

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę do etiologii ciąży zamacicznej. Podał D-r Fr. Stepkowski. — Przyczynę do badań toksykologicznych i chemicznych nad łasiecznikiem gruźlicy. Podał W. Szumowski. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Nieżyt przewlekły żołądka i jego leczenie. — **Streszczenia i wyciągi.** 161. Wpływ soli glauberskiej na czynność żołądka. 162. Przyczynę do nauki o achylia gastrica. 163. Utrwalanie układu nerwowego in situ za pomocą formolu. 164. Reforma higieny szkolnej w odrze. 165. Surowica przeciweronkowcowa. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc wrzesień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Nommalre des articles originaux: 1) D-r Fr. Stepkowski — Contribution à l'etiology de la grossesse extrauterine. 2) D-r W. Szumowski — Contribution aux recherches toxicologiques et chimiques du bacille tuberculeux.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr.k. Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Fr. Stepkowski — Beitrag zur Aetiology der Extrauterinschwangerschaft. 2) D-r W. Szumowski — Ein Beitrag zu toxicologischen und chemischen Untersuchungen ueber den Tuberkelbacillus.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

PRZYZCZYNEK DO ETIOLOGII CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

D-r FRANCISZEK STĘPKOWSKI.

Sprawa ciąży zamacicznej nie przestaje żywo interesować uczonych. Artykuły, omawiające ten przedmiot sypią się, jak z rogu obfitości. Objawy, rozpoznanie, wskazania do operacyi, sposób jej wykonania są już starannie przedyskutowane i nie wiele przedstawiają punktów spornych. Za to anatomia patologiczna, a szczególnie etiologia nie wiele posunęły się naprzód. Odnosnie etiologii mamy kilka hipotez, każda z nich opiera się na pewnej liczbie spostrzeganych faktów, zbadanych często drobnowidzowo, jednakże żadna z nich nie wyjaśnia dostatecznie wszystkich zjawisk, napotykanych w ciąży zamacicznej. Jest tu jeszcze wiele ciemnych punktów, wymagających rozjaśnienia, którego możemy spodziewać się tylko przez staranne i wszechstronne badanie tak samej chorej, jak i preparatów, otrzymanych przy operacyi. Ani na

Nr. porz	Imię i nazwisko, data przybycia do oddziału.	Wiek.	Jak dawno zamężna.	Ile odbyła porodów, kiedy ostatni raz.	Ile przeżyła po- rożeń.	Rozpoznanie przy operacyi.	Choroby przydat- ków z drugiej strony.	Choroby macicy.	Choroby otrzewnej miedniczej.	W jakim odcinku jąłowodu była cięża	Sposób operacyi.	Czy przechodziła zapalne cierpienia w dolnej części brzucha	Uwagi.
1	Ziel. Mar. 19. 7. 1898.	34 l.	18 l.	0	raz jeden	Gravid. tubaria dextra, abortus incompl.	—	Metr. et endome- tritis chr.	—	—	Kolpotomia.	Nie	Osobnik bardzo oty- ły, wagi 240 f.; u- włoszenie męskie. Sądząc z typu mie- siączki, która zatrzy- mywała się bardzo czesto po 5—7 ty- godni, można wnosić o niedorozwoju jaj- ników i jajowodów.
2	Pilar. Mar. 2. 38. 1898.	36 l.	19 l.	8 por., przed 2 laty.	raz jeden	Gravid. tubaria sinistra rupta.	—	—	—	Gravid. isthmica.	Kolpotomia.	Nie	Zawsze była zdrową po porodach nie cho- rowała; upławów nigdy nie miewała.
3	F. M. 27. 6. 1898.	23 l.	3	0	0	Gravid. tubaria sinistra rupta.	Haematosal- pinx dexter.	endome- tritis.	Perimetri- tis.	—	Kolpotomia.	Nie	—
4	Mal. A. 25. 5. 1898.	36 l.	17	9 porod. przed, 2 laty.	3	Gravid. tubaria dextra nonrupta.	Drobno-tor- bielowe zwy- rodnienie jaj- ników; hae- matosalpinx sinister.	endome- tritis.	—	Gravid, isthmica.	Koeliotomia.	Nie	—
5	Ret. Z. 4. 1. 1898.	32 l.	12	3 porody przed 2 laty.	0	Gravid. tub. dextra, abortus incompletus; haematocoele.	Drobno-tor- bielowe zwy- rodnienie jaj- ników.	—	—	Gravid. isthmica.	Koeliotomia.	Nie	Miesiączka od 3 lat w nieładzie.
6	J. L. 30. 3. 1898.	27 l.	5 miesią.	0	0	Gravid. tubaria sinistra; abortus incompl.; haemato coele.	—	—	—	—	Kolpotomia.	Nie	—
7	Win. A. 15. 12. 1897.	32 l.	15 l.	6 p., 8 l.	1	Gravid. tubaria dextra rupta; haematocoele.	—	—	—	—	Kolpotomia.	Przed 12 laty	Jedna ciąża, bli- źnięta.
8	Kal. Józ. 15. 11. 1897.	30 l.	7	1 p., 5 l.	1 raz, 3 l.	Gravid. intrallig. foetus maturus.	—	Endome- tritis.	Perimetri- tis.	—	Koeliotomia.	—	—

