

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni Traubego. Podał Dr. Wł. Biegański. Przyczynek do leczenia morfinizmu. Podał Dr. Kaczorowski, (Dokończenie). — **Streszczenia i wyłagi.** 48. Przyczynek doświadczalny do etiologii wrzodu żołądka. — **Odcinek.** Wyniki badań nad głodomorem Cetti. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Ze szpitala N. M. P. w Częstochowie.

III.

O opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni Traubego.

Podał Dr. Władysław Biegański.

Z lewej strony w dolnej części przedniej powierzchni klatki piersiowej przy opukiwaniu spotykamy niewielką przestrzeń z odgłosem bębenkowym. Na przestrzeń tę mało zwracano uwagi, nadmieniano zwykle, że odpowiada ona przylegającej w tem miejscu do klatki piersiowej przedniej powierzchni żołądka (SKODA, PIORRY). Dopiero TRAUBE opisał dokładniej stosunki tej przestrzeni i zwrócił uwagę na ważne, rozpoznawcze jej znaczenie w pewnych chorobach płuc. Od tego czasu poczęto więcej zajmować się tym przedmiotem, rozmaici jednak autorowie całkiem różne zdania wygłaszali tak co do stosunków, jako też co do rozpoznawczego znaczenia tej przestrzeni. Kiedy jedni (FRAENTZEL) skarżyli się, że „rozpoznawcze znaczenie półksiężycowej przestrzeni (tak bowiem ze względu na kształt nazwał ją TRAUBE), nie bywa w podręcznikach należycie ocenianem”, drudzy (WEIL i większość klinicystów) odmawiają jej wszelkiego znaczenia, a nawet formę i stosunki zupełnie inaczej opisują. Ta różnica zdań skłoniła mnie, do przedsięwzięcia całego szeregu badań na chorych w szpitalu, i rezultatem śpieszę się podzielić z czytelnikami, tembardziej że o ile sobie przypominam, na przedmiot ten w naszych klinikach (warszawskich) wcale nie zwracano uwagi.

Przedewszystkiem musimy opisać topograficzne położenie tej części żołądka, przy opukiwaniu której otrzymujemy powyżej wspomnianą przestrzeń. Żołądek, jak wiadomo, w przeważnej swej części ($\frac{3}{6}$) leży na lewej stronie od linii pośrodkowej ciała, przyczem podstawa żołądka (*fundus*) leży najwyżej, bezpośrednio dotykając kopułowego wzniesienia przepony. Podług atlasu LUSCHKI najwyższy punkt dna żołądka odpowiada wysokości 9 grzbietowego kręgu. Wejście (*cardia*) leży nieco na wewnątrz, na 3—5 ctm. niżej najwyższego punktu. Wielka krzywizna, zwrócona na lewo i nieco ku przodowi, przebiega z początku w kierunku z góry na dół, później kieruje się do wewnątrz i na różnej wy-

sokości przecina linią środkową pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Mała krzywizna, skierowana nieco ku tyłowi od wejścia, zdąża równolegle do kręgosłupa, potem krzyżuje się z tym ostatnim na wysokości 1-go kręgu lędźwiowego i przechodzi na prawą stronę od linii środkowej. Pomijając dalej opis stosunków oddźwiernika, przychodzimy do właściwie nas zajmującej przedniej powierzchni. Przednia powierzchnia żołądka u góry w najwyższej swej części jest pokryta płucami, na prawo częściowo lewym płatem wątroby, na lewo powierzchnia ta graniczy, nie będąc pokrytą, ze śledzioną, a na lewo i ku dołowi z poprzecznicą. Właściwie więc bezpośrednio przylegającą do ścian klatki piersiowej jest część przedniej powierzchni, zawarta w kącie, wytworzonym przez wątrobę, dolny brzeg lewego płuca, śledzionę i pewną część poprzecznicę. Stosunki z lewym płatem wątroby i dolnym brzegiem lewego płuca w prawidłowych granicach nie ulegają zmianom. Co się zaś tyczy stosunków przedniej powierzchni żołądka do śledziony, to te bywają zmienne. Jeżeli na trupie otworzymy ścianki brzuszne i podniesiemy podżebrze, to rzadko zobaczymy bezpośrednio przyleganie do śledziony opisanej poprzednio niepokrytej części przedniej powierzchni żołądka, lecz między śledzioną a żołądkiem aż do samego dolnego brzegu płuca widzimy poprzecznicę. Tylko w razie powiększenia objętości żołądka wskutek wzdęcia gazami lub obfitej zawartości płynnej, poprzecznicą w górnej części znika po za śledzioną, powierzchnia zaś żołądka bezpośrednio wtedy przylega do tej ostatniej. To samo znajdujemy, jeżeli śledziona jest obrzmiała i przedni jej brzeg posuwa się ku wewnątrz. Z przodu przednia powierzchnia żołądka, *respectively* górna jej część, odpowiada chrząstkom i końcom żeber od 6—9. Tyle co do topograficznych stosunków.

Opukując na klatce piersiowej przestrzeń, stosunki której dopiero co opisaliśmy, otrzymujemy albo odgłos jasny bębenny, albo stłumiony, albo nawet prawie zupełnie tępy. Różny ten odgłos zależy od wypełnienia i zawartości podlegającego żołądka. Jeżeli żołądek jest zupełnie pusty, odgłos opukowy bywa prawie tępy. Żeby się o tem przekonać nie dość jest opukiwać czczy żołądek, gdyż w takim żołądku zawsze znajduje się trochę gazów, które dają nieznaczny poddźwięk bębenny. Lepiej jest poprzednio wypłókać żołądek za pomocą pompki żołądkowej, i wypróżniwszy zupełnie zawartość, przekonać się o odgłosie opukowym. Ja w takich razach otrzymywałem zawsze odgłos tępy, niczem nie różniący się od odgłosu opukowego wątroby. Jeżeli zawartość żołądka stanowią ciała mniej więcej płynne, to przy opukiwaniu powinniśmy także otrzymywać odgłos tępy, pod tym jednak warunkiem, żeby oprócz płynów nie było wcale w żołądku gazów. Zdarza się to rzadko, gdyż przy przełykaniu pokarmów i cieczy równocześnie połkniętą zostaje pewna ilość powietrza, w żołądku więc oprócz płynów zawsze znajdujemy gazy. Zupełne więc wypełnienie żołądka samym płynem da się uskutecznić tylko doświadczalnie, przez wprowadzenie za pomocą pompki żołądkowej znacznej ilości cieczy. W większości jednak przypadków mamy w żołądku oprócz zawartości mniej więcej stałej i gazy, odgłos opukowy bywa wtedy bębenny, mniej lub więcej jasny, co zależy od mniejszej lub większej ilości gazów w żołądku. Na ja-

sność odgłosu bębnekowego przy zawartości żołądka mieszanej (płyny i gazy), wpływa jeszcze i położenie badanego osobnika przy opukiwaniu. Niejednokrotnie przekonałem się, że odgłos stłumiony bębnekowy, otrzymywany w położeniu leżącym na wznak, stawał się jaśniejszym, jeżeli badałem tegoż osobnika w położeniu stojącym. Tłumaczy to się tem, że przy staniu płyn opada na dół w okolicę odźwiernika i dolnego brzegu żołądka, gazy zaś zajmują dno; ponieważ my właściwie przy badaniu opukujemy tylko dno żołądka, mamy więc słup drgający powietrza znaczniejszy, aniżeli wtedy, gdy płyn spoczywa na tylnej powierzchni, a gazy cienką warstwą pod przednią powierzchnią na całej prawie przestrzeni żołądka. W miarę tego jak ilość gazów i co za tem idzie, prężność ich zwiększa się, otrzymujemy ton bębnekowy coraz to jaśniejszy. Najlepiej o tem przekonać się, wywołując u badanego osobnika sztuczne wzdęcie żołądka sposobem Frerichsa. Zadają się pewna ilość sody i kwasu np. winnego, oddzielnie rozpuszczone w wodzie, wkrótce jedno po drugim; wywiązując się przy tem w żołądku obfita ilość kwasu węglowego, który i powoduje wzdęcie. Odgłos opukowy w powyżej wskazanej przestrzeni na klatce piersiowej w takim przypadku bywa jasny, tem jaśniejszy, im większą ilość sody i kwasu użyliśmy. Nakoniec przy bardzo znacznem wzdęciu, kiedy prężność gazu doszła do wysokiego stopnia, odgłos bębnekowy przechodzi w niebębnekowy, płucny. Doswiadczalnie trudno wykazać tego rodzaju zmianę odgłosu, gdyż badany osobnik wskutek wzdęcia żołądka dostaje nudności i wymiot, i nadmierna część gazów szybko wypróżnia się. Klinicznie jednak w dwóch przypadkach zamknięcia światła kiszek widziałem mocne wzdęcia, gdzie cała okolica żołądka oraz cały brzuch dawał przy opukiwaniu niebębnekowy odgłos.

