

GAZETA LEKARSKA.

Treść. Ś. p. D-r TEODOR ANDERS. — I R. JASIŃSKI. Leczenie skoliozy. Przyczynek do chirurgii kręgosłupa. — II. M. LEŚNIK. Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia [Ciąg dalszy]. — Odcinek. Z. KRAMSZTYK. Wyprawa po zdrowie [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 3. Robert MASSALONGO. O chorobie HODGSON'a. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi od Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Ś. P.

D-r TEODOR ANDERS.

Szczery i serdeczny żal wpośród szerokiego koła kolegów w zawodzie wywołała w dniu 5-ym b. m. wiadomość o nagłej i zgoła nieprzewidywanej śmierci TEODORA ANDERSA. Jeżeli z faktem śmierci w ogóle tak trudno przychodzi się pogodzić, to ileż trudniej jest jeszcze pogodzić się z wiadomością o zgonie człowieka, który, w zaraniu niemal życia, dziwnym wyrokiem losów wyrwanym został z areny życiowej, na której możeby zdołał szerszą i pożyteczną działalność rozwinać. Silnemu też i przygnębiającemu uległ wrażeniu każdy, kto miał sposobność na tem czy owem polu zetknąć się ze ś. p. TEODEM, na wieść, że młody ten lekarz, któremu tak obiecująco zapowiedziała się przyszłość, po kilkogodzinnej zaledwie chorobie zeszedł z tego świata.

Ś. p. TEODOR ANDERS w ciągu krótkiego swego żywota zdołał jako zacny i prawy kolega zaskarbić sobie szacunek i życzliwość wszystkich, zarówno starszych jak i młodszych kolegów; jako zdolny, sumienny i szlachetnem uposażony sercem lekarz, zdołał po kilku latach praktyki uzyskać bardzo szeroką klientelę i zostawić nieklamany po sobie żal w licznych kolejach pacjentów, jako człowiek nieposzlakowanej zacności charakteru zdołał zjednać sobie wielu przyjaciół, którzy w licznych gronie z głębokim smutkiem odprowadzali szczątki jego na miejsce wiecznego odpoczynku; wreszcie jako wzorowy syn i brat śmiercią swą przyczynił kołu rodzinnemu bolesną, niczem i nigdy niepowetowaną stratę.

Zdarza się, że losy przyjazne niejednej jednostce pozwalają długie lata cieszyć się życiem. Skłonni jesteśmy już ten wybór losu przypisywać za zasługę szczęśliwym wybrańcom takowego, skrzętnie też wtedy odszukujemy w ich długim życiu dodatnich czynów, z którychby upleść można wieniec zasługi; tembardziej więc należy cenić te dowody cnót obywatelskich, które w ciągu nazbyt krótkiego życia zdołały już zaznaczyć szlachetne dążenia danej jednostki ku po-

żytkowi społeczeństwa i dobru powszechnemu. Życie ś. p. TEODORA jakkolwiek tak krótkie nie jest wcale pod tym względem jałowem. Dał on dowody, że chciał i umiał pracować dla społeczeństwa.

Ś. p. TEODOR ANDERS urodził się w Warszawie w dniu 7-ym Stycznia 1857. Początkowe nauki pobierał w gimnazyjum II-giem, które ukończywszy w r. 1873, wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego i tutaj zyskał w r. 1878 stopień lekarza. Zaraz po uzyskaniu dyplomu powołany został do służby wojskowej, był lekarzem w szpitalu ujazdowskim, a następnie przeniesiony do odeskiego okręgu, pozostawał tamże do r. 1879. Tegoż roku został naznaczony ordynatorem kliniki chorób wenerycznych i skórnych przy szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie. Przed paru laty stawał do konkursu na posadę ordynatora w tymże szpitalu, został jednak mianowany p. o. ordynatora dopiero w roku zeszłym. W r. 1880-tym został wybrany członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Z prac oryginalnych drukiem ogłosił następujące:

1. O działaniu kwasu chryzofanowego w łuszczycy (*psoriasis*). [PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. T. 76 r. 1880].

2. O działaniu kwasu pyrogallusowego w niektórych cierpieniach skóry, a szczególnie w łuszczycy. [Tamże. T. 77 r. 1881].

3. Kwas salicylowy, jako środek poronny przy leczeniu szankrów miękkich. [Gazeta Lekarska r. 1884].

4. Wiewiór zgorzelinowy, zakażenie krwi posokowate, śmierć. W KSIĘDZE PAMIĄTKOWEJ wydanej przez współwłaścicieli GAZETY LEKARSKIEJ na cześć jubileuszu prof. HOYERA.

WYPRAWY PO ZDROWIE.

III.

Pewnie jedziesz, ton dobry kędy jeździć każe:
Zagęśły gościńce polskie ekwipaże.
Pewnieś chory, dla wody; a że Karlsbad blisko,
Zasiągnąłeś takowej choroby nazwisko,
Co do Spa zaprowadza. Kazały doktory.

Pominąwszy te wszystkie okoliczności, biedę i ciężkie choroby, pominąwszy te wszystkie przypadki, gdzie kuracja zawiodła nadzieje chorego i lekarza, pozostanie jeszcze znaczna liczba chorych, których wysyłać potrzeba.

I. LECZENIE SKOLIJOZY.

PRZYSZYNEK DO CHIRURGII KRĘGOSŁUPA

napsał

Roman Jasiński.

Skolioza od chwili rozpoczęcia się już w rozmaitych kształtach na jaw występuje. Zależy to od przyczyn, które chorego do niej usposobiły, oraz od wpływów, które ją ostatecznie wywołały i pod działaniem których się rozwijała. Istnieją boczne skrzywienia kręgosłupa, w których odrazu mamy do czynienia z anatomicznymi zmianami w kręgach; tu należą przypadki przez rozmaitych autorów opisywane, a u nas przez prof. LAMBL'a i przezemnie spostrzegane, w których dość znaczne skoliozy zależą od wad rozwojowych płodu. Polegają one na nienormalnem dzieleniu się masy, z której kręgosłup powstaje, na wklonowaniu pomiędzy dwa trzony nierozwiniętego półkręgu klinowatego, lub nadliczbowych, zazwyczaj klinowatych części kostnych, mimowoli nasuwających na myśl badaczowi analogiję z kostkami WORMIUSZ'a. W przypadkach tych skoliozoza dostrzedz się daje już w tym czasie, gdy dziecko zaczyna siadać.

W tym samym okresie powstają też skoliozy krzywicowe, kształtujące swe łuki według tych warunków statycznych, wśród których dziecko się rozwija [noszenie na rękę, czołganie się i t. d.].

Oba te rodzaje skrzywień muszą już wymagać specjalnego leczenia, muszą nam stawiać specjalne hamulce w stosowaniu teoretycznie słusznych postanowień leczniczych. Roczno dziecko nie można ani gimnastykować ani zawieszzać na przyrządzie SAYRE'a, ani zaopatrywać w pancerze gipsowe lub filcowe. Nie mówię tu o wskazaniach przyczynowych, gdyż takowym w przypadkach skoliozozy wrodzonej zadość uczynić nie możemy, a w krzywicy, oprócz leczenia

Odpczynek i dodatkowe do odpczynku leczenie są z pewnością bardzo pożyteczne i nigdy medycyna tak dzielnych środków się nie pozbedzie. Ale — i to było głównym pisania mego celem — wysyłać potrzeba do miejsc krajowych. Tak bardzo u nas rozpowszechniony zwyczaj wysyłania chorych za granicę wydaje mi się grzechem zawodu lekarskiego. Kuracje odpczynkowe, letnie, są wogóle łagodne i łatwo zastąpić się dają; żadna miejscowość nie ma wyłącznego przywileju uzdrawiania chorych; lekarzowi przy zalecaniu miejsc leczniczych pozostaje wybór szeroki: jest obowiązkiem lekarzy przechylać ten wybór na stronę krajowych zakładów. Nawet gdy idzie o te wody mineralne, których za obojętne uważać nie można, które sobie szumny nadają tytuł „królowych wód mineralnych“, to i wtedy jeszcze można kazać te wody, sztuczne, czy naturalne, pić w kraju.

Rzecz dziwna istotnie! Lekarze w innych krajach uważają sobie za obowiązek wysyłać radzących się, krajowców, czy cudzoziemców, do swoich zakładów leczniczych; niedawno gazety bogatej Francyi oburzały się, że kilku francuzów u wód niemieckich, w Wiesbaden, odbywało kuracyję, a my zupełnie przeciwnie się zachowujemy. Naśladowujemy cudzoziemców, ale nie w zasadzie,

specyjalnego tej choroby, polegać one będą na zabronieniu wszelkich położeń i ruchów, któreby do nierównego ustawiania i obciążania kręgow przyczynić się mogły. Leczenie chorobowe nie jest jednak zupełnie niemożliwe u małych dzieci. Wykonywam to w rozmaity sposób, zależnie od szczegółowych w danym przypadku warunków. U dzieci, które zupełnie jeszcze chodzić nie umieją, zalecam przede wszystkim noszenie ich na dosyć twardych sprężystych materacykach, do których dziecko przypiąć można szerokimi odpowiednio utwierdzonymi opaskami, tak, że w rozmaitych ustawieniach, czy to poziomych, czy bardzo bliskich pionu, kręgosłup prawie wcale nie dźwiga ciężaru ciała. Dzieciom, które już siadają, których już więc nie można ciągle zmuszać do leżenia, stosuję pewien rodzaj opatrunku redresyjnego i unieruchamiającego. Opatrunek ten polega na dość ściśle zbandażowaniu brzucha, za pomocą szerokiego i długiego powijaka.