9	Szm. T. 29. 9. 1897.	33 l.	13	o	1, 12 l.	Gravid. intralg. foetus maturus.	—	—	—	Pelvio-pe- ritonitis.	—	Koellotomia.	—	Cz. pochwowa ma- cicy długa 1 1/2 ctm. miesiącza skąpa — hypoplazja uteri.
10	Stan. J. 24. 9. 1897.	37	11	2 p., 4 l.	o	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl.; haematoc.	—	—	—	—	Ampulla.	Kolpotomia.	—	—
11	Misz. E. 12. 9. 1897.	36	5	2 p., 2 l.	1, 3 l.	Gravid. tubo-abdo- minalis; foetus ma- turus, vivus.	—	—	—	Pelvio-pe- ritonitis.	—	Koellotomia.	—	—
12	Fr. M. 26. 8. 1897.	36	20	4 porody, 7 miesięcy	o	Gravid. tubaria sinistra rupta; hae- matocoele.	—	—	—	—	—	Kolpotomia.	—	Oprócz 4 czesnych odbyła 5 przedwz- snych porodów.
13	Cib. J. 17. 7. 1897.	34	15	1 p., 4 l.	o	Gravid. tubaria dextra; abortus incompl.; haemato- coele.	—	—	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	—
14	Bas. J. 17. 5. 1897.	29	8	1 p., 7 l.	1, 3 l.	Gravid. tubaria rupta dextra.	—	Endome- tritis.	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	—
15	Kas. D. 24. 4. 1897.	30	7	1 p. 5. l.	o	Gravid. intersti- tialis dextra.	—	—	—	—	—	Koellotomia.	—	—
16	Tar. M. 23. 1. 1897.	23	6	1 p. 2. l.	o	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl.; haematoc.	—	—	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	Osobnik wąty, mizerny.
17	Z. F. 15 3. 189 .	24	4	o	o	Gravid. tubaria sinistra; abortus in- compl.; haematoc.	Jajniki dro- bno-torbielo- wo zwyro- dlone.	—	—	—	Ampulla.	Koellotomia.	—	—
18	Prz. M. 19. 3. 1897.	30	8	2 p., 1 r.	2 między porodami	Gravid. tubaria si- nistra rupta; haema- tocoele abscedens.	—	—	—	—	—	Kolpotomia.	—	—
19	Vol. Iz. 14. 7. 1898.	32	11	3 p., 2 l.	o	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl.; haematoc.	Kystoma intraglam. sl- nistrum.	—	—	—	Isthmus.	Koellotomia.	—	Od 2 lat ból w pra- wym boku po osta- tnim porodzie.
20	Wis. R. 20. 9. 1896.	30	10	2 p., 7 l.	o	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl. haematoc.	Degeneratio microcystica ovarium.	Endome- tritis.	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	Jedna ciąża bliźnię- tami.
21	Wer. Z. 20. 7. 1896.	29	12	3 p., 3 l.	o	Gravid. tubaria dextra rupta; haema- tocoele diffusa.	Jajowód lewy przedstawia wiele skre- tów, oophori- tis sinistra.	Endome- tritis.	Perimetri- tis.	Ampulla.	Koellotomia.	—	—	Chorowała przez 6 tygodni po ostatnim porodzie. W 1898 r. we wrześniu drugi raz ciąża jajowodo- wa lewa w ampulla Deg. microcystica ovarji sinistri.