Muszę jeszcze nadmienić parę słów o sposobach opukiwania i położeniu chorego przy badaniu. Przy opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni, jak wogóle przy opukiwaniu żołądka, należy trzymać się zasady, żeby jak najlżej opukiwać. Na granicach bowiem półksiężycowej przestrzeni lewy płat wątroby, sledziona i dolny odcinek płuca przedstawiają warstwy cienkie, przy mocniejszym więc opukiwaniu łatwo wprowadzamy w drganie powietrze, znajdujące się w podlegającym żołądku, otrzymujemy poddźwięk bębnekowy i nie możemy określić właściwych granic. Co się tyczy przyrządów, jakie najlepiej wybierać przy opukiwaniu, to właściwie wszystko jedno czy używać będziemy młoteczka, czy palca i plessimetra, czy też nakoniec samych palców, byle tylko pamiętać o powyżej zaleconem słabem opukiwaniu. Ja sam w swoich badaniach opukiwałem zawsze palcem po plessimetrze. Znany jest jeszcze sposób opukiwania granic żołądka, podany przez Leichtensterna a polegający na równoczesnem zastosowaniu opukiwania i wysłuchiwania. Przykładamy stetoskop do ciała a obok opukujemy po plessimetrze jakimkolwiek przedmiotem metalicznym. Otrzymujemy wtedy na miejscu żołądka dźwięk bardzo wyraźny metaliczny. Powtarzane przezemnie próby tego sposobu badania, nie dały zadawalających rezultatów. Żeby bowiem wywołać dźwięk metaliczny potrzeba obecności dość znacznej ilości gazów w żołądku. Nieraz nie byłem w stanie sposobem tym wywołać dźwięku metalicznego, kiedy już przy zwykłym opukiwaniu odnajdowałem poddźwięk bębnekowy, i byłem w stanie tem samem określić granice.

Zresztą nawet w przypadku, gdzie opukując sposobem Leichtensterna, słyszymy dźwięk metaliczny, nie może on służyć dla określenia granic, gdyż ginie na granicach bardzo niewyraźnie. Do takich samych wniosków co do powyższego sposobu doszedł także Weil. Próbowaliśmy także tak zwanej fonometrii Baasa, polegającej, jak wiadomo, na własnościach rezonansu. Różnice jednak siły dźwięku kamertonu na klatce piersiowej i na żołądku są tak niewielkie, że żadną miarą służyć nie mogą dla ścisłego określenia granic. Co się tyczy położenia badanego osobnika, to najlepiej jest badać w położeniu leżącym na wznak, sprawdzając później otrzymane rezultaty opukiwaniem w położeniu stojącym.

Przystępuję obecnie do opisanie formy i rozmiarów rzeczzonej przestrzeni. W podręcznikach (GUTMANN, WEIL, EICHHORST) nie znalazłem nigdzie opisanie ani sposobu opukiwania, ani punktów wytycznych dla określenia formy. Sam więc drogą licznych badań i odpowiednich rysunków doszedłem do pewnych danych, które mogę śmiało polecić dla oryentowania się w tej kwestyi. Zaczynać opukiwanie półksiężycowej przestrzeni najlepiej od wyrostka mieczykowatego; postępując lewym brzegiem żebrowym i ciągle lekko opukując, spotykamy wkrótce punkt, gdzie tępy odgłos wątroby przechodzi w bębnekowy. Punkt ten odpowiada połączeniu chrząstek 7-go do 8-go żebra. Jestto punkt *a* na naszym rysunku *) (fig. 2). Posuwamy się dalej brzegiem żebrowym, ciągle lekko opukując, napotykamy miejsce, gdzie odgłos bębnekowy przechodzi albo w tępy, albo w bębnekowy innej wysokości. Miejsce to odpowiada zwykle połączeniu chrząstek 9 i 10 żebra, na naszym rysunku oznaczone jako punkt *b*. Dla określenia dalszych wytycznych punktów wybrałem linie powszechnie znane w nauce o opukiwaniu, mianowicie: linią sutkową lewą i linią pachową przednią ¹⁾. Na linii sutkowej opukujemy jak zwykle z góry na dół, podobnie jak po prawej stronie dla określenia górnej granicy wątroby, i wyszukujemy miejsca, gdzie odgłos opukowy płucny przechodzi w bębnekowy. Miejsce to odpowiada zwykle górnemu brzegowi 7-go żebra, oznaczyłem go jako punkt *c*. Określenie tych 3-ch punktów jest niedostatecznem, jak się przekonałem, potrzeba jeszcze odnaleźć punkt 4-ty. Odnajdziemy go, jeżeli będziemy opukiwali poczynając od linii pachowej, wzdłuż 8 i 9-go żebra ku wewnątrz, aż natrafimy na miejsce, gdzie tępy ton opukowy śledziony przechodzi w bębnekowy. Znajduje się to miejsce na 8, lub też pomiędzy 8-em i 9-em żebrą na linii pachowej przedniej, w wypadku jeżeli śledziona jest całkiem prawidłowa ²⁾.

*) Drzeworyt podany będzie w przyszłym Numerze.

¹⁾ Należałoby właściwie zamiast określać granicę na linii sutkowej, szukać punktu nieco dalej na wewnątrz, któryby odpowiadał wierzchołkowi kąta, znanego w podręcznikach pod nazwą płucno-wątrobowego. Ze względów jednak praktycznych lepiej jest opukiwać i określać granicę na linii sutkowej, gdyż zmiany półksiężycowej przestrzeni, zależne od opuszczenia przepony właśnie na tej linii najwyraźniej występują. Zresztą otrzymana forma, przez posunięcie punktu *c* na zewnątrz nie wiele się zmienia. Kąt płucno-wątrobowy bywa zwykle mocno rozwarty, tak że zastąpić go można w kreśleniu wierzchołkiem linii łukowatej, przeprowadzonej od punktu *a* do punktu *c*, i otrzymamy prawie jaknajściślejszą granicę.

²⁾ Już po napisaniu powyższego, czytałem pracę kol. Pacanowskiego w Gazecie Lekarskiej. Nr. 44 z r. z. „Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka” i zauważyłem, że określenie granic górnej, prawej i lewej u kol. P. wypadło inaczej, aniżeli u mnie; mianowicie górna granica wypadła znacznie wyżej. Kol. P. twierdzi, że na linii sutkowej granica

Miejsce to odpowiada wierzchołkowi kąta, znanego w atlasach opukiwania pod nazwą kąta płucno-śledzionowego. W kącie tym, jak wiemy z poprzednio opisanych stosunków, leży oprócz żołądka jeszcze część poprzecznicy. Zwykle jednak jest to nieznaczna część, niezmieniająca odgłosu opukowego i często chowająca się pod śledzioną przy większym napełnieniu żołądka. Miejsce to określiłem jako punkt *d*.