Taki opatrunek stanowczo bierze na siebie część pracy, na kręgosłup przypadającej w sprawie dźwigania ciężaru ciała, a na skrzywienie kręgosłupa działa też w sposób redresujący. To ostatnie działanie objaśniamy sobie znanymi ogólnie doświadczeniami PAROW'a. Autor ten ¹⁾ na trupie mężczyzny dwudziestoletniego przekonał się, że gdy takowemu ustalił miednicę, to cały tułów wahał się, że wyjęcie trzew brzusznych wprawdzie wahań tego nie zniosło, jednakże wykazało, iż trzewa te nie stanowią obciążenia kręgosłupa, ale przeciwnie do jego wyprostowania się przyczyniają. Po wyjęciu bowiem trzew brzusznych, 7-my krąg szyjowy pochylił się o 26 milimetrów ku dołowi i 20 milimetrów ku przodowi. Różnice te, a raczej owe zwiększenie pochylań, PAROW stwierdził u innych trupów, otrzymując jeszcze większe liczby.

H. MEYER ²⁾ na drodze doświadczałnej dowiódł, że postawa prosta kręgosłupa podtrzymuje się między innymi przez opieranie się na trzewach

¹⁾ PAROW. Studien über die physikalisch u Bedingungen der aufrechten Stellung und der normalen Krümmungen der Wirbelsäule. VIRCH. Arch. Bd. 31 1864, p. 97, także p. 104.

²⁾ Ueber die Haltung der Lendenwirbelsäule. VIRCH. Arch. Bd. 43, 1868, p. 115.

tylko w ostatecznych wynikach: oni wysyłają do wód niemieckich, więc i my tam naszych wysyłamy chorych; ale oni z zasady, że zwyczaj *swoje* wody zalecają, a tego zwyczaju już my nie przyjmujemy. I w rezultacie wynika z tego, że przebywając u najbardziej wziętych wód zagranicznych, możemy się ludzi, że jesteśmy w kraju. Prawda, że na pokaz spotkamy tam pojedynczych przedstawicieli wszystkich narodowości, ale Polaków tłumu.

I dziwne to życie kąpielowe płynie. Jakieś postacie, których się w kraju nie widzi, które, zdawało się, że już wymarły, o których tylko w starych czytamy powieściach, spotyka się gromadą u wód zagranicznych. Zamknięte, nie udzielające się kółka, pyszne tytuły do nieznanych, dziwacznych nazwisk przylepione, a w ręce zawsze książka francuzka. Pytałem księgarza w jednej z najgłośniejszych stacyj leczniczych, dla czego tak mało ma książek polskich? „Bo Polacy czytają książki francuzkie“ odpowiedział. To wszystko razem wzięte robi wrażenie bardzo przykre, a dla cudzoziemców z pewnością jest śmieszne.

Znam zwykłą odpowiedź, zwykłe usprawiedliwienie: „w naszych zakładach brak wygod.“ Do pewnego stopnia jest to prawdą, ale bardzo dużo zawiera przesady. Ani się tak źle nie dzieje w naszych zakładach, ani tak dobrze za grani-

brzusznym, a raczej przez te ostatnie na odpornych ścianach jamy brzusznej.

Kręgosłup prosto ustawiony ciężarem swym pochyła się ku przodowi dopóty, dopóki nie trafi na odpowiedni opór. Opór ten znajduje on na swej drodze, gdyż przyczepiona do niego sprężysta klatka piersiowa i przepona opierają się na trzewach brzusznych i pchają takowe dopóty na ściany jamy brzusznej, dopóki sprężystość tych ostatnich nie stawi oporu równoważącego siłę nacisku.

Wszystkie przyrządy tego rodzaju, jak pancerze SAYRE'a, pancerze filcowe i t. d., w pewnej części działają przez to, że mniejszem lub większem uciskaniem ściany brzusznej zwiększają ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej istniejące, a z drugiej strony jako ściana sztywna pomagają częściom miękkim w równoważeniu ciężaru chylącego się kręgosłupa. Zdanie to przyjęte już zostało od lat kilku przez wielu autorów, szczególnie jednak podniesione było przez BECLY'ego ¹⁾.

O słuszności tego poglądu przekonałem się też i na drodze klinicznej. W wielu przypadkach próchnienia kręgów, tak u dzieci jak i u dorosłych, ścisłem chorym brzuch za pomocą flanelowych bandaży, nie opasując wcale klatki piersiowej i przekonałem się: 1-o, że chorzy tacy, którzy z powodu bólu zależącego od obciążenia chorych kręgów, nie mogli ani stać ani siedzieć, w parę chwil po nałożeniu wspomnianej opaski, z mniejszą lub większą łatwością siadali i wstawali bez bólu. Widoczną więc było rzeczą, iż zdołałem im zdjąć ciężar z kręgów przez powiększenie ciśnienia w jamie brzusznej. 2-o u chorych takich mierzyłem odległość 7-go kręgu szyjowego od końca kości ogonowej: otóż po ściśnięciu brzucha, odległość ta stale i wyraźnie się zwiększała i to im młodszym był chory, tem różnica owa była stosunkowo większa; widocznem więc było, że przez opasanie brzucha osiągnąłem nawet pewnego rodzaju wynik ekstensyjny. 3-o taki sam wynik ekstensyjny i redresyjny otrzymywałem u dzieci przez nakładanie innego jeszcze, choć w tym samym celu zbudowanego przyrządu. Przyrząd,

¹⁾ Berliner klin. Wochensh. Jahrg. XVII, N. 15 i 16, oraz: Zur Behandlung der POTT'schen Kyphose. Samml. Klin. Vorträge. VOLKMANN Nr. 199.

cą; tylko, że w domu przywykliśmy samych czarnych stron upatrywać, za granicą wyłącznie jasnych; widzimy zdźbło we własnym oku, a belki nie dojrzymy w cudzem. Jeżeli w zagranicznym swoim mieszkaniu znajdzie kto szparę w ścianie, tem lepiej, przez szparę swobodniej na góry spogląda; w zakładzie krajowym ta szpara zasłoni mu już wszystkie piękności natury. W pierwszorzędnym hotelu jednej z najważniejszych stacyj klimatycznych rozchodzi się po korytarzach bezustanku woń z ustępów; wada to wystarczająca w gmachu, przeznaczonym głównie dla chorych na płuca. W tem samem miejscu, ale w innym hotelu, widziałem niedomykające się okna, niepodnoszące się markizy u ganków, fotele takie, że dość było usiąść, aby podrzeć ubranie o gwóźdź wystający, stoły tak lakierowane, że szklankę trzeba było zawsze odlepić, służba co parę dni się zmieniała. I tego wszystkiego nie czują, nie widzą ci sami, którzyby w zdrojowiskach krajowych byli z pewnością bardzo wrażliwi. Wreszcie, czyż o tę wygodę tak trudno? kraj, którego obywatele utrzymują w połowie najbogatsze europejskie zakłady, może się wszakże zdobyć na materace. Zawsze to błędne kółko się powtarza: nie jedziemy do wód krajowych, bo brak wygod; nie urządzamy mieszkań wygodnych, bo nie ma ich kto zająć. Rzeczywiście do

o którym mówię, składa się z dość dużej peloty, osadzonej na tarczy za pomocą szrubki, która jedną od drugiej odsunąć może. Tarcza [z filcu plastycznego] osadzona jest na pasie takim, jaki wchodzi w skład opaski na przepuklinę pępkową. Przynajmniej tego używam w celu zmuszenia dzieci do oddechania przeważnie klatką piersiową i stosuję go tam, gdzie klatka piersiowa wadliwie jest rozwiniętą z tych lub owych powodów. Jestto więc rodzaj gimnastyki klatki piersiowej, o skuteczności której w wielu przypadkach przekonać mogłem siebie oraz kilku kolegów, w obecności których leczenie się odbywało. W przypadkach tych opaska wywoływała, oprócz rozszerzenia klatki piersiowej, podniesienie 7-go kręgu szyjowego ku górze i ku tyłowi.

Na zasadzie tych wszystkich danych doświadczalnych, stosuję tedy opasywanie brzucha u dzieci, aby im zdjąć chociażby pewną część ciężaru z kręgosłupa, który z tych lub owych powodów nie jest w stanie mu poddać i w przypadkach krzywicy kręgow wyraża swą niemoc przez krzywienie się w jednym lub drugim kierunku.

Gdy dziecko chodzić zaczyna, już zasób naszych środków leczniczych powiększa się o jeden rękoczyn ekstensyjny. W okresie tym zalecam systematyczne podtrzymywanie kręgosłupa przy owych pierwszych próbach chodzenia, za pomocą pętli pod ramiona podłożonej. Oprócz bezpośredniej ekstensyi, a więc i ulżenia ciężaru, zabezpieczam w ten sposób dziecko od szkodliwego prowadzenia za jedną rączkę.