Nr. porządkowy.	Imię i nazwisko, data przybycia do oddziału.	Wiek.	Jak dawno zamężna.	Ile odbyła porodów, kiedy ostatni raz.	Ile przeżyła po- mion.	Rozpoznanie przy operacyi.	Choroby przyda- ków z drugiej strony.	Choroby macicy.	Choroby otrzewnej międniczej.	W jakim oddziel- niowodu była ciąża.	Sposób operacyi.	Czy przechodziła zapalne cierpienia w dolnej części brzucha	Uwagi.
22	P. P. 5. 6. 1896.	29	8	3 p., 2 l.	0	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl. haematoc.	—	—	—	—	Kolpotomia.	—	Z 3 porodów 2 były przedwczesne.
23	Fab. H. 21. 7. 1896.	32	12	4 porody, 4 miesiące	0	Gravid. tubaria sinistra rupta; hae- matocoele.	—	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	Ciąża sub lactation.
24	Szt. S. 29. 6. 1896.	33	17	4 p., 7 l.	0	Gravid. tubaria sinistra; abortus in- compl., haematoc.	—	—	—	Isthmus.	Kolpotomia.	—	—
25	A. R. 16. 4. 1896.	38	17	1 p., 15 l.	0	Gravid. tubaria dextra nonrupta.	—	—	—	Ampulla.	Koeliotomia.	—	Przechodziła cier- pienie zapalne po ostatnim porodzie z prawej strony.
26	Lew. K. 5. 1. 1896.	29	10	2 p., 3 l.	3 sztuczne	Gravid. tubaria sinistra; abortus in- compl.; haematoc.	Oophoritis duplex.	—	Perimetri- tis.	Isthmus.	Kolpotomia.	—	—
27	Maj. E. 15. 2. 1895.	31	7	3 p., 1 1/2 r.	0	Gravid. tubaria dextra rupta; hae- matocoele.	—	—	—	—	Kolpotomia.	—	—
28	Cer. Z. 3. 3. 1895.	36	10	4 p., 4 l.	0	Gravid. tubaria rupta dextra; hae- matoc. suppurativa.	—	Endome- tritis.	Perimetri- tis.	—	Koeliotomia.	—	Po ostatnim po- dzie chorowała przez 3 tygodnie.
29	R. S. 5. 1. 1895.	36	18	7 p., 7 l.	1	Gravid. tubaria dextra; abortus in- compl.; haematoc.	—	Endome- tritis.	Perimetri- tis.	Isthmus.	Koeliotomia.	—	—
30	R. K. 28. 4. 1895.	35	17	6 p., 1 1/2 r.	1, 7 l.	Gravid. intrallig. sinistra.	—	—	—	—	Koeliotomia.	—	Jedna ciąża bliźnię- tami.
31	Ch. Og. 9. 5. 1895.	24	5	3 p., 1 1/2 r.	0	Gravid. tubaria sinistra; abortus in- compl., haematoc.	—	—	—	Ampulla.	Koeliotomia.	—	—
32	Roz. R. 25. 6. 1894.	42	21	6 p., 1 r.	1	Gravid. tubaria sinistra rupta, haematocoele.	Deg. tubo- ovari- dextra.	—	—	Ampulla.	Koeliotomia.	—	—
33	Koz. L. 28. 9. 1894.	30	10	4 p., 2 l.	2 po porodach	Gravid. tubaria sinistra; abortus in- compl., haematoc.	Drobno- torb. zwyrodnienie jajników.	Endome- tritis.	—	In parte mediana.	Koeliotomia.	—	—

chwile nie można przypuścić, żeby drogą samej choćby najsubtelniejszej spekulacji można tu było dojść do pewnych konkretnych faktów. Dla tego, sądzę, podawanie do druku jaknajwiększej liczby przypadków ciąży zamicznej, uwzględniających poniżej wskazane warunki, przyczyni się do lepszego rozjaśnienia tej zawilej sprawy chorobowej.

Bądź co bądź, cenne dane, otrzymujemy przeważnie przy operacji przez cięcie ścian brzusznych, wartość zaś wszystkich innych przypadków, operowanych od strony pochwy, dla jasno zrozumiałych powodów prawie zupełnie ginie. Dla tych to przyczyn materyał, którym rozporządzano obecnie, nie daje się wyzyskać wszechstronnie, ponieważ wiele przypadków było operowanych przez pochwę.

Zanim przejdę do bliższego rozpatrzenia się w sprawie etiologii ciąży zamicznej, podam naprzód tablicę, w której czytelnik znajdzie dane następujące: wiek chorej, ilość przebytych porodów, poronień, przebyte cierpienia zapalne w dolnej części brzucha, rozpoznanie, zrobione przy operacji, anatomiczne zmiany przydatków z drugiej strony, jako też zmiany otrzewny miedniczej, stan macicy i miejsce usadowienia się jaja w jajowodzie. (Patrz str. 998 i nast.).

Ciąża zamiczna najczęściej bywa spostrzegana w wieku średnim kobiet, rzadko bardzo przed 20 rokiem. Z 33 kobiet 24 miało 30 lub więcej lat. Najmłodsza chora miała 23 lata, najstarsza 42 lata.

Wiek chorych.	Przebieg czasu od ostatniego porodu był:
23 lat — 2 chor.	4 mies. — 1 raz
24 „ — 2 „	7 „ — 1 „
27 „ — 1 „	1 rok — 3 razy
29 „ — 4 „	1 1/2 roku — 3 „
30 „ — 5 „	2 lata — 8 „
31 „ — 1 „	3 „ — 1 raz
32 „ — 4 „	4 „ — 3 „
33 „ — 2 „	5 lat — 2 „
34 „ — 2 „	7 „ — 4 „
35 „ — 1 „	8 „ — 1 raz
36 „ — 5 „	15 „ — 1 „
37 „ — 2 „	
38 „ — 1 „	
42 „ — 1 „	

Z 33 kobiet pierwsza ciąża była zamiczna u 5, co stanowi 15,2%. Na 28 przypadków ciąży jajowodowej odnotowano umiejscowienie jaja w *isthmus* 9 razy, w *ampulla* 6 razy, w części środkowej 1 raz; nie odnotowano zaś w 12 przypadkach. Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych podczas operacji znalezionych, to okazuje się:

10 razy odnotowano: *endometritis*.

1 „	„	<i>deg. tubo-ovarialis</i>
5 „	„	<i>deg. ovariorum microcystica</i>
2 „	„	<i>Kystoma intraligamentare</i>
1 „	„	nadmierną ilość skrętów jajowodu (FREUND).