Jeżeli połączymy prostymi liniami cztery te wytyczne punkta, będziemy mieli dość dokładne określenie granic przestrzeni, o której mowa. Forma, jaką otrzymamy z połączenia owych punktów, rzeczywiście zbliża się dosyć do formy półksiężyca, właściwie łuku, wypukłą stroną zwróconego w górę i na zewnątrz, wgiętą na dół i na wewnątrz. Cięciwą dla tego łuku jest lewy brzeg żebrowy. Otóż formę tę tak opisał Traube, i ze względu na podobieństwo nazwał całą przestrzeń półksiężycową. Autorowie, którzy po Traubem opisywali tę przestrzeń, nie zgadzają się na kształt, opisany przez niego. Jedni znajdowali dla tej przestrzeni formę nieprawidłowo czworokątną, drudzy (Weil) półksiężycową, lecz wklęsłością obróconą ku górze. Rzeczywiście nie zawsze spotykamy formę, opisaną przez Traubego, z 200 rysunków, przezemnie zebranych, tylko coś 90 miało formę mniej więcej podobną do łuku lub półksiężyca, reszta zaś była albo nieprawidłowo-czworokątna, albo nawet nieprawidłowo-trójkątna. Od czego zależną jest ta różnaitość formy? Przypatrzmy się rysunkowi (fig. 2). Linie mniej więcej łukowatą otrzymamy wtenczas, kiedy punkt *a* i punkt *c* leżą na jednej poziomej płaszczyźnie, i jeżeli punkt *b* jak najwięcej się zbliża do linii pachowej przedniej. Otrzymamy to wtedy, jeżeli klatka piersiowa będzie krótka i szeroka, przestwory międzyżebrowe względnie małe i kąt nadbrzuszy więcej rozwarty. Przeciwnie przy długiej i wąskiej klatce piersiowej, przy dużych przestworach międzyżebrowych, i co za tem idzie, ostrym kącie nadbrzusznym, punkta powyższe leżą rozrzucone, i połączenie ich da nam figurę czworokątną z kątami różnego stopnia. Jak widzimy więc dwie najczęściej spotykane formy tej przestrzeni zależą od budowy klatki piersiowej, i tem się tłumaczy kontrowersja pomiędzy autorami. Co się zaś tyczy trzeciej, wspomnianej przezemnie formy: nieprawidłowo-trójkątnej, to ta występuje najczęściej wtedy, kiedy jest wzdęcie żołądka. Poprzecznica leżąca w kącie płucno-śledzionowym, między żołądkiem a śledzioną chowa się, śledziona także przez wzdęty żołądek zostaje odparta ku tyłowi, i tym sposobem punkt *d* leży nawet po za linią

żołądka wypada w V międzyżebżu aż do VI żebra, niekiedy w VI lub na wysokości VII żebra; na linii pachowej na dolnym brzegu VII żebra. Moje zaś badania dowodzą że na linii sutkowej znajdujemy granicę o całe żebro niżej, to samo w linii pachowej przedniej. Kol. P. dalej przytacza wymiary Wagnera, jako zgodne ze swoimi. Nie znam pracy Wagnera lecz sądząc z tytułu (*Percussion des Magens nach Auftreibung mit Kohlensäure*) należy przypuszczać, że wymiary podane tyczą się żołądka wzdętego sztucznie przez kwas węglowy, a zatem są to wymiary nieprawidłowe. Sądzę że i kol. P. dokonywał swych badań przy wzdęciu żołądka, już to chorobliwie—już to sztucznie, i dlatego otrzymywał wymiary inne. Ja zaś badałem zwykle chorych, mających zupełnie zdrowy żołądek, zwykle w godzinach rannych, między godz. 10 — 12, najmniej więc w trzy godziny po jedzeniu (śniadanie w szpitalu podają o godz. 7 rano) i tem należy chyba objaśnić różnice przez nas otrzymane.

pachową przednią, tworzy on więc wierzchołek ostrego kąta, którego bokami są *acd*, i *bd* (patrz rysunek). Co zaś do zdania Weila o formie półksiężycowej z wklęsłością zwróconą ku górze, to przyznać muszę, że takiej formy jak Weil ją przedstawia w swym atlasie, nigdy nie opukiwałem. Zdarza się niekiedy, że linia *acd* jest nieco wklęsła, że punkt *d* leży wyżej od punktu *a* i *c*, lecz nigdy to skrzywienie nie osiąga wielkich rozmiarów, tak żeby można mówić o jakiejś wklęsłości ku górze zwróconej. To nieznaczne skrzywienie linii *acd*, właściwie *cd*, zależy od tego, że niekiedy dolny brzeg lewego płuca zamiast iść równo, podnosi się nieco w górę w stronie linii pachowej; nie jestto jednak prawidło a tylko wyjątek (Eichhorst).

Z powyższego, cośmy o formie półksiężycowej przestrzeni powiedzieli, spodziewać się należy że i rozmiary nie mogą być wielkością stałą. Traube szerokość tej przestrzeni określał na 3—3½ niemieckich cali. Eichhorst określa dwa wymiary: długość i wysokość, długość 12 ctm. a wysokość 8—10 ctm. jako przeciętne wielkości. Dwa wymiary dla ścisłego określenia obszaru tej przestrzeni są niewystarczające, dlatego przy mierzeniu brałem zwykle trzy wymiary: pierwszy długość od punktu *a* do *b*, drugi jako wysokość brałem od punktu *c* do środka linii *ab*, trzeci jako odległość najwięcej oddalonego punktu *d* do środka linii *ab*. Wielkości otrzymywałem różne: dla linii *ab* 7—13 ctm., dla linii *cz* (*z*=środek linii *ab*) 7—10 ctm., dla linii *dz* 9—13 ctm. (d. n.)

PRZYCZYNEK DO LECZENIA MORFINIZMU

Podał Dr. Kaczorowski.

Lekarz naczelny szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 28).

P. S. przeczuwając taki zamiar, jakkolwiek sam uznawał konieczność powierzenia się jakiemu zakładowi leczniczemu, byle nie przymusowemu, wymknął się z rąk rodziny i zgłosił się do mnie z prośbą o przyjęcie go na kurację do zakładu Sióstr miłosierdzia. W nawiasie już teraz nadmienić winienem, że w kilka dni po przyjęciu pana S. do zakładu, przybył do mnie z Wrocławia najbliższy i najstarszy wiekiem krewny jego, przedkładając mi przerzeczone świadectwo fizyka i rozmaite korespondencye chorego, z których najwyraźniejsze pomieszanie umysłu wynikało, z usilną prośbą, abym chorego, nie dotrzymującego w żadnym zakładzie placu, przymusowemi środkami w szpitalu aż do zupełnego wyleczenia przytrzymał.

Dnia 15 Kwietnia p. S. przyjęty do zakładu Sióstr Miłosierdzia przedstawił się jako człowiek średniej, prawidłowej budowy, znacznie wychudzony, skóry szaro-żółtawej, ustawicznie pocącej się, której przednie powierzchnie wszystkich kończyn, piersi, brzucha, na zgrubiałem ciemno-szarawem tle, niezliczone pokrywały drobne i większe aż do objętości 20 fenygówki, poniekąd podminowane owrzodzenia, jako ślady tysiącznych zastrzykiwań. Wyraz twarzy lękliwy, wzrok błędny, źrenice powiększone, równie ruchy niespokojne, ręce, język drżący, mowa jąkająca się, tętno drobne, przyspieszone, ciepłota prawidłowa, łaknienie dobre, pragnienie podwyższone, zaspakajane ustawicznie piwem bawarskiem,

skłonność do biegunki, moczu lekki ślad białka zdradzający, usposobienie podrażnione, myśli nie powiązane. Po odebraniu choremu strzykawki i buteleczek od morfiny i kokainy, w ostatniej jeszcze chwili przez niego pod skórę wypróznionych, wykąpano go w wodzie mydlanej i położono do łóżka w pokoju niezamkniętym, ale dobrze przez osobnego stróża strzeżonym. Do pielęgnowania dodano mu dwie siostry energicznego, a zarazem wesołego usposobienia, które w pierwszych dniach luzując się dniem i nocą nieodstępnie życzliwą otaczały go opieką. Pozostawiając go przy zwyczajnej przeważnie mięsnej dyecie i piwie bawarskiem ileby tego zażądał, przepisałem *Tr. Opii simpl.* 20,0 *Tr. Jodii* 2,0, czego mu dniem i nocą regularnie co 2 godziny po 20 kropel zadawać poleciłem. Jodu wyraźnie w tym celu dodałem, aby powstrzymać nieprawidłowe fermentacje w przewodzie pokarmowym, w następstwie zaburzeń innerwacji ogólnej zwykle występujące, więc w czasie abstynencji od morfiny, do utraty łaknienia, wmitów i biegunki łatwo przyczynić się mogące. Prócz ziewania i dreszczów zaraz na wstępie odzywających się, kipiących potów, lekkiego podniesienia ciepłoty, narzekania na wielki niepokój i trwogę, jakby idącego na stracenie, pierwszy dzień w obec mało zmienionego łaknienia, palącego pragnienia, które chory piwem aż do 7 butelek zaspakał, pierwszy dzień dosyć szczęśliwie przeminął.