Jak widzimy, rozdzielanie metod leczniczych podług stopnia skoliozy może się tedy stosować tylko do chorych starszych, u małych dzieci wskazania są nieco inne.

U dorosłych rozdzielanie skoliozy na trzy stopnie jest dość praktyczne ze względu na wskazania lecznicze, chociaż trzymanie się pedantycznie pewnych specjalnych podziałów jest niemożliwe, ze względu na różnice indywidualne, cechujące danego chorego, kształt danej skoliozy, przebieg i t. d..

P i e w s z y s t o p i e ń skoliozy obejmuje te przypadki, w których skrzywienie, wyrażające się nierównem ustawieniem łopatek lub bioder, oraz mniej lub

wód krajowych jeżdżą ci przeważnie, co nie mają pieniędzy; nie tylko za wygody płacić nie mogą, ale jeszcze najczęściej do dobroczynności zakładów uciekać się muszą. Trzeba lepiej zakłady zaopatrzyć, to pewna, ale przede wszystkim trzeba tam chorych wysłać. Gdy się okaże potrzeba i możliwość, to i dzisiejsze zakłady się udoskonalą i powstaną nowe. A i to ubóstwienie przesadne wygód i komfortu zdaje się być manią nam zdaje się głównie i głównie za domem.

Drugi zarzut, jaki robią zakładom krajowym, jest: drożyzna; zarzut to już wprost nieprawdziwy. Widziałem ludzi za granicą, którzy się taniością wszystkiego zachwycali; u wód krajowych, gdyby trzecią część tych pieniędzy płacili, jeszcze by się uskarżali na drożyznę i zdzierstwo. Wielu ludziom się zdaje, że dosyć już łaski zrobili krajowym zakładom, gdy do nich przyjechali, mogąc wyjechać za granicę; zapłata za pobyt już ich prawie dziwi.

Wskazując chorym miejsce letniego pobytu, tylko sprawę ich zdrowia mieć powinniśmy na celu; wszystkie inne względy schodzą na plan dalszy. Ależ tu właśnie o dobro chorych idzie: można im tych samych warunków dostarczyć taniej, można im pobyt uczynić miłszym, bo między swoimi i bliżej domu ich zostawić. A krajowi oszczędzi się jeden z największych wydatków, bo całe mili-

więcej esowatęm zgięciem kręgosłupa, daje się z łatwością poprawić przez poziome ułożenie chorego lub przez zawieszenie. W takim stanie rzeczy nieraz nie spotykamy żadnego skręcenia tułowia (*strophosis*) i wogóle całe zjawisko zdaje się więcej polegać na złem ustawieniu, na ogólnej słabości mięśni grzbietu, oraz na poczynających się zmianach w chrząstkach międzykręgowych. Kości i więzy są jeszcze albo wcale niezmienione, albo też dopiero w małej części uległy działaniu nieprawidłowych obciążeń.

Choroba w tym okresie wymaga tedy przede wszystkim zadosyć uczynienia wszelkim wskazaniom przyczynowym, wymaga usunięcia wszelkich szkodliwości usposabiających, oraz wpływów, które czyto wywołują, czy podtrzymują rozwój skrzywienia. Tu więc zaliczyć należy ochronę sił ciała, a szczególnie układu ruchowego, dostarczenie odpowiedniego pożywienia, środków wzmacniających wewnętrznych i zewnętrznych, ruch na świeżem powietrzu, szczególnie w górach lub nad morzem, oraz ostrożną gimnastykę, mającą na celu podniesienie czynnościowych i odżywczych sił mięśniowych, jak niemniej podniesienie czynności serca, ożywienie krążenia i przemiany materii. Przy stosowaniu gimnastyki, stanowczo wykluczyć należy wszelkie ćwiczenia, które w jakikolwiek sposób zwiększają obciążenie kręgosłupa. Do tych należą np. skoki, ćwiczenia z ciężarami i ruch z oporem rąk ku górze. Zwracamy też uwagę na odzież chorych, zabraniamy wieszania ubrań na ramionach, czyli noszenia wszelkiego rodzaju szelek, natomiast polecamy przypinać majtki, spodnie lub spódnice do lekkich gorsecików, które się co najwyżej opierają na biodrach. Z tych samych powodów zabraniamy noszenia uczniom i uczennicom tornistrów, a za szkodliwe uważamy wszelkiego rodzaju „*gradehalter*“, szelki lecznicze i t. p. przyrządy, szumnie po nielekarskich i lekarskich pismach reklamowane. Ważną jest rzeczą zwrócenie uwagi na wszelkie przyczyny statyczne skoliozy i zapobieżenie ich wpływowi; zalecamy więc cały szereg przepisów, dotyczących noszenia dziecka, zabaw jego, siedzenia w szkole i w domu przy pracy, zniesienia nierówności kończyn dolnych z jakiegokolwiek powodu powstała takowa i t. d. W szczególności wdawać się tu nie będę, ciekawych odsyłam do pracy mojej pod tytułem:

jony rocznie i uniknie się tego zawsze upokarzającego uczucia, że byle czego za granicą szukać potrzeba. Wreszcie, jeżeli do pewnego stopnia wyjazdy zagraniczne dla kuracyj okażą się koniecznymi, to w każdym razie bardzo a bardzo ograniczyć je trzeba. Na kilka szklanek serwatki, na kąpiele w zimnej albo w ciepłej wodzie, na leśne, czy górskie powietrze jeszcze Polska zdobyć się może.

Wszystkie ogłoszenia zakładów leczniczych z ich analizami, z cudowną statystyką, to ostatecznie interes w naukowej powłoce; czyż mamy tę powłokę przyjmować całkiem na seryjo, w dosłownem znaczeniu i wierzyć jej bezwzględnie? Zeszłego roku ktoś, podróżujący po Szwajcaryi, ujrzał w nieznanem miejscu wspaniałą, świeżo postawioną Kurhaus; gdy zapytał, jakie tu są wody mineralne, odpowiedziano, że źródeł żadnych jeszcze nie ma, ale że w takiej okolicy z pewnością coś się znajdzie. I z pewnością coś znajdują, a wtedy zaczniemy chorych i do tej nowej miejscowości wysyłać. Wszakże nieraz, zaledwie jakies źródła się znajdują, zaledwie pierwsze pojawiają się ogłoszenia i pierwsze listy lekarzy źródłowych, polecających się pamięci, zaraz u tych wód nowych pojawiają się Polacy. Młody lekarz, Węgier, zamieszkały w słynnej austriackiej stacyi klimatycznej,

„Wskazania przyczynowe do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa“, pomie-
szonej w r. 1884 w KSIĘDZE PAMIĄTKOWEJ prof. HOYERA, oraz do drugiej mej
pracy pod tytułem: „Uwagi dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedyczne-
go“, pomieszczonej w 1882 r. w GAZECIE LEKARSKIEJ [N-ra 22 i 24].

Wreszcie tak w tym, jak i w innych okresach starać się musimy bardzo
pilnie o usunięcie tych wad lub chorób słuchu i wzroku, które w ten lub ów
sposób na powstawanie lub podtrzymywanie skrzywienia wpływają ¹⁾).

Co się tyczy przyrządów, mających dźwignąć chyłący się kręgosłup, to w okre-
sie tym używam w niektórych przypadkach gorsetu modelu SCHLECHT'a z Wiednia,
który to gorset opiera się na pasie miednicowym i jak lejek podtrzymuje ze
wszystkich stron klatkę piersiową. W niektórych tylko przypadkach, jak mówię,
gorset ten uważam za odpowiedni, gdyż większość chorych w tym okresie albo
nie potrzebuje albo nie może nosić żadnego przyrządu. Gorsety jednak, o których
mówię, oddają niezaprzeczone usługi w skolijozach t. zw. upartych, które stano-
wią już formę przejściową do stopnia drugiego. Do takiego gorsetu można za-
stosować skrzyżowane na plecach szeleczki motylkowate modelu EHRlich'a
[z Warszawy], w ten sposób, że zupełnie kręgosłupa nie obciążą, a jednak ramio-
na ku tyłowi pociągają. Wszelkie inne przyrządy, jak krzyż grzbietowy FÜRST'a
i doń podobne odmiany mechanicznych przyrządów, grzeszą albo tem, że obciążą
kręgosłup, albo że działanie ich jest czystem złudzeniem.

W tym okresie rozpoczęte leczenie daje najlepsze wyniki, procent doszczę-
tnie uleczonych jest znaczny. W każdym jednak razie pamiętać należy, że pe-
wna część tych skrzywień, pomimo wszelkich starań tak ze strony lekarza jako
też i ze strony samego chorego, nie ulega poprawie i pozostając jako krzywizna
niezmienioną, przechodzi w skolijozę stałą, czyli w stopień drugi. Inne chwilowo
poprawione skrzywienia, wskutek przerw w leczeniu, niedbalstwa lub lekcewa-
żenia, nietylko że się pogarszają, ale ulegają rozmaitym powikłaniom, od któ-

¹⁾ JASIŃSKI. Wady wzroku jako przyczyna skrzywień kręgosłupa. GAZETA LEKARSKA
1885. Nr. 41 i 42.

mówił mi, że daleko miłszą by mu była protekcja lekarzy warszawskich, niż wie-
deńskich. Komplement to nie bardzo przyjemny, ale jak wyraźnie dowodzi, że
nigdzie tak często, jak u nas, nie wysyłają chorych, a z pewnością już nigdzie tak
często do obcych nie wysyłają krajów. Cudzoziemscy lekarze, u wód niemieckich
i austryjackich zamieszkali, zwykli corocznie, listownie i osobiście, przypominać
swe wody głośnym u nas lekarzom. Radbym wiedzieć, czy tak samo i do fran-
cuskich i włoskich zgłaszają się powag i jakąby tam odpowiedź usłyszeli. Gdy
zwrócono uwagę jednego z tych obcych lekarzy, że mamy w kraju takie same
wody, jakie on zaleca, że chorzy nasi do jego miejscowości nie mają powodu
wyjeżdżać, uczuł się pokrzywdzonym, bo odpowiedział: „ależ i my żyć chcemy“.