Oprócz poszukiwań anatomo-patologicznych podczas operacji, dla etiologii ciąży zamacicznej mają również doniosłe znaczenie wywiady. Okazuje się, że na 33 przypadki 12 razy zanotowano poronienie, poprzedzające ciążę zamaciczną, co stanowi 36,4%. Jednakże w wielu z tych przypadków wywiady nie wykryły żadnych przebytych cierpień, żadnych upławów, obfitych i bolesnych peryodów i t. d., często pierwsze poronienie było wkrótce po zamiępójściu, później pauza, a po pewnym czasie ciąża zamaciczna; albo też poronienia przeplatały porody, a następnie pojawiała się ciąża jajowodowa. Następnie w 5 przypadkach chore wspominają o przebytych zapalnych sprawach w dole brzucha po ostatnim porodzie lub poronieniu. Niedorozwój jajowodów i nadmierną ilość skrętów zanotowano 2 razy, co stanowić będzie 6%. W 3 przypadkach poprzedzała ciąża bliźniętami 9,1%; wreszcie raz jeden nastąpiła ciąża zamaciczna podczas karmienia.

U jednej z chorych wystąpiła ciąża zamaciczna dwukrotnie (Nr. 21): pierwszy raz w 1896 r. w prawym jajowodzie, drugi raz w 1898 r. w lewym.

Według VIRCHOW'a i HECKER'a przyczyny ciąży zamacicznej należy szukać w zrostach otrzewny, pokrywającej jajowody, w powstałych przez to ich przewężeniach, przemieszczeniach, a zatem w przeszkodach dla swobodnego przejścia jaja do macicy. Niepłodność, jaka istnieje przez pewien dłuższy czas przed ciążą zamaciczną jest właśnie następstwem ograniczonego zapalenia otrzewny. Toż samo utrzymuje FRITSCH, że *pelvioperitonitis* jest najczęstszą przyczyną ciąży zamacicznej, cierpienie to powoduje zamknięcie światła jajowodu, po wessaniu się zaś tych zlepow otrzewnowych powraca drożność, a z jej powrotem i możliwość zapłodnienia. OLSHAUSEN, WYDER i wielu innych są mniej więcej tego zdania.

(D. n.).

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ I BAKTERYOLOGII PROF. USZYŃSKIEGO
W UNIwersYTECIE WARSZAWSKIM.

PRZYZYNEK DO BADAŃ TOKSYKOLOGICZNYCH I CHEMICZNYCH NAD LASECZNIKIEM GRUŻLICY.

Podał

W. SZUMOWSKI student medycyny.

(Dokończenie.—Zob. N. 42)

Z przytoczonej tablicy widać, że wrażliwość zwierząt na wprowadzany płyn wcale nie jest jednakowa. Jedne chudną i giną szybko od bardzo małych ilości płynu (dośw. I — 20,5 ctm. sz., II — 12 ctm. sz.), gdy inne, pomimo systematycznego zastrzykiwania znacznych dawek (w dośw. IV królik razem otrzymał 97,4 cm. sz.) dobrze się trzymają, a nawet przybywa im wagi (VI, VII). Również niejednakowe zmiany znajdowano przy badaniu pośmiertnem. W pięciu przypadkach (I, II, III, V — króliki i VIII — świnka) zwierzęta same padły nadzwyczaj wychudzone, w stanie wyniszczenia, w 3-ch pozostałych doświadczeniach króliki (IV, VI, VII) były zabite. Badanie dro-

bnowidzowe wykazało w wątrobie w pierwszych trzech doświadczeniach całe ogniska znekrotyzowanego mięszu, przypominające nekrozę koagulacyjną WEIGERT'a, w I przypadku nacieczenie drobnokomórkowe w miejscach znekrotyzowanych było tak znaczne, że obraz niekiedy ogromnie przypominał stary gruzełek (laseczników gruczicy pomimo najstaranniejszych poszukiwań nie znaleziono ani razu). W innych doświadczeniach jednakże zmian takich samych w wątrobie nie znaleziono ani śladu; natomiast znajdowano niebarwiące się jądra w komórkach wątrobowych i mniej lub więcej wyraźne zmętnienie protoplazmy (to ostatnie zwłaszcza w IV), a w doświadczeniach VI, VII i VIII kwas osmywy odkrył w wątrobie kropelki tłuszczu w komórkach mięszu, w VII przypadku zauważono silny rozrost tkanki łącznej śródmięszowej. W nerkach wogóle znajdowano oznaki *nephritidis parenchymatosae*, a w VI, VII i VIII przypadkach bardzo nieznaczną ilość tłuszczu w komórkach nabłonkowych kanalików krętych. W tych samych trzech ostatnich przypadkach znajdowano dość wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. W śledzienie w tych przypadkach, w których zwierzęta zdychały, znajdowano ogromną ilość ziarenek barwnika.