Gorsza była noc, w czasie której chory nie zmrużywszy oka, natarczywie dopominał się o morfinę albo kokainę, jęczał i rozpaczał, ale doleżał w łóżku.

Nazajutrz błagał koniecznie bym mu nie odejmował odrazu morfiny, bo tego nie przetrzyma; usiłował przekupić pilnującego go stróża, by mu choć kokainy dostarczył. Przekonywając go, że stan jego fizyczny jest jaknajpomyślniejszy, bo istotnie łaknienie było znakomite, ani śladu mdłości albo wymiotów, stolec nawet zaparty, jedno poty bardzo obfite, dodawałem mu odwagi do pokonania li tylko psychicznego niepokoju. Druga noc jeszcze niespokojniejsza, chory rzucił się w łóżku jak opętany, w niebogłose zaklinał siostrę o morfinę, wyskoczył z łóżka, biegnąc po kurytarzach, ale nie tracąc ani na chwilę przytomności, ani też żadnych zboczeń umysłowych nie zdradzając, dał się łagodnymi uwagami siostry na nowo do łóżka zwabić. Trzeci dzień spokojniejszy, ale gdy pod wieczór obawa bezsennej nocy do najokropniejszej z łkaniem i szlochaniem doprowadziła go rozpacz, pozwoliłem mu zastrzyknąć, ale zamiast oczekiwanej morfiny, strzykawkę czystej wody. Utyskując wprowadzić na zbyt słaby roczyn, uspokoił się wszakże wkrótce i większą część nocy przespał. Czwartego dnia pacjent już sam zadowolony ze stanu swojego, prosi tylko, żeby mu znowu na noc pozwolić na podobne zastrzyknięcie. Łaknienie nadzwyczaj ożywione, pragnienie ustało, piwa nie wypija więcej nad 4 butelki, zaniepokojony tylko brakiem stolca. Chory przespał następną noc całą, piątego dnia miał pierwsze zdrowe i obfite wypróżnienie jelita, i prosił o pozwolenie wstania z łóżka, na co przez wzgląd na całkiem prawidłowy stan jego tak fizyczny jak moralny chętnie zezwoliłem. Od 6-go dnia zaczęto codziennie odejmować po jednej z przepisanych kropel, a siódmego dnia wyznałem mu, że tylko dla podziałania na wyobraźnię jego zastrzykiwano mu wodę, że więc spodziewam się, iż obecnie czując się tak dobrze, że się już sam za wyleczonego uważa, nie będzie się upierał o dalsze odgrywanie takiej komedii. Z niedowierzającym uśmiechem przyjąwszy to oświadczenie, przespał jednak noc całą bez zastrzyknięcia.

Odtąd p. S. przechadzając się po całym zakładzie, którego urządzenia jako też służba około chorych żywo umysł jego zajmowały i później zażywając w ogrodzie świeżego powietrza, z każdym dniem skrzepiał się coraz widoczniej, nabierając zdrowej cery i przysparzając sobie powoli podściółki tłuszczowej.

Krople, których dawniej łaknął jako równoważnika morfiny, już teraz nawet z niechęcią przyjmował, a 12-go dnia pobytu w zakładzie, raz jeden tylko je zażył bez sprowadzenia jakiegokolwiek w pomysłnym swoim stanie zmiany.

Po tak niespodzianym wyniku (stał bowiem jeszcze przy 14 kroplach), li tylko dla zatrzymania go jeszcze dłużej w zakładzie, w którym się nudzić zaczynał, nakłoniłem go do przyjmowania w ułożonym z góry porządku przepisanych kropeł choć tylko trzy razy na dobę. Owrzodzenie skóry pod wpływem codziennych kąpeli mydlanych szybko się zagajały. Po skończonych 4 tygodniach opuścił zakład w najlepszym usposobieniu, dobrym stanie odżywienia i przepełniony rzewną wdzięcznością za wyswobodzenie go z tak okropnej choroby.

Przed kilku dniami odebrałem od niego list z ponownem dziękczynieniem i uroczystem zapewnieniem, że się dotąd trzyma wytrwale i pokusie powrotu nie ulegnie. ¹⁾

Przebieg odzwyczajania od morfiny, przez lat kilkanaście w bardzo znacznych dawkach, nareszcie przez blisko dwa lata na przemian z kokainą pod skórę zastrzykiwanej, odbył się więc w tym przypadku bez owego licznego szeregu opisanych zaburzeń abstynencyjnych w obrębie czynności cielesnych, a psychiczne nawet zjawiska ograniczały się do jednego rozpaczliwego niepokoju, który po pierwszym śnie także wkrótce się uśmierzył.

Ztąd wypadaloby wnosić, że większa część zjawisk abstynencyjnych, a mianowicie złowrogi zapad, raczej wypływa z ogólnego wycieńczenia ustroju, spowodowanego zbyt obfitymi wydzielinami wszystkich nieledwie narządów, szczególnie pokarmowych, a nadto brakiem pożywienia i snu, aniżeli z samego uchylenia morfiny. Trzymając w szachu owe odżywcze zaburzenia za pomocą odpowiednich środków, otrzymujemy wcale odmienny, nie tak straszny obraz burzy abstynencyjnej jak ją dotychczas malowano.

Zadanie takie zdaje się spełniać, jako podnieta nerwowa, zastępująca morfinę—nastój makowcowy, trochę odmiennie od czystego makowca działający—nie małą zaś wagę w przeciwdziałaniu zaburzeniom trawienia przypisałbym także jodowi, zważywszy, że dawniejsi pacyenci moi, samym nastrojem makowcowym bez jodu leczeni, nie byli zupełnie wolni od womitów, biegunki i utraty łaknienia. Zapobiegając zbytniemu bujaniu drobnoustrojów na błonie śluzowej dróg pokarmowych, jakie pod osłoną upośledzonej innerwacji, skutkiem nagle odjętej od dawna nawykłej podniety, poczynawszy od jamy ustnej a skończywszy na jelitach rozwiemożniać się zwykło, jod jako najmniej nieprzyjazny ustrojowi środek przeciwpasożytniczy, podtrzymując łaknienie i prawidłowe trawienie ochrania morfinistę od upadku na siłach odżywczych, których mu do przetrzymania zaburzeń wyższych ośrodków nerwowych nieodzownie potrzeba.

¹⁾ Zaledwie w 4 tygodnie po wyjściu z zakładu popadł niestety napowrót w swój nałóg.
(Przypisek późniejszy autora.)

Jeżeli więc postępując taką drogą z wątku zwykłych zjawisk abstynencyjnych najjaskrawsze zatrzeć zdołamy, żadnej nie widzę racyi, dla czego by morfinistów, jak się dotąd dzieje, w zakładach zamkniętych umieszczać należało.

Nie jest to dla nich miejsce, ani koniecznie potrzebne, ani nawet szczęśliwie obrane.

Ścisły nadzór nad nimi jest niezbędnie potrzebny już dla utrudnienia im możliwości zdobycia morfiny; nadzór ten wszakże winien być raczej moralnej, a nie przymusowej natury.

Nie dosyć bowiem przewagą fizyczną do czasu odzwyczaić ich od morfiny—ważniejszym prawie zadanie: ochronić ich od późniejszych powrotów którym tak łatwo ulegają.

LEWINSTEIN na 110 przypadków leczonych w swoim zakładzie 71 powrotów zakonstatował, z pomiędzy których na 32 lekarzy niestety 26 powrotów przypada.

Chcąc tak smutnemu zbiegowi okoliczności zapobiegać ile możliwości, trzeba tym biednym ofiarom nieprzewidzianej w następstwach swych namiętności, w czasie kuracji dawać sposobność do dźwignięcia się także na moralnych siłach.

Otoczając ich nieodstępłą życzliwą opieką i dodając im ciągłej otuchy, trzeba im pewien współudział w tej rozpaczliwej z dawnym nałogiem walce zostawić, by otrząślszy się z niego znaleźli w sobie dosyć hartu moralnego do oparcia się przyszłym pokusom.