Nie cała wina tych nad miarę licznych wyjazdów spoczywa na lekarzach;
przyczyna ich ostateczna leży głęboko, w zastarzałej wadzie narodowej; ale leka-
rze mają obowiązek walczyć przeciw tej wadzie, a tymczasem dziś jej pochle-
biają.

Zygmunt Kramsztyk.

rych nieraz zależy zupełna ich nieuleczalność. Już w tym okresie konieczną jest specjalna opieka lekarska i stosowanie wszelkich środków zaradczych, mogących rozwój choroby powstrzymać. Jedną z największych przeszkód na tem polu jest pogląd, panujący niestety wśród bardzo wielu lekarzy, jakoby nierówność łopatek mogła istnieć bez skoliozy, oraz jakoby łżejsze stopnie tego cierpienia były w stanie znikać samowolnie. Poglądy te powtarzają się przez przyzwyczajenie, nie oparte na żadnych danych naukowych. Innym razem polegają one na mylnej obserwacji przypadków, w których skrzywienie czasowo wzrastać przestało, albo też zostało zamaskowane rozwijającymi się masami mięśniowymi, narastającym tłuszczem. Nakoniec, niektórzy lekarze głoszą ów szkodliwy pogląd dlatego, iż w rozumowaniu swoim opierają się na dawno przebrzmiałych teoriach myopatycznych lub neuropatycznych pochodzenia skoliozy. Z tego powodu za rzecz niezbędną uważam powtórzyć za DORNBLUEHT'em, że według praw mechanicznych, jest rzeczą najzupełniej niemożliwą, ażeby pręt stojący, zgięty przez obciążenie trwałe, mógł się drogą wzrostu sam wyprostować. Wyleczenie skoliozy samowolne logicznie przewidzieć się nie da, albowiem do jej zniknięcia konieczna potrzeba zdjąć ciężar z kości i chrząstek po stronie wklęsłej i ulżyć w pracy więzom i mięśniom po stronie wypukłej.

Już w pierwszym okresie skoliozy uważam za niezbędne stosowanie pewnego rodzaju gimnastyki specjalnej. Tu więc należą ćwiczenia na trapezie, drabinie poziomej i skośnej, oraz na ławce, mające na celu wzmocnienie mięśni ramion i grzbietu przy jednoczesnej ekstensyi i redresyi kręgosłupa. Dalej cały szereg ćwiczeń, a więc ruchów czynnych, bez oporu i z oporem, dotyczących kończyn górnych i tułowia. Te ćwiczenia mają już znaczenie nieco ogólniejsze w przekonaniu mojem, gdyż gimnastykę pojedynczych mięśni, w znaczeniu metody szwedzkiej, uważam za rzecz iluzoryczną i niewykonalną. Zalecam także cały szereg rozmaitych położeń i ustawień, przy których ciągle mamy na widoku zdjęcie ciężaru z całego kręgosłupa albo przynajmniej z wklęsłych jego części. Żeby wpływy tego rodzaju mogły skutek istotny osiągnąć, muszą być albo stałe, albo często się powtarzać. Stałe ułożenie chorego w odpowiednim przyrządzie lub szczególnej jakiej pozycji dawniej używane było na szeroką skalę przez wszystkich tak zwanych ortopedystów. Dziś, uważać je należy za rzecz z wielu powodów więcej szkodliwą niż pożyteczną. Niechcąc jednak wyrzec się całego szeregu pożytecznych wpływów, w stosowaniu ich kierujemy się nie tyle długo-trwałością pomienionych ćwiczeń ile koniecznością częstego i systematycznego ich powtarzania. Tym chorym, którzy nie mogą korzystać z systematycznego leczenia i odpowiednich specjalnych urządzeń, polecam, już w pierwszym okresie skoliozy, leżenie na twardych płaszczyznach po półgodziny i więcej, w odpowiednich pozycjach, co kilka godzin, przez czas bardzo długi.

Drugi stopień skoliozy jest to boczne skrzywienie kręgosłupa, połączone z wtórnymi wygięciami kompensacyjnymi, ze skręceniem tułowia (*strophosis*), oraz ze zmianami w kształcie klatki piersiowej, skrzywienie, które nie może zniknąć pod działaniem wysiłków chorego, zmniejsza się zaś jeszcze [mniej lub więcej] pod wpływem zawieszania, czyli wyciągnięcia i odprostowywania przez ucisk. W tym okresie już stanowczo mamy do czynienia z niejednakowym po obu stro-

nach wzrostem i kształtem kręgow i żeber, z uciskiem jednostronnym chrząstek, ze skróceniem więzów i mięśni po jednej stronie, a wydłużeniem ich po drugiej. I w tym okresie wszystkie środki higieniczne i lecznicze, stosowane w skolijozach stopnia pierwszego, muszą znaleźć zastosowanie. Przybywa jednak jeszcze jedno wskazanie, a mianowicie: starać się wszelkimi sposobami o zdjęcie obciążenia z kręgow, o ustawienie kręgosłupa w takiej pozycji, w której kształt jego i kierunek najwięcej zbliżony jest do postawy prawidłowej, oraz starać się o utrzymywanie go w owej poprawionej postawie przez czas dłuższy. [C. d. n.].

II. GNICIE, BAKTERYJE GNILNE I PRODUKTY GNICIA.

Skreślił

M. Leśnik, student medycyny [Bern].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 2].

III

W dalszym ciągu wypada nam przystąpić do szczegółowszego opisanie i przedstawienia pojedynczych produktów rozkładu materij białkowatych. Dla łatwiejszego ovladnięcia przedmiotem, rozpoczniemy od najlepiej stosunkowo zbadanych produktów, jakeimi są produkty uzasadnienia, oraz dające się od nich wyprowadzić i w genetycznym związku z nimi postawić produkty redukcji i utlenienia.

Następnie oddzielnie opiszemy indol i skatol, ciała nie dające się wyprowadzić od produktów uzasadnienia. Również do tej kategorii zaliczymy fenol, który obok indolu ma doniosłe kliniczne znaczenie. Wreszcie całkiem odrębne miejsce muszą zająć ptomainy.

a) Produkty uzasadnienia i dające się od nich wyprowadzić wytwory redukcji i utlenienia.

Poszukiwania nad rozkładem materij białkowatych przez trawienie z trzustką w przystępie powietrza, były dokonywane głównie przez nieupostaciowany ferment trzustki. Mieszanina 382 grm. suchego włóknika i 15,2 grm. suchej trzustki (razem 397,2 grm), obłana 6 litrami wody, dała po 6 godzinach trawienia przy ciepłocie 40—45° C. następujące wyniki:

11 grm. nierozpuszczonej pozostałości albo 2,79%

42,5 grm. białkanów i ściętego białka 10,7%

razem 53,5 grm. niezmiennych substancyj czyli 13,49%

Zatem z 397,2 grm. uległo przetrzawieniu 843,7 grm. czyli w procentach 86,51%, przyczem powstały następujące produkty:

211,2 grm. peptonu albo 53%

13,3 „ tyrozyny „ 3,35%

31,6 „ leucyny „ 8%

razem 256,1 grm. wiadomych produktów trawienia czyli 64,35%

Oprócz powyższych produktów rozkładu materij białkowatych pod wpływem nieorganizowanego fermentu trzustki, został jeszcze wykryty przez SALKOWSKIEGO i RADZIEJEWSKIEGO kwas asparaginowy $\begin{matrix} \text{CH}[\text{NH}_2]\text{COOH} \\ | \\ \text{CH}_2 - \text{COOH} \end{matrix}$. KISTJAKOWSKI znalazł kwas glutaminowy $\text{C}_3\text{H}_5[\text{NH}_2] \begin{matrix} \text{COOH} \\ | \\ \text{COOH} \end{matrix}$. Wykryto więc przy gniciu białka wszystkie produkty, jakie występują przy uzasadnianiu białka przez wodę barytową.

Prof. NENCKI podjął badania, aby przekonać się, jaki będzie obraz rozkładu ' jeżeli sprawa gnicia będzie przedłużona; które z powyżej wymienionych produktów rozkładają się, i jakie na ich miejsce powstają.

Były to pierwsze nad danym przedmiotem systematycznie przeprowadzone poszukiwania.

Nauka zawdzięcza mu wiele nowych i konkretnych faktów.