Wobec tak różnorodnego oddziaływania zwierząt na zastrzykiwany płyn i wobec niejednakowych zmian, znajdujących w narządach wewnętrznych, a zwłaszcza w wątrobie, nasuwa się pytanie, czy w tym wyciągu ługowym z laseczników gruczicy rzeczywiście znajdowały się toksyny gruczicze? Zdaje mi się, że na to pytanie odpowiedź winna być twierdząca. Nie należy zapominać, że żadna prawie sprawa chorobowa nie ma tak różnorodnego przebiegu, jak sprawa gruczicza, i indywidualność ustroju, stopień jego odporności jest w walce z lasecznikiem gruczicy sprawą pierwszorzędną. Oczywiście ta sama indywidualność ustroju nie może być bez znaczenia i w oddziaływaniu na toksyny gruczicze. O żadnym z doświadczanych zwierząt nie można powiedzieć, żeby się całkiem obojętnie wobec wprowadzonego płynu zachowywało. Zwierzęta słabszej kompleksji, co zawsze notowałem (I, II, III, V, VIII), łatwiej się poddawały działaniu toksyn; w doświadczeniach IV, VI, VII, do których były wybrane zwierzęta bardzo silne i zdrowe, zatrucie miało charakter nader przewlekły, i, choć pozornie wprowadzany płyn nawet im służył (królikom przybywało wagi VI, VII), jednakże zmiany, znajduwane po śmierci, pozwalają przypuszczać, że *restitutio ad integrum* jużby nie nastąpiła. Najwięcej na uwagę zasługują zmiany w wątrobie. W pierwszych trzech przypadkach wątroba, której w ogóle przypisują dużą rolę w walce z truciznami, wprowadzanymi do ustroju, uległa toksynom odrazu, ztąd gwałtowna śmierć komórek, szybka *coagulatio* protoplazmy i *karyorhexis*; w innych przypadkach wątroba była odporniejsza, i oddziaływanie jej na toksyny objawiało się pod postacią zmętnienia protoplazmy, bądź otluszczenia, bądź wylugowywania substancji jądrowej.

Mała ilość doświadczeń nakazuje mi w sądach być bardzo ostrożnym, mniemam atoli, że za pomocą 1% NaHO i ogrzewania można z laseczników gruczicy wydobyć swoiste toksyny gruczicze.

Nie mam żadnych danych, żeby przypuszczać, że toksyny gruczicze przedstawiają jedno tylko ciało chemiczne, przeciwnie, podniesienie ciepłoty, spostrzegane przy wprowadzaniu ciał, wydobytych z przesączu hodowlanego, zmiany w narządach, znajduwane u zwierząt przy zastrzykiwaniu wyciągu ługowego i stan wyniszczenia, spostrzegany u zwierząt słabszych przy wprowadzaniu wyciągu, każą mi przypuszczać, że lasecznik gruczicy wytwarza

kilka jadowitych ciał chemicznych, które, zatruwając ustrój razem, w sumie dają obraz gruźlicy.

Do tego samego wniosku prowadzi teoretyczne rozumowanie o rozwoju gruźlicy. Jad, znajdujący się w samych bakterjach, wydziela się dopiero z chwilą wsysania martwego już lasecznika w ustroju; jad ten wywołuje nekrozę otaczającej tkanki, zwyrodnienie narządów wewnętrznych i stan wyniszczenia—zjawiska, spostrzegane przy wprowadzaniu laseczników martwych i częścią spostrzegane przeze mnie przy wprowadzaniu ługowego wyciągu z bakterji. Lecz już ze stanowiska biologji bakterji chorobotwórczych nie można przypuścić, żeby jadowitość bakterji polegała tylko na jadowitości wsysanego martwego już ciała. Przecież bakteria, która gdziekolwiek w tkance się zatrzymuje, musi mieć w rękach jakąś broń—toksynę, bez której zwycięstwo zawszeby było po stronie komórek napastowanej tkanki.

Że jad, wydzielany przez laseczники gruźlicy żywe, nie jest identyczny z jadami laseczników martwych, to wypływa z tego, że toksyn, właściwych lasecznikom martwym, nie znajdujemy w podłożu hodowli gruźlicy. W podłożu, przeciwnie, przez wielu autorów i przeze mnie znalezione zostało ciało, podwyższające ciepłotę, któremu z pewną dozą prawdopodobieństwa rolę bronii w rękach żywej bakterji przypisaćby można.

II.

Robiąc wyciągi ługowe z laseczników gruźlicy, jednocześnie określałem ilość ciał białkowych, a potem i tłuszczowych, wchodzących w skład laseczników. Oddzielone przesączaniem hodowli bulionowej przez bibulę i przemyte laseczники suszono jaknajdokładniej w próżni nad kwasem siarczanym, ważono i wyciągano wyżej wymienionym sposobem 1% ługiem. Pozostałą resztę bakterji starannie zbierano, znowu suszono, ważono i wyciągano mieszaniną równych objętości wysoku absolutnego i eteru. Wysuszoną resztę ważono. Postępując w ten sposób z bakterjami, ługiem wyciągałem z nich przeważnie ciała białkowe w postaci alkalialbuminatów, obok nich toksyny, o naturze białkowej których nic w chwili obecnej sądzić nie można, i sole. Razem laseczники z hodowli bulionowej traciły na wadze 59%; mniej (47%) udawało się wyciągnąć z bakterji, wyhodowanych na płynach bezbiałkowych. Prócz tego ług przy ogrzewaniu zmydlał w lasecznikach część tłuszczów, chociaż z wylugowanej reszty jeszcze można było wyciągnąć mieszaninę równych objętości wysoku absolutnego i eteru 9 do 14%. Liczby te nie są już bardzo dokładne z powodu pewnych strat, nieuniknionych przy zbieraniu z filtru wysuszonego osadu. Reszta, pozostała po wyciągnięciu ługiem i wysokiem i eterem, przedstawia drzewnik: rozpuszcza się tylko w koncentrowanym kwasie siarczanym, a przy długim gotowaniu z bardzo rozcieńczonym kwasem siarczanym drogą uwadniania przechodzi w cukier, odtleniając zasadowy roztwór miedzi.