Morfinista pod kluczem trzymany, zarówno jak zbrodniarz, po wydobyciu się z więzienia na wolność, nie obiecuje długotrwałej poprawy, jeżeli dla podniesienia moralnego poziomu jego nie tam nie uczyniono.

Odzwyczajanie od morfiny mogłoby być przyprowadzone nawet w rodzinie, byleby chorego otoczono opieką stosowną, do czego jednak najbliżsi krewni rzadko się kwalifikują, niezdolni się oprzeć natarczywym jego o morfinę błaganiom. Najodpowiedniejszym dlań miejscem zostanie zatem szpital, mianowicie z żeńską obsługą utrzymywany, która nigdzie sumienniej, a zarazem łagodniej nie bywa wykonywaną jak przez osoby należące do zgromadzeń religijnych.

Pozostaje mi wspomnieć słówkiem jeszcze o zadaniu zapobiegania morfinizmowi wogóle—zadaniu, któremu my lekarze, jak zechcemy szczerze, prawie całkowicie sprostać zdołamy. W tym celu powinna być przez nas przyjęta niezłomna zasada, nie oddawać nigdy, przenigdy strzykawki z morfiną do rąk ani chorego ani też codziennego otoczenia jego. Nie zostanie morfinistą, kto nie ma strzykawki z morfiną na każde zawołanie.

Zastrzykiwania morfiny chorym prywatnym powinny być dokonywane przez samych tylko lekarzy.

W ostrych chorobach, nigdy zaś w przewłocznych, powierzone być mogą wyjątkowo zajmującym się z zawodu pielęgnowaniem chorych na pełne zaufanie zasługującym osobom. Przedewszystkiem my lekarze powinniśmy hasło: „nie z a s t r z y k i w a n i a s o b i e s a m y m m o r f i n y” głębokimi głoskami zapisać na sumieniu swoim w imię czci własnej i świętych względem rodziny i społeczeństwa obowiązków

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

48. DECKER. Przyczynnik doświadczalny do etiologii wrzodu żołądka. Od czasu, gdy przekonano się, iż wrzód peptyczny żołądka nie jest chorobą swoistą, lecz bywa następstwem różnorodnych spraw patologicznych, mających swoje siedlisko w ścianie żołądkowej kwestya powstawania tegoż mnóstwo wywołała przypuszczeń. Wiadomo tedy, że przedewszystkiem zmiany w zakresie naczyń, wykluczające mniej lub więcej znaczną przestrzeń żołądka ze sfery krwioobiegu, ułatwiać mogą niszczący wpływ soku żołądkowego i prowadzić tym sposobem do tworzenia się wrzodu. Dalej choroby krwi, jak np. blednica lub małokrwistość, usposabiają do powstawania wrzodu. VIRCHOW i ROKITSANSKY stwierdzili u chorych na blednicę wiotkość i wąskość naczyń, jak niemniej stłuszczenie ścian tychże, skutkiem czego ściany najdrobniejsze tętniczek i kapillarów łatwo ulegają rozzerwaniu i już pod wpływem nieznacznego bodźca umożliwiają rozwój nacieku krwawego.

Obok przyczyn wymienionych wrzód powstaje też w sposób przypadkowy pod wpływem urazu oraz używania zbyt gorących pokarmów. Ze uraz prowadzi może do wrzodu, dowiódł niedawno RITTER; po uderzeniu psa kijem w okolicę żołądka znalazł wrzód na dnie nacieku krwawego. Często też wrzód występuje u kucharek, a więc pozostaje zapewne w związku z zajęciem. Tutaj, skutkiem ustawicznego kosztowania gorącego pokarmu, wynika zapewne przekrwienie zapalne wraz z dalszemi tegoż następstwami.

Autor ostatnią tę kwestyę właśnie postanowił sprawdzić doświadczalnie. W tym celu dwóm psom po uspianiu ich uprzedniem, wprowadzał przez zgłębnik do żołądka pokarm papkowaty o ciepłocie 50°. U pierwszego wykonał doświadczenie 4 razy, u drugiego 8 razy; następnie zabił obadwa za pomocą głębszej narkotyzacji. Sztuczne wprowadzanie gorącego pokarmu psy znoszą zupełnie dobrze, bez żadnych przypadłości.

U psa pierwszego autor znalazł żołądek napęczniały całkowicie miazgą pokarmową. Błona śluzowa zachowywała się wogóle prawidłowo, tylko w pobliżu krzywizny mniejszej, obok odźwiernika, istniało przekrwienie, mające 1 cm. średnicę, które pod drobnowidzem okazało się wylewem krwawym pomiędzy błoną śluzową i mięśniową.

U drugiego psa błona śluzowa była umiarkowanie zaczerwienioną. Na tylnej ścianie żołądka widać było małą ciemnoczerwoną przestrzeń, po nad którą błona śluzowa była pomarszczoną. Drobnowidz wykazał wylew krwi pomiędzy błoną śluzową i mięśniową. Niezależnie od tej sprawy, w pobliżu odźwiernika istniały obok siebie dwa gładkie, czyste owrzodzenia, w których zniszczenie sięgało aż do błony surowiczej; kształt ich był lejkowatym, brzegi ostre i bardzo wyraźne.

W obudwu tedy doświadczeniach znalazł autor wszystkie trzy okresy rozwoju wrzodu: naciek, odklejenie błony śluzowej oraz gotowy wrzód.

Podług KÖLLIKER'A wrzód powstaje bądź przez zatkanie tętnicy doprowadzającej, bądź przez powstrzymanie odpływu żylnego lub włoskowatego. Autor jako przyczynę wrzodu przyjmuje zastój żylny, uwarunkowany już układem naczyń w żołądku prawidłowym. Częste a silne bodźce, wywołujące następstwo przekrwienie oraz gwałtowniejsze skurcze mięśniowe, tamują swobodny odpływ krwi z żołądka. Skoro zaś zastój do wyższego dochodzi stopnia, to zbyt znaczne ciśnienie w kapillarach sprawia rozdarcie rozszerzonych naczyń, a dalej ułatwia zgorzel oraz dalsze zniszczenie tkanki pod wpływem soku żołądkowego. Umiejscowienie wrzodów w obudwu doświadczeniach odpowiadało zwykłemu ich położeniu u ludzi. Przyczyny tego zjawiska autor wyjaśnić nie umie. W końcu autor przytacza jeszcze niektóre momenty, wywołujące wrzód żołądka, a mianowicie picie wody lodowej podczas ogólnego rozgrzania ciała oraz użycie zbyt gorących wód mineralnych.

Przypisek sprawozdawcy. Tę samą kwestyę podjąłem przed kilkoma miesiącami i dokonałem doświadczeń na królikach i psie. Szczegółowe opracowanie wyników badania drobnowidzowego pozostawiam na później; tu nadmienię tylko, iż przy pomocy cewnika miękkiego wstrzykiwałem zwierzętom do żołądka mleko o ciepłocie 50° C. przez czas kilku tygodni codziennie. We wszystkich doświadczeniach znalazłem oznaki zapalenia, poczynawszy od nieżytego aż do krupowego, natomiast ani razu nie widziałem wrzodu. U jednego tylko królika po trzytygodniowym wprowadzaniu gorącego mleka do żołądka stwierdziłem, oprócz nieżyty, wylewy kapilarne w błonie śluzowej, starsze i świeże, najwyraźniejsze w okolicy odźwiernika, gdzie też spostrzegłem ograniczone miejsce zgorzelinowe, 2 mm. szerokie i 1 ctm. długie, otoczone linią demarkacyjną.

(Berl. kl. Woch. 1887 — 21). Henryk Pacanowski.

ODCINEK.

Wyniki badań nad głodomorem Cetti.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Berlińskiego dnia 18 Maja r. b. przedstawionem zostało szczegółowe sprawozdanie z badań, dokonanych na Cetti'm. W badaniach tych przyjęły udział pierwszorzędne powagi naukowe Berlina. Rozdzielono materyał spostrzegawczy na kilka części, skutkiem czego każdy ze specjalistów był w stanie wszechstronnie dział swój opracować. Jakkolwiek post Cetti'ego trwał tylko dni dziesięć, to jednakże zdołano zebrać nader poważną liczbę faktów niezmiernie ciekawych tak pod względem fizyologicznym, jakoteż klinicznym.