Opiszemy jedno z doświadczeń prof. NENCKIEGO i jednocześnie przedstawimy metodę, jaką się posługiwał w swoich poszukiwaniach:

200 grm. substancji białkowej oblano 4 litrami wody; do tego dodano 100 grm. świeżej trzustki i mieszaninę pozostawiono na 4 doby przy 40° C. Po tym czasie następuje rozplynięcie się materij białkowej. Ciecz cedzi się przez płótno do retorty z tubulusem, poczem unikając atmosferycznego CO₂, dodaje się wody barytovej, zawierającej 300 grm. krystalicznej Ba[OH]₂. Mieszaninę poddaje się destylacji. Zebrany w kwasie solnym destylat jest mętnym, po spokojnem staniu osadza się czerwonawy osad, który składa się głównie z połączenia indolu z HCl. Po odcedzeniu wydzielonego osadu, ciecz przedstawia się klarowną i wynosi 2675 ctm. sześciennych. 5 ctm. sześciennych tego destylatu dawały przy oznaczeniu na azot, odpowiednio do Pt, 0,1797 N, w całym więc destylacie 13,78 grm. N, albo 16,73 NH₃. Pozostałość z retorty tak długo na sączku przemywano gorącą wodą, dopóki filtrat nie dawał śladu zmętnienia od H₂SO₄; przemyty osad i następnie wysuszony przy 130° C, przedstawiał się jako CO₂Ba i ważył 54,3 grm., czyli 12,07 grm. CO₂.

Klarowny filtrat od destylatu zlewa się razem z wodą otrzymaną z przemywania pozostałości z retorty i do tej mieszaniny dodaje się 100 grm. H₂SO₄; tworzy się osad BaSO₄; destyluje się; kwaśny destylat wynosił 2400 ctm. sześciennych. 56 ctm. tego destylatu potrzeba było do zobojętnienia 20 ctm. wodoru sodu [20 ctm. sześciennych tego roztworu sodu = 0,2884 grm. Na]. Otrzymane przytem lotne kwasy tłuszczowe składały się: 3/4 z kwasu masłowego i 1/4 waleryjanowego; octowego i propionowego nie można było wykazać. Pozostałość po ostatniej destylacji gotuje się następnie dla usunięcia nadmiaru H₂SO₄ z węglanem ołowiu. Rozpuszczony ołów wydziela się za pomocą H₂S i filtrat odparowuje na wodnej kąpieli do konsystencji syropu. Po ochłodzeniu w spokoju, wykrywa leucyna. Kryształy te odcedza się, przemywa absolutnym alkoholem, suszy z początku pomiędzy bibułą, następnie przy 100° C.. Ważyły one 9,7 grm. W pokrystalicznym ługu po leucynie nie następowała więcej krystalizacja, można było tylko stwierdzić w nim obecność peptonów przez odczyn biuretowy. Zbierzmy teraz co otrzymano z 160 grm. kurzego białka, wolnego od wody

i popiołu po 4 dniem trawieniu z 15 grm. trzuskki —razem 175 grm. suche materji białkowej:

16,75 grm. NH ₃ albo w procentach . . .	9,57% NH ₃ ,
12,07 „ CO ₂ „ „ „	6,90% „
42,01 „ razem { kwas masłowy	26,90% „
„ wzięte { „ walerjanowy .	
9,70 „ leucyny	5,53

razem 85,53 grm. izolowanych produktów czyli 48,90%

W drugim doświadczeniu, w którym wzięto 175 grm. suchej materji białkowej, po 8 dniach gnicia okazały się następujące rezultaty:

19,25 grm. NH ₃ czyli w procentach . . .	11,00%
9,40 „ CO ₂	5,38%
57,14 „ kwasu masłowego i waleryjanowego	32,65%
6,20 „ leucyny	3,55%

razem 91,99 grm. izolowanych produktów czyli . . . 53,57%

Po 14 dniach gnicia 175 grm. suchej białkowej materji otrzymano następujące produkty:

15,64 grm. NH ₃ czyli w procentach . . .	8,94%
5,36 „ CO ₂	3,06%
78,15 „ kwasu masłowego	44,06%
5,50 „ leucyny	3,24%
1,0 „ izomer leucyny	0,57%
22,77 „ pozostałość, która dawała odczyn na pepton	13,00%

razem 128,42 grm. izolowanych produktów czyli . . . 72,87%

Z zestawienia i porównania powyższych trzech doświadczeń wypada, że im dłużej trwa gnicie, tem mniej wytwarza się CO₂, wzrasta zaś ilość lotnych kwasów tłuszczowych. Pochodzi to ztąd, że w miarę rozkładu materji białkowych wzrasta ilość kwasów tłuszczowych i węglanu amonowego; przytem z ostatniego połączenia ulatnia się CO₂, amonijk zaś łączy się z kwasami tłuszczowymi. Jak znaczna ilość przytem powstaje z cząsteczki amidokwasu, widzimy to w 3-m doświadczeniu, gdzie z 170 grm. białka wytworzyło się 93 grm. soli amonowej kwasu masłowego.

CO₂ zdaje się początkowo być w cieczy pod postacią obojętnej soli—CO₃[NH₄]₂; później zaś jako kwaśna sól—CO₂HNH₄. Siarka białka po części występuje jako SH₂, po części zaś utleniona na kwas siarczany.

Interesującym jest bardzo fakt, że odpowiednio do długości czasu trawienia białka, zmienia się wzajemny skład kwasów tłuszczowych. Do występującego początkowo przy gnicju białka kwasu waleryjanowego, bardzo prędko dołącza się kwas masłowy i to w takim stosunku w jakim znika kwas waleryjanowy; po 14 dniach trawienia, nie znajdujemy kwasu waleryjanowego, lecz wyłącznie kwas masłowy.

Nieco odmiennie przedstawia się gnicie z żelatyną. Po 17 godzinach trawienia żelatyny z trzustką w przystępie powietrza, prof. NENCKI otrzymał tylko pepton klejowy i sól amonową kwasu waleryjanowego.

Po 3 dniach gnicia *in ceteris paribus*, można było wykazać kwas octowy, masłowy i waleryjanowy; pierwszy przeważał i stanowił prawie połowę wszystkich 3 razem wziętych lotnych kwasów tłuszczowych; daje się on łatwo wykryć przez to, że jego sole łatwo wykrystalizowują. Następnie wydzielal się glikokol w formie bezbarwnych twardych kryształów; wynosił on około 7,38% wziętej żelatyny. Resztę izolowanych produktów gnicia stanowił pepton. W innym doświadczeniu, do którego użyto 500 grm. żelatyny i 150 trzustki, gnicie trwało przez 5 dni przy 40°C. Ilość wszystkich razem wziętych lotnych kwasów tłuszczowych, w obrachunku wyrażonych jako kwas masłowy, odpowiadała 123,4 grm., czyli stanowiła 28,5%. Przytem na kwas octowy przypadało prawie $\frac{2}{3}$ części, resztę na kwas masłowy i waleryjanowy.

Wykrystalizowany nad H_2SO_4 wysuszony glikokol ważył 39,4 grm., w procentach 9,13%; pokrystaliczny ług składał się z peptonu.

Nadto, ażeby się przekonać, czy oprócz amonijaku nie tworzy się jeszcze jaka inna lotna zasada, destylat z kwasem solnym wyparowano do suchości, następnie pozostałość kilkakrotnie przekrystalizowano z bezwodnego alkoholu; kryształy przedstawiały się w postaci igieł, była to sól kwasu solnego, która z chlorkiem platyny dawała sól podwójną. Elementarne oznaczenie wykazało, że zasada owa była propilaminem, albo trymetylaminem $[CH_3]_3N$. Wypada zatem przyjąć, że przy gnicu żelatyny powstają w minimalnych ilościach lotne organiczne zasady.

We wszystkich powyżej przedstawionych doświadczeniach z żelatyną, nie dało się dostrzedz tworzenie produktów grupy aromatycznej. Nie spotykamy przy gnicu kleju zwierzęcego lub żelatyny ani indolu, ani tyrozyny. SCHIEPER rozkładając klej zwierzęcy za pomocą kwasu chromnego, również nie otrzymał produktów grupy aromatycznej.

Na podstawie powyższych danych, jesteśmy upoważnieni do przyjęcia, że w skład i budowę cząsteczki kleju zwierzęcego nie wchodzą ciała z grupy aromatycznej.

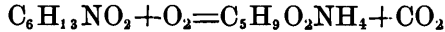
IV.

Zastanówmy się teraz nad pytaniem, w jaki sposób powstają lotne k w a s y t ł u s z c z o w e, czy tworzą się wprost bezpośrednio przy rozkładzie materij białkowatych z ich cząsteczki, czy też są drugorzędnymi dalszemi produktami rozkładu pierwszorzędných przez uzasadnienie powstałych, jak leucyna tyrozyna i t. d.. Dla wyjaśnienia tego pytania należało wykonać doświadczenia i próby z temi pierwszorzędnymi produktami rozkładu uzasadnienia, aby zbadać jakim one dalszym przemianom ulegają w sprawie gnicia.

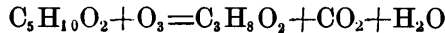
Z leucyną pierwsze próby robione były przez BOPP'a—otrzymał on przytem tak znaczne ilości kwasu waleryjanowego, jakich nigdy nie daje włóknik. Prof. NENCKI powtórzył doświadczenia z leucyną, potwierdził rezultaty badań BOPP'a.