Co się tyczy ilości ciał tłuszczowych, wyciąganych z laseczników bez uprzedniego wylugowywania, to ja wyciągałem mieszaniną równych objętości wysoku absolutnego i eteru daleko mniej, niż HAMMERSCHLAG²⁴⁾. Ten ostatni otrzymywał 27%, gdy u mnie laseczники z hodowli bulionowej traciły na wadze 14%, z podłoża bezbiałkowego 12,3%. Taką znaczną różnicę tylko

²⁴⁾ Centr. f. klin. Med. 1891.

tem objaśnić mogę, że dokładniej laseczники suszyłem, a następnie nie wyciągałem z nich wody za pomocą wysoku i eteru. Ogromna liczba 37% ciał tłuszczowych, przytaczana przez SCHWEINITZ'a i DORSET'a²⁵⁾ bez sposobu ich wydobywania wydaje się nieco podejrzaną.

Drzewnika znajdowałem zawsze stosunkowo więcej w lasecznikach z hodowli bezbiałkowej (37—39%), aniżeli w lasecznikach z bulionem (30,1%).

Robiąc powyższe rozbiory, chciałem równocześnie rozstrzygnąć pytanie, czemu zawdzięczają laseczники gruźlicze swoistość w zachowywaniu się wobec fuksyny karbolowej ZIEHL-NEELEN'a i kwasu. Dotychczas w tej mierze rozmaite były zdania. HAMMERSCHLAG²⁶⁾, wyciągając z laseczników za pomocą wysoku i eteru ciała tłuszczowe, nie spostrzegł, żeby laseczники przytem traciły coś na swoistości. Jeżeli jednakże wyciągnąć jeszcze ługiem i białko, to pozostały drzewnik (kształt lasecznika nawet i teraz zostaje ten sam) wprowadzie się barwi fuksyną karbolową, ale się odrazu przy działaniu kwasu odbarwia; tak samo odbarwia się i wyciągnięte białko, jeśli na nie najprzód fuksyną, a potem kwasem podzielać. Ztąd HAMMERSCHLAG wyprowadził wniosek, że właściwość lasecznika gruźlicy nie oddawać w obecności kwasu barwnika zależy od pewnego połączenia ciał białkowych z drzewnikiem.

Według KLEBS'a²⁷⁾ lasecznik właściwość tę zawdzięcza ciału tłuszczowemu, które można wyciągnąć za pomocą benzolu. To ciało barwi się samo fuksyną, nie odbarwiając się kwasem, a laseczники, pozbawione tego tłuszczu, już się więcej nie barwią.

W roku zeszłym KOCH²⁸⁾ w swojej pracy o nowej tuberkulinie pisze, że znalazł przy współpracownictwie PROSKAUER'a dwa nienasycone kwasy tłuszczowe w lasecznikach gruźliczych. Jeden z nich rozpuszcza się w rozcieńczonym wysoku i łatwo się zmydla sodem gryzącym, drugi rozpuszcza się tylko we wrzącym wysoku absolutnym lub eterze i bardzo trudno się zmydla. Oba kwasy barwią się fuksyną karbolową na kolor intensywnie czerwony i nie odbarwiają się. Jeżeli na preparat drobnowidzowy działać spirytusem, to się jeden kwas tłuszczowy wyciąga, pozostaje jednak drugi, który barwnik zatrzymuje. Jeśli pod drobnowidzem na taki preparat nalać kroplę gorącego gryzącego sodu, to łatwo spostrzedz można, jak ten drugi kwas tłuszczowy powoli w kształcie kropeł zabarwiony z laseczników wychodzi, gdy same laseczники już się więcej swoiście nie barwią.

W ciągu badań moich nie udało mi się potwierdzić zdania żadnego z wymienionych trzech autorów. Czy wyciągałem najprzód wysokiem i eterem tłuszcze, czy potem wylugowywałem ciała białkowe, czy wprzód wyciągałem ciała białkowe, a potem tłuszcze, nigdy laseczники gruźlicy nie traciły zupełnie swego swoistego zachowywania się wobec kwasów, barwiły się tylko o tyle słabiej, o ile więcej wogóle budowa lasecznika była wyciąganiem zepsuta. Laseczники, gotowane przez pół godziny w wysoku absolutnym, zabarwiły się fuksyną karbolową, a 4% kwas siarczany ich nie odbarwił. Jeśli do preparatu zabarwionych laseczników pod drobnowidzem wprowadzić pod szkiełko przykrywkowe kroplę gorącego gryzącego sodu, to w samej rzeczy laseczники w zupełności barwnik tracą, jeżeli jednakże odbarwiony w ten sposób prepa-

²⁵⁾ Centr. f. Bakt. u. Paras. Bd. XIX, 1896.