Pozpoczął sprawozdanie prof. SENATOR, mówiąc

O zachowaniu się narządów i przeróbki materyi w ogólności.

Cetti jest mężczyzną 26-letnim, na pozór zupełnie zdrowym, szczupłym, usposobienia żywego, pochodzi z rodziny zdrowej. Drobiazgowie badanie przedmiotowe wykazało bardzo nieznaczne zgęszczenie lewego szczytu płucnego. Podczas całego trwania postu czuł się dobrze, za wyjątkiem 4-go do 7-go dnia, w których wystąpiły: ucisk w dołku, bóle brzucha, odbijanie oraz sen niespokojny; wszystkie te objawy znikły wszelako po wypróżnieniu 8-go dnia, jedynem w ciągu całego postu.

Obserwację rozpoczęto 11 Marca r. b. o 12-ej w południe, wkrótce po spożyciu przez C. obfitego objadu, złożonego głównie z mięsa. W czasie 10-dniowego głodu C. pił tylko wodę i palił papierosy.

Ciepłota dwa razy tylko przekroczyła 37° C., zresztą pozostawała w granicach 36,4—36,8°. Tętno 64—88 na minutę, równe; lecz najlepsze wzruszenie tętna. Sfygmograf MAREY'A wykazał ostatniego dnia (w porównaniu z pierwszym) obniżenie anakroty, zniknięcie wahań sprężystości w katakrocie; jednakże wzniesienie zwrotne (*Rückstosselevation*) było wyraźniejszym, tak iż tętno miało cechę dwubitności. Rysunek zatem dowodził zmniejszenia napięcia w tętnicach, a tem samem należało dwubitność przypisać ogólnemu wyczerpaniu (*inanitio*). Ilość oddychań na minutę wynosiła 14—20.

W początku pierwszego dnia postu C. ważył 57 kilo; poprzedniego dnia o 80 gram. więcej. W końcu 10-go dnia postu 50 kilo i 50 gram. A zatem stracił 6350 gram. Przez pierwszych pięć dni tracił po 880 gram. dziennie, w następnych dwóch dniach razem 250 gram.; w ostatnich trzech dniach 500—600 gram. dziennie.

C. wypił ogółem 12 litrów wody, z których połowę między 4-ym a 7-ym dniem, t. j. gdy się czuł najgorzej.

O b w ó d różnych części ciała zmniejszał się jak następuje: obwód szyi o $2\frac{1}{2}$ cm., klatki piersiowej podczas wdechu o 2—4 cm., w czasie wydechu o 1—4 cm., brzucha ponad pępkiem o 2 cm., ramion o $1\frac{1}{2}$ —2 cm., ud o 2— $2\frac{1}{2}$ cm., łydek o 1,3—1,5 cm. Dla ocenienia grubości pokładu tłuszczowego ujmowano pomiędzy ramiona cyrklą bez uciskania pewną stałą przestrzeń skóry; różnica pierwszego a 10-go dnia postu wynosiła: na piersiach 2,7—3 cm. brzucha 1,1—2,8 cm., ramionach 1,2 cm., udach 1,5—2,2 cm., łydkach 1,2 cm.

Dolna granica płuc była 10-go dnia postu obniżoną: płuco prawe dochodziło pierwszego dnia do 6-go żebra, natomiast 10-go dnia do górnego brzo-
gu 7-go żebra. Zależało to zapewne od opadania kiszki. Serce zachowywało się normalnie. Tępość w a t r o b y sięgała nieco wyżej niż normalnie, ś l e d z i o-
n y zaś bez zmiany. Co się tyczy k o ś c i, to wbrew mniemaniu, jakoby nie ulegały one przemianie materii, znaleziono w moczu i kale wzmożone wydzielanie wapna.

K r e w liczono przyrządem ZEISS-THOMA, hemoglobinę oznaczono hemo-
metrem FLEISCHELA. Pierwsze badanie, wykonane w 2 godziny po ostatnim
objedzie, dało 5,720,000 czerwonych krążków w 1 millim. sz. krwi, a ilość he-
moglobiny, wskazana przez skalę hemometru, wynosiła 115—118. Zupełnie zgo-
dny wynik otrzymano w dwa tygodnie po ukończeniu postu. Czwartego dnia
postu było 5,287,000 krążków; 9-go dnia 6,830,000, przy ilości ciałek bezbar-
wnych 4,200, czyli stosunek ostatnich do czerwonych = 1:1,619. Nazajutrz po
ukończeniu postu ilość czerwonych 6,560,000, białych 12,300, czyli stosunek
1:533. Dowodzi to, iż wraz z ponownem rozpoczęciem odżywiania ustroju na-
stępuje obfite nowotworzenie ciałek bezbarwnych. W ciągu dalszych 2 tygodni
stosunek wynosił 1:720, co odpowiada cyfrze normalnej u mężczyzny 20—30-
letniego. Ilość hemoglobiny 9-go dnia głodu była 85—90.

Ś l i n a wydzielala się skąpo i zawierała stale zaczyn dyastatyczny. Od-
działywanie p o t u było kwaśne.

I l o ś ć m o c z u była stale zmniejszoną, mimo że C e t t i pił dużo wody.
Zauważyć się dały 3 okresy: w ciągu pierwszych 4 dni wydzielił razem 4310
ctm. sz. moczu t. j. 1078 ctm. sz. dziennie, pijąc dziennie 1120 ctm. sz. wody;
5—7-go dnia było dziennie około 970 ctm. sz. moczu, a ilość wody wypitej
była daleko większą; w ciągu ostatnich trzech dni oddawał około 620 ctm. sz.
moczn dziennie przy 1033 ctm. sz. wypitej wody. Tym sposobem przez cały
czas postu C. wydzielił o 3 litry mniej moczu, niż wypił wody.

K w a ś n o ś ć m o c z u wzmagala się z każdym dniem. Pierwszego dnia
postu kwaśność wynosiła 66 ctm. sz. normalnego ługu sodowego (Dr. Fr. MÜL-
LER określał); 4-go dnia 99 ctm. sz. Fakt ten spostrzegano już dawno u zwie-
rząt głodzonych i przypisywano rozkładowi mięśni, przyczem powstają rozmaite
kwas. U C e t t i'ego jednak przeciwnie rozkład mięśni był coraz mniej-
szy, a mimo to kwaśność moczu wzrastała.

W ciągu ostatnich 4-ch dni postu dostrzegano w moczu nowe zupełnie
zjawiska. Już 7-go dnia C. skarżył się na palenie przy urynowaniu; świeżo
oddany mocz był odrazu mętnym i zawierał gruby osad. Osad ten składał się
z m o c z a n u a m m o n u, mającego pod drobnowidzem charakterystyczny
kształt agrestu. Po dodaniu ługu potasowego powstał wyraźny zapach ammon-
jaku. Tego rodzaju zachowywania się moczu nie spostrzegano u człowieka do-
tąd nigdy; przypomina ono najnowsze spostrzeżenia nad moczówką cukrową.

Wydzielanie a z o t u w m o c z u zmniejszało się zwolna, ale bezustannie:
w przeddzień postu było 14 grm. azotu, co odpowiada 30 grm. mocznika; na-
zajutrz i przez 3 dni następne było o 0,5 grm. azotu mniej. I tu zauważono
3 okresy: w pierwszych czterech dniach było przeciętnie 12,9 grm. azotu czyli,
obliczone na rozkład mięsa (podług VORR'A), 380 grm. mięsa dziennie. Przez

następne 3 dni po 10,56 grm. azotu t. j. 310 grm. mięsa; przez dalsze 3 dni po 10,56 grm. azotu t. j. 310 grm. mięsa; przez ostatnie 3 dni po 9,73 grm. azotu czyli po 286 grm. mięsa.

Ilość chloru w moczu zmniejszała się także powoli; 10-go dnia postu było 0,6 grm. chloru, czyli 1 grm. chlorku sodu, jakkolwiek Cetti wcale soli kuchennej nie przyjmował.