Z 15 grm. leucyny i 3 grm. trzustki prof. NENCKI otrzymał po 3 dniach gnicia: 2,11 grm. NH_3 , 0,44 grm. CO_2 , 10,50 grm. kwasu waleryjanowego i 1,2 grm. leucyny;—razem 14,25 grm. izolowanych produktów.

Jak widzimy z powyższego, leucyna powstała przy gnicu, zostaje początkowo utlenioną na kwas waleryjanowy przez sprawę życiową bakteryj gnilnych:



Jezeli zaś przypatrzymy się liczbom i rezultatom, jakie prof. NENCKI otrzymywał po 14 dniach gnicia białka, to się przekonamy, że kwas waleryjanowy utlenia się dalej i przechodzi w kwas masłowy:



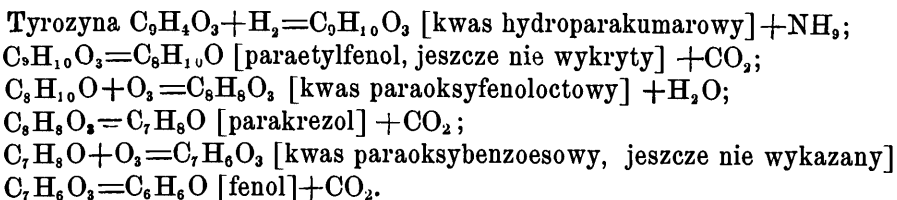
Normalny kwas masłowy zdaje się być, według prof. NENCKIEGO, trwałym i stałym; przez bakteryje nie rozkłada się on dalej na kwasy uboższe w węgiel w cząsteczce, jak kwas propionowy i kwas octowy.

Podobne własności odporne zdaje się posiadać także i glikokol; nie rozkłada się on bowiem na kwas octowy.

Moznaby przeprowadzić pewną analogiję pomiędzy temi dwoma ciałami, z których jedno należy do kwasów tłuszczowych, drugie zaś do amidokwasów. A zatem kwas octowy, który powstaje przy gnicu żelatyny w tak znacznej ilości, trzeba uważać za pierwszorzędny produkt rozkładu, a nie drugorzędny—od glikokolu pochodzący.

Tyrozyna należy do grupy ciał aromatycznych; rozkładając się tworzy ona indol; w przystępie powietrza powstają jeszcze inne produkty rozkładu, mianowicie lotne kwasy aromatyczne [E. SALKOWSKI] i fenyl octowy i fenyl propionowy.

BAUMAN ułożył cały szereg ciał, jakie mogą powstawać przez utlenienie i rozkład tyrozyny, i większa ich część powstaje także przy gnicu białka, jak również i w przewodzie pokarmowym, ztąd zaś przechodzą do moczu.



Powstałe przy gnicu lotne kwasy tłuszczowe, mogą ulegać dalszej przemianie; mogą być mianowicie, działaniem bakteryj gnilnych, rozłożone dalej na kwasy uboższe w węgiel w cząsteczce. Najwygodniejszym materyjałem dla doświadczeń w tym celu są sole wapienne.

I tak, sól wapienna kwasu octowego, poddana fermentacji, rozkłada się na węgiel wapnia + CO_2 + CH_4 ; sól wapienna kwasu mrówkowego—na węgiel wapnia + CO_2 + H_2 .

Z pomiędzy oksykwasów znanym jest rozkład kwasu mlecznego, glicerynowego, jabłkowego, winnego i cytrynowego ¹⁾.

Na uwagę zasługuje zestawienie składu procentowego gazów, wydzielających się podczas gnicia materij białkowatych z trzustką, z temi gazami, które powstają przy działaniu wyłącznie nieupostaciowanego fermentu trzustki na materje białkowane.

I tak: KUNKEL znalazł następujący skład gazów przy gnicu włóknika z trzustką, w 3-ch próbach robionych jedna po drugiej w miarę, jak sprawa rozkładu postępowwała naprzód:

I.	II.	III.
CO ₂ —68,4 vol. pct.	CO ₂ —56,2%	CO ₂ —59,5%
H —28,45	H —40,8	H —38,5
CH ₄ — 1,55	CH ₄ — 0,7	CH ₄ — 1,1
H ₂ S— 1,9	H ₂ S — 0,4	H ₂ S— 0,7
N — 0,00	N — 2,1	N — 0,6
100,20	100,2	100,4

HUFNER otrzymał następujący skład gazów przy trawieniu włóknika z nieupostaciowanym fermentem trzustki. Dostęp gnilnych laseczników był przytem wyłączony.

po 5 dniach trawienia		po 10—12 dniach trawieniach	
I.	II.	I.	II.
CO ₂ — 6,44	CO ₂ — 4,16	CO ₂ — 37,85	CO ₂ — 42,61
N — 93,56	N — 95,84	N — 62,15	N — 57,39
O — 0,00	O — 0,00	O — 0,00	O — 0,00
100,00	100,00	100,00	100,00

Zauważymy przytem, że podczas gnicia białka gazy rozwijają się daleko silniej, aniżeli przy trawieniu jego z nieupostaciowanym fermentem trzustki.

¹⁾ Według FIRZ'a kwas mleczny rozkłada się przez jeden rodzaj bakterij na kwas propionowy, octowy + CO₂+H₂O; przez inny zaś rodzaj bakterij przeważnie na kwas waleryjanowy.

Kwas glicerynowy daje obok wyskoku etylowego i kwasu bursztynowego, przeważnie kwas octowy.

Z kwasu jabłkowego powstaje kwas bursztynowy i nieco kwasu octowego; w innym przypadku powstaje kwas propionowy; w innym — kwas masłowy obok H; wreszcie pod wpływem jeszcze innych fermentów rozkłada się na kwas mleczny i CO₂.

Kwas winny rozkłada się na kwas octowy, propionowy + CO₂ + H₂O [PASTEUR]; inne bakteryje rozkładają go na kwas masłowy; jeszcze inne na kwas octowy, obok którego występuje nieco kwasu masłowego, bursztynowego i wyskoku [FIRZ].

Kwas cytrynowy daje przy fermentacji głównie kwas octowy; w nieznacznej tylko ilości kwas masłowy i bursztynowy.

Siła i energija, z jaką nieupostaciowany ferment trzustki rozkłada materje białkowe jest nieznaczną i słabą, w porównaniu z siłą i energiją gnilnych bakteryj.

Ze składu zaś gazów widzimy, jak rozmaite sprawy odbywają się przy gniciu białka, i jak niepodobną i prostą jest sprawa trawienia białka przez nieupostaciowany ferment trzustki w porównaniu ze sprawą gnicia.

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. Robert Massalongo. O chorobie Hodgson'a.

Zmiany anatomiczne przy sprawie miażdżycowej aorty dokładnie po raz pierwszy w r. 1819 opisał HODGSON i dlatego MASSALONGO w swej najnowszej pracy, pomieszczonej w „*Gaz. hebdomadaire de méd.*“ [N. 33 i 34 1885], nazwą choroby HODGSON'A obejmuje cały szereg zbroczeń, zaczynający się od zwyrodnienia miażdżycowego aorty, a kończący prawdziwym tętniakiem aorty, niedostatecznością zastawek następczą, przerostem i rozszerzeniem serca

Choroba HODGSON'a, rozpoczyna się od cierpień nader rozmaitych, które odnieść należy raczej do stanu drobnych tętnic odżywiających narządy trzewowe, aniżeli do stanu aorty. W większości przypadków chorzy przypominają sobie, że od kilku lat lub choćby miesięcy, oddając się pracy więcej męczącej, lub wchodząc na schody pośpiesznie, doświadczali w klatce piersiowej uczucia ściskania i bicia serca. Tętnice stają się u nich powierzchowniej-szemi, wydatniejszemi i przybierają kierunek załamujący się (*art. serpiginosae*), co zależy od zgrubienia ich ścian i rozciągania ich przez silniejszą falę krwi. Niektórzy narzekają na uczucie ciężaru i napięcia, a niekiedy nawet na tępy przerywany ból w okolicy żołądka lub po za mostkiem. Objawy te stają się szczególnie wydatnemi wtenczas, gdy chorzy narażają się na jakiegokolwiek rodzaju wysiłki, tak fizyczne jak i moralne, a także, gdy uciskają ręką odstępę międzyżebrowe w sąsiedztwie mostka. Ostatni ten objaw, zdaniem PETER'a zawdzięcza swoje powstawanie nie zmianie samej aorty, lecz zapaleniu nerwów splotu sercowego. Od samego początku choroby HODGSON'a, wysłuchiwanie dostarcza nam objawu nader stałego, a mianowicie: tony serca u wierzchołka są krótkie i mocne, ze szczególnem wzmocnieniem pierwszego tonu; w punkcie wysłuchiwania aorty objaw ten jest jeszcze wydatniejszym, rzadko tylko w tym ostatnim punkcie zauważyć można szmer rozkurczowy. Przy opukiwaniu znajdujemy nader ważny objaw rozpoznawczy. Według PETER'a tępość w okolicy aorty w stanie prawidłowym waha się od $4\frac{1}{2}$ centymetrów do $5\frac{1}{2}$ centymetrów u mężczyzny, a od $2\frac{1}{2}$ do 4 centymetrów u kobiety; w chorobie HODGSON'a przy dokładnem opukiwaniu możemy stwierdzić powiększenie tępości aorty o $1\frac{1}{2}$ do 2 centymetrów w kierunku poprzecznym, a w okresach bardzo późnych choroby tępość może osiągnąć nawet do 10-ciu centymetrów. W dwóch trzecich sposobstrzeganych przez autora przypadków, można było stwierdzić obecność pomruku kociego przy dotykaniu okolicy serca; natężenie tego objawu zawsze było zależnem od wielkości rozszerzenia aorty.