²⁶⁾ Centr. f. klin. Med. 1891.

²⁷⁾ Centr. f. Bakt. u. Par. Bd. XX, 1896.

²⁸⁾ Deut. med. Woch. 1897. Nr. 14.

rat przemyc wodą w celu usunięcia sodu gryzącego, to laseczniki również dobrze zabarwią się po raz drugi i nie odbarwią się w obecności 4% kwasu siarczanego, co przemawia raczej za wyciąganiem barwnika sodem gryzącym, aniżeli za zmydleniem przypuszczanego kwasu tłuszczowego. Tak samo działanie benzolu przez 24 godziny pozostało bez skutku.

Wogóle na zasadzie swoich spostrzeżeń nie mogę jednemu jakimukolwiek ciału, wchodzącemu w skład lasecznika, przypisać własności przyjmowania barwnika i nie odbarwiania się w obecności kwasów, i, ponieważ, jak to już zaznaczyłem, zabarwienie pozostawało zawsze o tyle słabsze, o ile budowa lasecznika przez wyciąganie więcej była naruszona, to sądzę, że swoista własność laseczników gruźlicy nie tracić zabarwienia fuksyną przy działaniu kwasów zależy od głębszego wzajemnego stosunku wszystkich składowych części lasecznika.

Obok powyższych badań robiłem również kilka rozbiórów bezbiałkowych podłoży. Zaznaczyć należy, że na podłożach bezbiałkowych (zwłaszcza USZYŃSKIEGO lub SCHWINITZ'a, patrz str. 976) lasecznik gruźlicy rośnie wcale nie gorzej, niż na odżywkach białkowych.

PROSKAUER i BECK²⁹⁾ w wyczerpującej pracy zbadali bardzo wiele związków organicznych i mineralnych, o ile te ostatnie mogą być przez laseczniki gruźlicy przyswajane. Mnie chodziło o to, w jakiej ilości bakterye gruźlicy zużywają w podłożu najważniejsze ciała. Określałem głównie chlor, fosfor, azot i glicerynę, prócz tego siarkę i cukier mleczny, który według PROSKAUER'a i BECK'a najlepiej z węglowodanów lasecznikom służy.

Oto średnie liczby ze zrobionych analiz.

Ciało.	Było w 100 cm. sz. plynu przed zasłaniem.	Pozostało w 100 cm. sz. plynu, kiedy hodowla przestała już rosnąć.	Bakterye przyswoiły.
Cl	0,489	0,359	26%
P ₂ O ₅	0,362	0,295	18%
NH ₃	0,136	0,068	50%
SO ₃	0,123	0,1	19%
Gliceryna	3,3	1,7	48%
Cukier mleczny	1,4	1,4	0%

Rozbiór robiłem odrazu dwóch plynów, z których jeden stał w termostacie nie zasiany, a na drugim rosła hodowla gruźlicy. Chlor określano azotanem srebra według MOHR'a, fosfor octanem uranu, przy czem plyn hodowlany spalano uprzednio z 1 grm. czystej bezwodnej sody i 4 grm. czystej saletry na 10 ctm. sz. badanego plynu według NEUBAUER'a i SALKOWSKI'ego. Azot określano pod postacią amoniaku gotowaniem plynu z ługiem gryzącym w przyrządzie KJELDALA, siarkę strącano, jako siarczan barytu, cukier mleczny określano za pomocą miedzi; dla określenia ilości gliceryny stosowano

²⁹⁾ Zeltschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. XVIII, 1894.

metodę BORDAS i RACZKOWSKI'ego ³⁰⁾, poprawioną przez NICLOUX ³¹⁾, która polega na utlenianiu gliceryny dwuchromianem potasu w obecności mocnego kwasu siarczanego; nie jest ona zbyt dokładna, ponieważ dwuchromian potasu w obecności mocnego kwasu siarczanego może utleniać i inne łatwe do utleniania związki, swoją drogą do moich porównawczych analiz metodę tę uważałem za dostateczną.

Że chłor laseczники gruźlicy przyswajają, o tem się mogłem przekonać nie tylko z analizy podłoży, ale i z rozbioru samych laseczników. Nie mogę się zgodzić z PROSKAUER'em i BECK'em, którzy twierdzą, że popiół ze spalonych laseczników zawiera chloru niewielką ilość, i że ona jest tylko resztką podłoża, której nie można było wodą odmyć. Ja postępowałem w sposób następujący: przemywano bakterye wodą przekroploną i, kiedy ściekająca woda nie dawała już z azotaniem srebra najmniejszej opalescencji, przemywano laseczники jeszcze ze 20 razy, poczem wilgotne bakterye w ilości około 0,1 grm. spalano, dodawszy uprzednio czystej bezwodnej sody i czystej saletry. Reszta, pozostała w tygielku, rozpuszczona w wodzie, zawsze z azotaniem srebra bardzo obfity strąć dawała.

Z przytoczonych powyżej liczb widać, że laseczники nie przyswajają ciał w odżywcę w takich odsetkach, w jakich się te ciała im daje, i że przestają się mnożyć wcześniej, niż im pożywienia zabraknie. Czy powodem tego jest samozatrutowanie hodowli w myśl teorii BOUCHARD'a ³²⁾, czy co innego, dzisiaj rozstrzygnąć trudno.