Z wydzielania azotu (z moczem) i węgla (przez płuca) obliczyć można całkowity rozkład białka i tłuszczu, a z ubytku na wadze i z ilości moczu — wydaloną ilość wody. Otóż 1-go dnia podległo w ustroju rozkładowi: 88 grm. białka, 160 grm. tłuszczu, oraz wydalonem zostało 1600—1650 ctm. sz. wody. Piątego dnia: 69,4 grm. białka, 141 grm. tłuszczu i 1900 ctm. sz. wody, 10-go dnia: 61,4 grm. białka, 125 grm. tłuszczu i 1500 ctm. sz. Woda zostawała wydalana drogą perspiracji i przez nerki. Na moczwypada: 1-go dnia 1000 ctm. sz., na perspirację 600—650 ctm. sz.; 5-go dnia na obie drogi jednaka mniej więcej ilość; 10-go dnia na moczwypada 600 ctm. sz., na perspirację 900 ctm. sz.

Porównyując przeróbkę materji podczas głodu i podczas prawidłowego odżywiania się, widzimy, iż pierwszego dnia postu przeróbka ta była mniejsza, niż u człowieka zdrowego: tłuszcze ulegały nader nieznacznej przemianie, białko zaś rozkładało się w ilości normalnej, zapewne dla tego, iż Cetti posiadał w ogóle małą ilość tkanki tłuszczowej.

Nakoniec t. zw. przemianę siły (*Kraftwechsel*) obliczano na ilość ciepłików (*Calorie*) ¹⁾. Pierwszego dnia było 1850 cal. t. j. mniej, niż daje ustrój normalny spoczywający; 5-go dnia 1600 cal. czyli 30 cal. na 1 kilo wagi.

ZUNTZ i LEHMANN. O d d e c h a n i e i w y m i a n a g a z ó w.

Ustrój zwierzęcy posiada zdolność przystosowywania się do stanu głodu, gdyż zwykle już warunki bytu zmuszają częstokroć obywać się czas krótszy lub dłuższy bez pokarmu. Przystosowywanie się to bywa dwojakie: jedne zwierzęta muszą w pewnej porze roku ograniczać przeróbkę materji do możliwego *minimum*, a to wskutek braku pożywienia; inne natomiast, mianowicie mięsożerne, nie tracą zwykłej energii; owszem głód zmusza je do usilnej pracy, dalekich wędrówek, dla zdobycia pokarmu.

Człowiek w niemniejszym stopniu posiada możność przystosowywania się, pozwalającą mu zachować pełnię sił i utrzymać ciepłotę w granicach prawidłowych. Normalna ciepłota u Cetti'ego dowodzi w każdym razie normalnego wytworzenia ciepła, a zatem i normalnego natężenia sprawy palenia oddechowego.

Niepodobna była zastosować u Cetti'ego przyrządu PETTENKOFER'A, w którym Cetti musiałby pozostawać przez 12—24 godzin. Autorowie musieli przeto użyć innej, dogodniejszej metody. Cetti obserwowany był w ciągu pół godziny dziennie, podczas spokoju bezwzględne, dogodnem ułożeniu poziomem. Powietrze czerpał nie ze spirometru, lecz wprost z atmosfery otaczającej.

Zużycie tlenu i wytwarzanie kwasu węglanego dosięgały bardzo szybko swego *minimum*, po za które już nie przekraczały przez dalszy przebieg postu. Ilość zużytego tlenu 3—6-go dnia wynosiła przeciętnie 4,65 ctm. sz. na kilo i minutę; 9—11 dnia—4,73 ctm. sz.

W początku postu ilość wydalanego kwasu węglanego opadała szybciej, niż ilość zużytego tlenu. Objętość wytworzonego CO₂, podzielona przez objętość potrzebowanego tlenu ²⁾, wynosi dla spalania tłuszczu 0,70; dla białka 0,81—0,75. U Cetti'ego stosunek ten był bardzo niski: w przeddzień rozpo-

¹⁾ 1 Calorie = tej ilości ciepła, które jest potrzebną do ogrzania jednego kilogr. wody na 1° C.

²⁾ Stosunek ten nazywa się „*respirator. Quotient*”.

częcia postu wynosił 0,73; 2-go dnia postu 0,68; 3-go 0,65, następnie 0,66—0,68. Po ukończeniu postu znów 0,73—0,81.

Dokonano na Cetti'm dwóch innych jeszcze doświadczeń. Dwa razy badano go na czczo i znaleziono ilość zużytego tlenu 4,50—4,79 ctm. sz. na kilo wagi i minutę, a więc w 12 mniej więcej godzin po jedzeniu proces oddechowcy spada do tego *minimum*, po za które już się nie obniża. Tym sposobem natężenie sprawy utleniającej po za obrębem aktu trawienia utrzymuje się w jednej mierze przy dłużej trwającej inanicyi. Ma to także znaczenie kliniczne; dotychczas trudno było znaleźć wartość porównawczą dla badania sprawy oddechania u gorączkujących chorych; obecnie wiemy, iż dość będzie zbadać na czczo wymianę gazów u chorego w okresie rekonwalescencji; to wykaże normalną miarę sprawy palenia u danego osobnika. (d. n.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Od chwili kiedy wyszedł przepis obowiązujący lekarzy praktykujących donosić władzy lekarskiej miejskiej o wszystkich osobach zapadłych na choroby zaraźliwe, przekonaliśmy czytelników naszych, iżby ściśle przepis ten wykonywali. Jestto wprawdzie uciążliwe dla lekarza, obarczonego licznemi, nieraz różnorodnemi zajęciami pamiętać o wszystkich pacyentach zaraźliwych i o nich władzy donosić, jednakże czynić to należy z dwóch względów: 1) dlatego że z tego z czasem wyniknąć może jakaś korzyść dla ogółu, 2) dla uniknięcia nieprzyjemności które niechybnie z niespełniania obowiązujących przepisów wyniknąć muszą.

Jako dowód prawdziwości słów naszych posłużyć może sprawa, która się przed niedawnym czasem przed kratkami Sądu okręgowego rozegrała.

Kol. BAUMRITTER wydał w połowie Lipca r. z. świadectwo śmierci 13-letniemu Samuelowi Cukier nadmienając, iż chorował on na tyfus plamisty. Ponieważ zaś poprzednio o chorym tym Władzy nie doniósł, iż na chorobę zaraźliwą jest chory, więc pociągnięto go za to do sądowej odpowiedzialności. Tłumaczenie jego było bardzo proste i jak się okazało, bardzo skuteczne: objaśnił on iż nie miał wcale obowiązku donosić władzy o swoim pacyencie, gdyż nie leczył go wcale, lecz był wezwany do niego ledwo na 2 godziny przed śmiercią. Zmarłego leczyli poprzednio inni lekarze i ci wezwani do sądu nie zgodzili się pod względem dyagnozy. Jeden twierdził (M. HERTZ) iż zmarły cierpiał na zapalenie opon mózgowych, a drugi (prof. Rosé) iż dotknięty był gorączką dotychczas dokładnie nie zbadaną, alew każdym razie nie miała ona nic wspólnego z tyfusem plamistym.

Po przesłuchaniu kol. ARTE'go jako świadka i kol. BERNHARDTA, lekarza miejskiego jako experta, sąd oskarżonego od odpowiedzialności wszelakiej uwolnił.

Taki był przebieg sprawy, tym razem dla naszego kolegi przychylny. Sądzimy iż drugiej takiej sprawy nie będzie i że kolledzy będą na przyszłość skrupulatnie o chorobach zaraźliwych raportować.