W miarę, jak choroba postępuje, pierwszy ton aorty przyjmuje stopniowo cechę podmuchu lekkiego, gdy tymczasem ton drugi staje się bardziej krótkim, albo nawet metalicznym.

Bardzo często chorzy się skarżą na bóle pomiędzy łopatkami i w ramionach, bóle których napady mogą osiągnąć natężenia prawdziwych nerwobólów.

Zawsze przytem. ma miejsce u chorych głęboka zmiana charakteru, stają się oni smutnymi, melancholijnymi; początkowe cierpienia, i jakkolwiek lekkie, są w stanie wywoływać u chorych podejrzenie, iż są dotknięci bardzo poważną chorobą, która położy koniec ich życiu. Do powyżej opisanych cierpień nerwowych przylączają się bóle, przedstawiające obraz duszniczy bolesnej; szmer podmuchowy nad aortą skurczowy, z początku słyszalny na małej przestrzeni, później daje się wysłuchiwać na wysokości tętnic szyjowych, i wzmacnia się w swem natężeniu w miarę coraz większego rozszerzania się światła aorty; przedłuża się on stopniowo tak dalece, że zakrywa także i drugi ton aorty. Serce w miarę swego przerostu obniża się, a wówczas szmer podmuchowy słyszeć się daje aż w trzecim odstepie międzyżebrowym prawym. Właściwość tego szmeru stanowi mała jego dążność do rozszerzania się ku wierzchołkowi serca, gdzie wydłuża on tylko ton skurczowy. Chropowatości powierzchni wewnętrznej aorty, w daleko wyższym stopniu aniżeli zmiany jej średnicy, stanowią przyczynę szmeru powyżej wzmiankowanego.

Przy rozszerzaniu stopniowem aorty i serce z czasem ulega rozszerzeniu i łatwo zrozumieć, że wskutek tego, t. j. rozszerzenia aorty i zmian, poczynających się już we włóknach mięśniowych serca, przyjsć musi do niedostateczności zastawek aortycznych; ton rozkurczowy wówczas znika, dając miejsce szmerowi. W tym okresie choroby, serce ulega bardzo znacznemu przerostowi, zwłaszcza też komórka lewa. Wkrótce i wierzchołek serca dosięga do szóstego odstepu międzyżebrowego, zbliżając się ku linii pachowej.

W ostatnim okresie choroby, do niedostateczności zastawek aorty przylączają się także wtórna niedostateczność zastawki dwudzielnej, wtedy także komórka prawa staje się siedliskiem przerostu odśrodkowego, który wszakże nigdy nie dochodzi do tego stopnia, co w komórce lewej.

Prawie zawsze występuje różnica w tętnie promieniowem po obu stronach. Różnica ta, jeżeli nie jest wydatną dla palca badającego tętno, zato zawsze może być wykrytą za pomocą sfigmografu, a polega tak na sile tętna, jakoteż na krzywiznie linii zstępującej. Gdy w chorobie HODGSON'a przyszło już do niedostateczności zastawek aorty, w linii zstępującej krzywizny sfigmograficznej znajdujemy charakterystyczny zakrzyw h a c z y k ó w, jako wyraz częściowego cofania się fali krwi, którego to zakrzywienia wszakże może brakować w razach, gdy mamy do czynienia z bardzo znacznem stwardnieniem ścian tętnicznych, a wówczas spostrzega się t. zw. tętno opóźniające się (*pulsus tardus*). Zazwyczaj, jeżeli tylko stwardnienie ścian tętnicznych nie doszło do bardzo wysokiego stopnia, z długości powyżej wzmiankowanego h a c z y k a możemy oznaczyć stopień niedostateczności zastawek aortycznych, nawet wówczas gdy szmeru rozkurczowego przy otworze aorty jeszcze nie słyszymy. W ogólności wszakże w chorobie HODGSON'a haczyk ów, zależący od niedostateczności zastawek aorty, nigdy nie jest wyrażony w tak wysokim stopniu, jak w chorobie CORRIGAN'a, t. j. w pierwotnej niedostateczności zastawek aortycznych.

Z tego co się powiedziało wynika, że nie mamy ani w tętnie, ani w wysłuchiwaniu serca t. zw. patognomicznego objawu choroby, o której mowa. Jedynie tylko badanie podwójne, t. j. i serca i tętna może dostarczyć podstaw do dokładnego rozpoznania.

Dla wykazania odrębności klinicznych choroby HODGSON'a i choroby CORRIGAN'a, autor zestawia ze sobą następujące pomiędzy nimi różnice:

1) Choroba HODGSON'a powstaje pod wpływem tych samych przyczyn, co i sprawa miażdżycowa tętnic [alkoholizm, zakażenie zimnicze, dna; bardzo

rzadko przymiot i gościec]; przyczyny choroby CORRIGAN'a są takie same, jak zapalenia wsierdza, a więc pomiędzy nimi gościec zajmuje pierwsze miejsce.

2) Choroba CORRIGAN'a bywa właściwą wiekowi młodemu i częściej przytrafia się u kobiet; chorobę HODGSON'a spotyka się częściej u mężczyzn w wieku dojrzałym.

3) Zejście śmiertelne szybciej przychodzi w chorobie HODGSON'a z powodu uogólnionego zapalenia przewlekłego błony wewnętrznej tętnic.

4) Pierwsze objawy choroby HODGSON'a stanowią objawy sprawy miażdżycowej aorty; w chorobie CORRIGAN'a spostrzegamy od samego początku objawy niedostateczności zastawek aortycznych.

5) Przerost serca bywa w stopniu dość wydatnym w chorobie HODGSON'a, dochodzi zaś do bardzo wysokiego stopnia w chorobie CORRIGAN'a.

6) Szmer na wysokości otworu aortycznego przedstawiają różne właściwości: W chorobie CORRIGAN'a od początku słyszymy szmer skurczowy towarzyszący szmerowi rozkurczowemu, w chorobie HODGSON'a przeciwnie słychać tylko szmer skurczowy. W pierwszej z tych dwóch chorób szmer rozkurczowy zawsze bywa mocniejszym, gdy tymczasem w okresie niezbyt jeszcze daleko posuniętej choroby HODGSON'a ma miejsce stosunek odwrotny; różnica w charakterze tętna przy obu chorobach zmniejsza się w miarę ich postępu.

7) Szmer podwójny w tętnicach udowych, t. zw. szmer DUROZIER'a bywa wydatniejszym i stalszym w chorobie CORRIGAN'a.

8) Zapalenie przewlekłe ścian tętnicznych prawie zawsze dosięga tętnic obwodowych w chorobie HODGSON'a; stan prawidłowy tętnic stanowi jedną z cech choroby CORRIGAN'a.

9) Cechy tętna są różne w obu chorobach: W początku choroby HODGSON'a tętno przedstawia się tak samo, jak w zapaleniu ścian tętnicznych, gdy tymczasem w chorobie CORRIGAN'a bywa ono zawsze takim, jak przy niedostateczności zastawek aorty. Dopiero w okresach daleko posuniętych obu tych chorób postrzegamy tętno prawie jednakowe. Powiadamy prawie, gdyż stan ścian tętnicznych w chorobie HODGSON'a nie pozwala tętnu przyjmować zupełnie tych samych cech, które są właściwe chorobie CORRIGAN'a.

10) Różnica pomiędzy tętnem obu tętnic promieniowych jest prawidłem dla choroby HODGSON'a; w chorobie zaś CORRIGAN'a bywa tylko przypadkowo.

11) Śmierć jest albo natychmiastową, wskutek porażenia serca w chorobie CORRIGAN'a, a wskutek zapalenia nerwów splotu sercowego w chorobie HODGSON'a; albo powolną z objawami duszności w pierwszej, a z objawami zatrucia mocznikowego w drugiej z tych chorób.

