawionego rąbka łatwo może się wszczać recydywa; z tego powodu doradza całkowite wycinanie dolnego odcinka kiszki wraz z odbytem.

Jeśli tylko napięcie nie jest za duże, należy starać się koniecznie przyszyć górny koniec odbytnicy do skóry, a to w celu osłonięcia rany od stykania się z kałem; wprawdzie szwy około 4—6 dnia przeryniają błonę śluzową, lecz do tej pory rana pokrywa się ziarniną, tak że choć kiszka się cofnie w górę, mniej grozi zakażenie rany. Jeśli się uda osiągnąć zrost między skórą i błoną śluzową choć z jednej strony, już korzyść jest nie mała, gdyż później nie tak silna wytwarza się stryktura.

Zatrzymania się wydzieliny w jamie pod błoną śluzową po przyszyciu nie ma się co obawiać przy dobrem przedrenowaniu.

Zazwyczaj C z e r n y postępował w sposób następujący: po oczyszczeniu odbytnicy przecinał zwieracz, lub kiszkę cięciem tylnem podłużnem wyluszczał guz, chwytając strzykające tętnice w kleszczyki. Podwiązywano jedwabiem, gdyż katgutem trudno wiązać z powodu głębokości rany.

Główna rzecz antyseptyka i staranne podwiązanie naczyń. Nóż bezporównania lepszy od P a q u e l i n'a, gdyż ten ostatni krwotoku nie powstrzymuje, a tymczasem ujęcie tętnic w spalonych tkankach utrudnia. Po wycięciu oblewano ranę 5% roztworem chlorku cynku. Do opatrunku jodoform, który tu jest doskonałym środkiem.

Jeden raz C z e r n y zmuszony był wyciąć kość ogonową, do tego jeznak nie namawia, z powodu że skaleczenie znacznie się powiększa, a tymczasem dostęp nie wiele staje się lepszym.

Otrzewną otwarto 11 razy, 6 razy ranę w otrzewnej natychmiast zeszyto, 5 razy zostawiono otworem (1 †). ponieważ brzegi rany perytonealnej i tak szybko się skleją, zwłaszcza przy ściągnięciu i przyszyciu błony śluzowej do skóry.

Przeciwskazanie do wycięcia stanowi stale zrosnięcie guza z częściami otaczającymi kiszkę, w tym bowiem razie nie można być pewnym, czy się wycina wszystko, dalej znaczne wyniszczenie chorego i przerzuty do innych narządów.

Przechodząc do chorych, u których nie można było wyciąć raka, autor najprzód konstatuje, że u 8-u chorych zupełnie nieoperowanych długość trwania cierpienia wynosiła przecięciowo 19,1 miesięcy (od 9 miesięcy do 3 lat), gdy tymczasem u operowanych (przez wycięcie) i zmarłych z recydywy przecięciowo 25 miesięcy (od 5 miesięcy do 5 lat).

Wyskrobanie robiono w 13 przypadkach (1 † z przedziurawienia otrzewnej). Wogóle H e u c k zaznacza, że wyniki skrobania są bardzo złe i można zadać sobie pytanie, czy zgoła warto je przedsiębrać.

Przy rakach zwężających, miękkich, silnie bujających, wczesnie się rozpadających i łatwo krwawiących wyskrobanie ostrą łyżeczką i gruntownie wypalenie Paquelinem znosi niewątpliwie objawy zwężenia i daje lepsze granulacje i poprawę na pewien czas, lecz łatwo może spowodować przedziurawienie (pomimo ostrożności zdarzyło się 1 przedziurawienie do jamy otrzewnej, 1 do pęcherza). Natomiast przy raku twardym pierścieniowatym i silnie zwężającym kışkę skrobanie jest zupełnie bezskuteczne.

Nie może być też mowy o wyskrobaniu przy owej formie twardego raka, który począwszy się w warstwie podśluzowej, od dawna, bez objawów rozrasta się po tkankach, otacza całą kışkę, przyrasta do otaczających części, a przy badaniu przedstawia się w postaci rozlanego nacieku, prowadzącego do zwężenia najcięższego stopnia. W takich razach jedyną pomocą jest kolotomia, od dawna wykonywana przez angielskich chirurgów. Zdziwiającą jest rzeczą, jak chorzy uwolnieni od jednego razu po kolotomii od bólów, pomimo rosnącego dalej raka, szybko przychodzą do siebie i pomimo niedogodności wypływających ze sztucznego odbytu mogą żyć lata bez dolegliwości. Heuck przytacza opis 1 przypadku takiego rodzaju.

*Archiv f. klin. Chir. 1883. Tom XXIX Z. III.*

*Mallakowski.*

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W d. 18 Listopada bronić będzie kol. Pawiński na stopień doktora medycyny rozprawę „O arytmii serca przy cierpieniach jego zastawki“. Oponentami z urzędu będą profesorowie Lambli Łapezyński.

— W d. 23 Października odbyła się lekcya próbna D-ra Petrowa, kandydata na docenta toksykologii przy tutejszym uniwersytecie.

— D-r Jan Kahł z Dąbrowy Górniczej sumę w kwocie rs. 350, kwestyjonowaną przy wypłacie za leczenie chorych złożył za pośrednictwem naszej redakcyi do rozporządzenia Towarzystwu Lekarskiemu.

*Praga.* Na wydział lekarski czeski zapisało się 410 studentów (z tych 160 na kurs pierwszy), gdy tymczasem liczba zapisanych na fakultecie niemieckim nie dochodzi 200.

*Berlin.* W d. 30 Października nastąpiło tu otwarcie pomnika dla D-ra Wilms'a.

*Frankfurt.* Hrabina Bose (córka elektora Heskiego) zapisała po 700000 marek dla uniwersytetów w Marburgu i Jenie.

*Kiel.* Rozstrzygiwanie pewnych kwestyj lekarskich zbiorowemi silami coraz więcej się upowszechnia. Za przykładem *British medical Association* kwestyję zaraźliwości suchot płucnych chce rozstrzygnąć przy współudziale znacznej liczby lekarzy prof. Schnitzler z Wiednia i w tym celu porozysłał przy czasopiśmie *Wiener med. Presse* odpowiednie schemata. Dalej musimy zanotować, iż zebranie ogólne lekarzy Szlezvig-Holsztyńskich odbyte 30 Września r. b. w Itzehoe postanowiło zbadać wspólnemi silami kwestyję zależności zapalenia płuc krupowego (*pneumonia cronposa*) od zmian temperatury powietrza, do czego w pomoc przyjdą liczne w tym kraju stacyje meteorologiczne. Zebraniem i opracowaniem materiału zajmie się prof. Quincke z Kielu.

*Monachium.* W początkach Listopada r. b. otwartym tu zostanie szpital homeopatyczny zbudowany kosztem księżnej Oettingen-Wallenstein.

— Tutejsze Towarzystwo lekarskie obchodziło 27. XI. r. b. 50-letnią rocznicę założenia.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski. Nr. 43.* W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Blumenstok. Czy płuca noworodka, który oddechał mogą stać się bezpowietrznemi.

— *Medycyna. Nr. 43.* Janiszewski. Trzy przypadki drgawek jednostronnych zwanych padaczką Jackson'a.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

# ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

## ZUPEŁNE TRAWIĄCY

 POKARMY  
 TŁUSTE  
 MACZYSTE  
 I ŻYŁASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIWIW

 Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
 Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

 PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,  
 W WARSZAWIE, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
 MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

# GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

 Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice  
 litografowane i jedna chromolitografowana.

 Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica  
 fotodrukowana i jedna litografowana. 0—2

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—28