— Od jakiegoś czasu pojawiają się w Warszawskich pismach ogłoszenia o niechybnym środku przeciwko głuchocie w postaci sztucznych bębenków, nowo wynalezionych przez niejakiego Nicholsona. Niedosyć na tem, wynalazcy i fabrykanci tego najniezawodniejszego środka rozsyłają tak do lekarzy jak i do osób prywatnych pod opaską broszurkę opisującą szczegółowo budowę, skuteczność etc. tego środka. Od czasu pamiętnego ekstraktu słodowego Hoffa, niestaran o się wprowadzić w użycie tak natarczywie żadnego środka jak ów bębenek sztuczny. Wiadomo, iż przy niektórych postaciach chorób usznych, mianowicie gdy błona bębenkowa została przedziurawiona, i gdy odpływu znacznego niema, bębenek sztuczny oddaje dobre usługi a kształt tego bębenka każdemu pacyentowi trzeba umieć dobrać. Jeden najlepiej słyszy z bębenkiem d-ra TOYNBEE (kauczuk i drut) innemu najlepiej pasuje bębenek z plastra angielskiego, inny pacyent wreszcie najlepiej znosi zatykadło w postaci kawałka waty zatkniętej na drucie etc. Dobraniem takiego przyrządu zająć się powinien otyatra, poczem pacyent nabiera takiej wprawy iż wyjmuje go i wkłada z wielką łatwością. Wszystkie te bębni, jakakolwiek z nich jest korzyść jedną mają wielką zaletę, iż cena ich ledwo parę groszy wynosi, tymczasem wynalazca Nicholson każe sobie płacić za parę swoich bębenków rsr. 15 kop. 70 do rsr. 22 kop. 30!

Cena ta jest prawdziwie oburzająca i zasługuje na miano wyzyskiwania łatwowierności publicznej. Pieniądze te należy przynajmniej w połowie z góry przesłać, gdyż kto tego nieuczyni, ten zbawienno goowego przyrzędu nigdy nie otrzyma.

Broszury o użyteczności tego przyrzędu jak nas zapewniano tysiącami nadsyłane są do naszego kraju a liczne ogłoszenia zamieszczane są we wszystkich pismach, co dowodzi iż bebenki tu powinien odbyć w naszym kraju mają; obowiązkiem lekarzy powinno być ostrzegać w tym względzie publiczność.

— Wystawa higieniczna w Warszawie zamknięta została d. 11 b m.

— Utrzymywanie ustępów na proszku torfowym Otwockim coraz więcej w mieście naszym się rozpowszechnia, gdyż liczba domów naszych, które tego rodzaju ustępy zaprowadziły doszła już teraz blisko do 700. Absolutne odwonienie, powstrzymanie przesiąkania rozkładających się odchodów do gruntu są nieocenionymi zaletami tego sposobu, skutkiem czego zasługuje on na szerokie zastosowanie.

— Zakłady nasze leczniczo, puste w Czerwcu z powodu oplakanej pogody, za nastaniem pięknego czasu od razu kuracuszami się zapełniły. Wyjazdy chorych zagranicę nie są w tym roku tak liczne jak lat ubiegłych.

Zmarli. W Kijowie d. 30 Czerwca zmarł po krótkiej chorobie Dr. Adolf Ferdynand KNOTHE. Ur. w r. 1824 w Winnicy na Podolu. Kształcił się w słynnym gimnazjum miejscowem, następnie ukończył wydział medyczny w Kijowie i pierwszy z wychowalców nowego uniwersytetu złożył egzamina na stopień doktora medycyny w r. 1848, poczem przez 2 lata był asystentem przy prof. KARAWAJEWIE. Po roku 1863 czasowo przemieszkował w gub. Penzeńskiej, następnie przez 16 lat w Ekaterynosławiu, gdzie czynność swą rozpoczął od budowy kościoła, którego następnie był syndykiem. Nadto bezpłatnie sprawował urzędu lekarza przy gimnazjum żeńskim, przy towarzystwie dobroczynności, był prezesem komitetu sanitarnego a ostatnio vice-prezesem Towarzystwa lekarskiego. We wszystkich instytucjach dobroczynnych czynny udział przyjmował, przez czas bardzo długi był prezesem powołanego przez niego do życia Towarzystwa dla niesienia pomocy niezamożnym dziewczętom miejscowego gimnazjum żeńskiego. Oceniono też na obczyźnie i cnoty obywatelskie nieodżałowanego kolegi—przez cały czas pobytu swego w Ekaterynosławie był radnym miasta i honorowym sędzią pokoju. Do Kijowa przyjechał w końcu roku zeszłego. Krótko tu bawił, ledwo zdołał zapoznać się ze społeczeństwem miejscowem a już niejedna myśl wiele w przyszłości obiecująca w zacnej głowie jego powstała, już żwawo krzątał się, dokładając starań o urzeczywistnienie wzniosłych projektów. Śmierć znienacka Go zaskoczyła—tem dotkliwszą była strata.... Przy wyniesieniu zwłok kol. SADOWSKI uczcił pamięć zmarłego piękną, a serdeczną przemową. Zwłoki przewieziono do Różyńska, gdzie obok ojca spoczną. Niech Mu lekką będzie ta ziemia, którą tak bardzo umiłował.

K. R.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. Nr. 27 Nas niedoszedł. W N-rze 28. OBRZUT. O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach (dok.). CYBULSKI. O hipnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.). OBALIŃSKI. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacji wola (dok.). JAWORSKI. Na czym polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiej.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 27. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchót krtani i ich wyleczalności (c. d.). J. GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli massażu, oparte na własnem doświadczeniu klinicznem (c. d.). W ORŁOWSKI. Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1886 roku. W-rze 28. MATLAKOWSKI. Wycięcie odbytnicy przy jej wypadnięciu, oraz rzadki przypadek brodawczaka (*papilloma*). T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchót krtani i ich wyleczalności (c. d.). GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli massażu, oparte na własnem doświadczeniu klinicznem (dok.).

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 12. SMOLĘŃSKIEGO. Kilka słów o cieplicach obojętnych. BLUMENSTOK. Nagła śmierć w szkole (dok.).

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Июля 1887 г.—Челонками Michała Ziembkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

Woda gorzka **Franciszka Józefa**
jest dobrym środkiem przeczysz-
czającym, działająca w małych
stosunkowo dawkach szybko
i skutecznie.

Warszawa, d. 17/29 Kwietnia
1886 r.

Pr. Dr. A. Popow.

Zawsze

żądać

trzeba

wyraźnie

Wodzie gorzkiej **Franciszka Jó-
zefa** przysznają wyższość nad in-
nemi takimiż wodami mineral-
nemi, w wypadkach gdzie idzie
o osiągnięcie skutku za pomocą
małej ilości.

Warszawa d. 3/15 Kwiet. 1886 r.

Pr. Dr. Lambl.

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA.

Nie sprowadza

ŻADNYCH BÓLÓW

Prof. von Bamberger

W WIEDNIU.

Nabywać można

w Warszawie

we wszystkich
aptekach i skła-
dach wód mine-
ralnych.

Dyrekcja
w Buda-Peszcze

Jest skuteczniejsza

JAK INNE WODY GORZKIE

Prof. Leidensdorf

W WIEDNIU.

6—6

DWOMA MEDALAMI ODZNACZONE:

Krynicky wyciąg z igliwia świerkowego na kąpiele

(*Extr. Turionum Pini pro balneis*)

używany bywa z dobrym skutkiem od lat kilkunastu: w zółzach, reumatyzmie, artrytyzmie
i w wielu cierpieniach nerwowych, które powstały z osłabienia.

Wyrabia go według zasad podanych przez *Komisję balneologiczną b. Tow. nauk
Krak. H. Nitribitt aptekarz w Krynicy.*

Znakomite działanie tego leku stwierdzają liczne świadectwa, które przejrzyć można
w aptece H. NITRIBITTA w Krynicy.

Kołaczki Krynicky

wyrobiam z wody Krynicky według wskazówek udzielonych mi przez *Komisję balneo-
logiczną b. Tow. nauk Krak.*

Są one środkiem lekarskim: 1) w błednicy i niedokrwistości, po febrach, krwotokach
i t. d. 2) w długotrwałym nieżycie żołądka i jelit jak też w różnych zboczeniach w procesie
trawienia: w niestrawności, w zgadze, w kureczach i t. d., 3) w długotrwałym nieżycie pęche-
rza lub nerek, 4) w zółzach u dzieci osłabionych, 5) a szczególnie w chorobie angielskiej.

Kołaczki Krynicky i Wyciąg z igliwia świerkowego

znajdują się na składzie i w aptekach:

w Warszawie Dr. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego i K. Lilpopa, w Kijowie G. Seidla, w Odes-
sie M. Kestnera, w Krakowie W. Redyka, we Lwowie P. Mikolascha.

12—7