St. Kwietniewski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W N-rze 2-im „Medycyny“ z r. b., w rubryce „Odpowiedzi od Redakcyi“, znajdujemy co następuje: „W-mu D-rowsi S. w Warszawie. D-r Rogowicz w artykule swoim o przytułkach dla rodzących [ob. Medycyny Nr. 40] wypowiedział jako pogłoskę zarzut, który teraz tak jaskrawo zkadinał został rzucony. Objasnić pana nie możemy, czy przytułki te w rzeczy samej przyjmują przeważnie zamożniejsze, a odmawiają przyjęcia biednym, to jest prawdziwie potrzebującym. Sądzimy, iż tak nie jest, gdyż krzyżująca taka niegodziwość nie dałaby

się ukryć pod korcem i już dawno zwróciłaby na siebie uwagę kogo należy. — Nie znajdujemy dość silnych słów, by potępić podobny sposób odpowiedzi w takiej kwestyi. Jaki! czyż doprawdy Redakcja Medycyny nie może objaśnić, czy dzieją się tak krzyżące niegodziwości, jak odma-
wianie pomocy prawdziwie potrzebującym, a uwzględnianie zamożniejszych? i tylko na tem opiera swoje osądzenie, iż tak nie jest, że jeszcze władza odpowiednia nie wystąpiła z represyją podobnego nadużycia? Czy Redakcja Medycyny nie zdaje sobie sprawy, jaki zarzut i jaka insynuacja zawiera się w tem jej malutkim *entrefilet*ie? Jeżeli — na nieszczęście — już przywykliśmy do podobnego poruszania kwestyj w różnych pismach brukowych, to w piśmie ścisłym, naukowem, jest ono nowością, a zasługa wprowadzenia tej nowości należy się „Medycynie“. Wypowiedzenie przez D-ra R. w N-rze 40 „Medycyny“ jako pogłoski zarzutu (!), iż w przytułku faworyzują zamożniejsze chore z krzywdą prawdziwie biednych, zadziwiło nas swą lekkomyślnością i nietaktownością i jedynie dlatego nie zabieraliśmy wtedy głosu, że artykuł wzmiankowany otrzymał odpowiedź ze strony Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, w której to odpowiedzi sprostowano cyframi i dokumentami wiele niedokładności, znajdujących się w artykule, [który zresztą dotychczas nie został ukończony, gdyż w N-rze 40-ym i pod tytułem jest napis: (Ciąg dalszy) i kończy się wyrazami: „Na tem kończyny część pierwszą naszej pracy. (C. d. n.)“]. Nikomu nie jest tajemem, do czego służy rubryczka „Odpowiedzi od Redakcyi“, — często porusza się tam ubocznie różne kwestyje, by wypowiedzieć pod adresem pojedynczej osoby rzecz, zasługującą na uwagę ogólną; nikt też nie zaprzeczy, że ubieranie pogłosek w formę zarzutu zbyt jest ryzykownem i zadaleko zaprowadzić może, szczególnie u nas, przy tak wybitnem usposobieniu znacznej części publiczności do plotkarstwa i do szybkiego przekształcania pogłosek w fakty spełnione. Słowo z ust wybiega wróblem, a powraca wołem; trzeba być z niem ostrożnym i nie mieć pojęć czytającej publiczności podejrzeniami i pogłoskami. Raz więc jeszcze powtarzamy, że ową „odpowiedź od Redakcyi Medycyny“ uważamy za objaw bardzo ujemny dla piśmiennictwa lekarskiego, a szarpanie reputacyi Przytułków — ze względu na ich cel filantropijny i na sposób w jaki spełniają one swoje zdanie — za czyn prawdziwie nieobywatelski.

— Dochodzą nas pogłoski, jakoby w tutejszym szpitalu Dzieciątka Jezus, zamierzano otworzyć 4-y oddział chirurgiczny. Sądźmy jednak, iż pogłoska ta nie powinna wyjść ze sfery marzeń, a to głównie dla tej przyczyny, iż oddział taki jest w tym szpitalu najzupełniej zbytecznym. Najdowodniej przekonać o tem mogą cyfry. Pomijając oddziały dla obłąkanych, położnic i podrzutków, które mają swój oddzielny etat, szpital ten ma łózek etatowych dla chorych z chorobami wewnętrznymi, chirurgicznymi i zakaźnymi ostremi 500. Z tej liczby dla chorych chirurgicznych przeznaczono łózek 174 [dla kobiet 80 i mężczyzn 94] t. j. więcej aniżeli trzecią część wszystkich łózek. A czy liczba ta jest wystarczającą? Odpowiedzieć na to możemy, że aż nadto! Podczas jesieni ubiegłego 1885 r. naprzykład, t. j. w porze kiedy najwięcej bywa chorych i szpitale są przepełnione, we wszystkich oddziałach chirurgicznych szpitala Dzieciątka Jezus bywało dziennie niezajętych łózek do dwudziestu kilku i więcej. Oddziały zaś chorych wewnętrznych nie tylko w tymże czasie były pełne, ale często brakło w nich miejsca. Prędzej więc nawet możnaby pomyśleć o zmniejszeniu łózek dla chorych chirurgicznych. Potrzeby nowego oddziału chirurgicznego tamże nie może usprawiedliwić i kwestyja osobowa, pomijając bowiem klinikę, jako prowadzoną przez profesora uniwersytetu, inne 2 oddziały obsługiwane są przez chirurgów, którzy wyrobili sobie należytą opinię w kompetentnych w tym względzie sferach. To cośmy powiedzieli, nie dowodzi by ilość oddziałów chirurgicznych w szpitalach Warszawskich była dostateczną. Radziłobyśmy je widzieć w każdym z tutejszych szpitali — a jako najpotrzebniejszych wskazyemy szpitale: Pragski, Wolski i Ś-go Łazarza, jako pozbawione oddziałów chirurgicznych, a jednak szpitale te położone w okolicach fabrycznych bardzo ich potrzebują. Co do szpitala Dzieciątka Jezus, to powinny w nim być utworzone inne oddziały specjalne, że wspomnimy tylko o gynecologicznym i nerwowym, brak których najdotkliwiej czuć się daje. O utworzeniu oddziału nerwowego przebiegały już przed rokiem pisma nasze, lecz sprawa ta zdaje się dotychczas nie wiele się naprzód posunęła, a jednak nikt nie zaprzeczy jego potrzeby, zwłaszcza, iż nie ma go w żadnym z tutejszych szpitali chrześcijańskich. Jeżeli zarząd szpitali wystarał się świeżo o podniesienie opłaty dziennej chorych w szpitalach, to niech w zamian da im możność odpowiedniego leczenia się. Mamy tu na myśli przede wszystkim szpital Dzieciątka Jezus, jako największy

w mieście, a więc najodpowiedniejszy dla oddziałów specjalnych. Koszt kilkuset rubli urządzenia takowych nie powinien być brany na uwagę, gdyż prócz należytego zużytkowania takowych, przyczyni się on do podniesienia poziomu naukowego szpitala. W świeżo wysłanym sprawozdaniu z czynności tego szpitala za rok 1883 pióra D-ra KRAJEWSKIEGO, figurują [nie z winy autora] jeszcze nazwy chorób: *vertigo, paralysis, hemiplegia* etc., co wobec stanu neurologii w r. 1886 jest prawdziwym *horrendum* naukowem.

— Powszechnie szanowany tu kolega D-r WYSZYŃSKI wyjechał na mieszkanie do Permu, gdzie pełni będzie obowiązki naczelnego lekarza budującej się drogi żelaznej Uralskiej.

Petersburg. Odbywa się tu zjazd lekarzy rosyjskich.

Kijów. Dnia 31 Grudnia zmarł tu nagle profesor uniwersytetu Ś-go Włodzimierza D-r med JULJUSZ MAZONN w 69 r. życia. Należał on do nielicznej już plejady profesorów świetnej epoki tego uniwersytetu z przed 20 laty, której przodował przyjaciel zmarłego, a ulubieniec młodzieży ś. p. prof. HÜBENETT. D-r M. wykładał anatomiję patologiczną i staraniem jego został zbudowany dla sekcji odpowiedni gmach w obrębie szpitala wojskowego, gdzie studenci 5-go kursu słuchali wykładów profesora. Drukował on kilka naukowych rozpraw, najważniejszą pracę wydał „o chorobie BRIGHT'a“. Przez kilka lat piastował godność prezesa Towarzystw lekarskich kijowskich, a po wysłużeniu w uniwersytecie emerytury, przyjął ofiarowaną mu przez miasto posadę dyrektora pięknie urządzonego przed kilku laty szpitala Aleksandryjskiego.

New-York. Otwartym tu został „*American Pasteur-Institut*“, mający za zadanie badanie chorób, które są pokonywane za pomocą szczepienia.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 2. NEUGEBAUER. Przypadek pomyślnego wyleczenia wycisowania przewlekłego macicy.

Przegląd lekarski Nr. 2 — MIKULICZ. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej. — ADAMKIEWICZ. O krążeniu krwi w komórce zwojowej — KLIKOWICZ. Przyczynę do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony. — MARCISIEWICZ. Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznej za r. 1883 i 1884. — BLUMKINSTOK. Kazyistyka sądowo-lekarska.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

„Pamiętnik fizyograficzny“ Tom V. Warszawa. 1885.

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

Koledze R. Jas... w Warszawie. Wyrażenie „zapory“ w ogłoszeniach zakładu D-rów FRITSCHEGO i DOBRZYCKIEGO zdaje się iż po polsku ma znaczyć „zatwardzenia“, lub „zaparcia stolca“.

Kol. L. w Mirgorodzie. Z atlasów anatomicznych: 1) J. HENLE Anatomischer Hand-Atlas. — 6 zeszytów. Brunzshwik. Vieweg. Cena marek 18'80. 2) C. HEITZMANN Die descript. u. topogr. Anatomie d. Menschen. Wiedeń. BRAUMÜLLER. 2 wydanie. Cena marek 32. — 3) CARL HENNING. Systemat-topograph.. Anatomie d. Menschen. Wyjdzie w 6 zeszytach [dotychczas 1. Osteologija]. Wiedeń. 1886. Cena całości około 16 marek.

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów na prowincyi prospekty: na WSZECHŚWIAT w r. 1886 i na PAMIĘTNIK FIZYJOGRAFICZNY.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Ценсурою. Варшава 2 Январа 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr 29.