WYKŁADY KLINICZNE.

BRUNO OPPLER.

Nieżyt przewlekły żołądka i jego leczenie.

Sprawa chorobowa, zwana *gastritis (glandularis) chronica* z biegiem czasu nie tylko zmieniała swą nazwę, z których najbardziej rozpowszechniła się nazwa nieżyty przewlekłego (*catarrhus ventriculi chronicus*), lecz i poglądy na właściwą jej istotę podlegały licznym zmianom. Jak pierwotnie zaliczano do tego cierpienia wrzód żołądka, zwężenie odźwiernika i t. p., tak aż do niedawna uważano je za identyczne z niestrawnością przewlekłą (*dyspepsia chronica*), a i dziś jeszcze niektóre wręcz odrębne cierpienia, jak zaburzenia czynności ruchowej (*atonía*), zmiana położenia żołądka i t. d., kursują pod powyższą nazwą błędną. Z niestrawnością przewlekłą, jako z pojęciem o jednostce chorobowej, rozstano się całkowiecie, i dziś ledwie nieliczni autorowie używają tej nazwy w celu oznaczenia całobioru objawów, występującego w najrozmaitszych chorobach żołądka. Rozmaite postacie chorobowe, jak *linitis plastica resp. cirrhosis ventriculi*, w której żołądek, po utracie

³⁰⁾ Soc. de biol. 1896.

³¹⁾ Soc. de biol. 1397.

³²⁾ Les microbes pathogènes, 1892.

śluzówki podlega znacznemu zgrubieniu włóknistemu ścian i zmniejszeniu swej pojemności, a również i sam zanik śluzówki, pomimo iż są to rodzaje zejść nieżytu przewlekłego żołądka, należą, ściśle biorąc, już do innej kategorii chorób; opisany zaś ostatnimi czasy obraz chorobowy—*achylia gastrica* z przewlekłym nieżytem nie ma nic wspólnego prócz jednakowych objawów głównych.

Zmiany anatomo-patologiczne w nieżycie przewlekłym żołądka są prawie jednakowe we wszystkich przypadkach i nigdy nie ograniczają się do nieżytego zapalenia powierzchni śluzówki; sprawa powoduje większe lub mniejsze zmiany miąższu gruczołowego lub tkanki śródmiaższowej, tak iż jedyną uzasadnioną nazwą jest—*gastritis chronica*. Przy oglądaniu gołym okiem znajdujemy śluzówkę w stanie zgrubienia, rozluźnienia, koloru czerwonego lub szyfrowo-szarego, zależnie od okresu sprawy, pokrytą szklistym lepkiem śluzem, miejscami zmetnialym skutkiem leukocytów, złuszczonych nabłoneków i t. d. Zgrubienie jest nierównomierne; wskutek współdziału podśluzówki występuje niekiedy obraz, zwany *état mammelonné*; czasami nawet powstają wybujałości polipowate. Drobne wylewy krwi i utraty substancji, t. zw. erozye kataralne, dają się nieraz spostrzegać, a niekiedy nawet powstałe wskutek nich wrzody kataralne. Zmiany drobnowidzowe są częścią natury miąższowej, częścią śródmiaższowej i noszą cechy zapalenia *resp.* przerostu i marskości. W pewnej liczbie przypadków sprawa patologiczna dotyczy również warstwy mięśniowej; powstaje wtedy mniej więcej rozlany jej przerost, dosięgający znacznych rozmiarów zwłaszcza w okolicy odźwiernika, skutkiem czego powstać może jego zwężenie (*hypertrophische Pylorusstenose, stenosirende Gastritis*). Zejściem ostatecznem sprawy omawianej może być zanik śluzówki, *anadenia*, w której czasami na miejsce zanikłego nabłonka powstaje nowy, wytwarzający śluz. Odrębną postać stanowi t. zw. marskość żołądka (*cirrhosis ventriculi, linitis plastica*), w której błony zmniejszonego narządu znacznie grubieją i przetwarzają się w twardą tkankę łączną. W innych przypadkach żołądek zachowuje swą wielkość prawidłową, i ledwie czasami spostrzegamy istotne rozszerzenie jego wskutek powyższego zwężenia odźwiernika.

Etiologicznie rozróżniamy nieżyt przewlekły żołądka pierwotny i następny. Następny spotykamy głównie w raku, wrzodzie przewlekłym (*ulcus chronicum*), przy pewnych zmianach położenia i nieprawidłowych zrostach żołądka, tudzież w chorobach innych narządów trawienia, jak wątroby, pęcherza żółciowego, kiszek, również nerek, śledziony i żyły wrotnej, a przedewszystkiem w chorobach ogólnego odżywiania ustroju (*Constitutionskrankheiten*), jak blednica, dna (*arthritis*), moczówka cukrowa, białaczka (*leukaemia*).

Pierwotne zapalenie przewlekłe ma również wiele przyczyn. Przedewszystkiem rozwinąć się może po częstych atakach zapalenia ostrego, następnie wiele osobników już od dzieciństwa posiada „słaby żołądek“, u tych pewna nieznaczna suma szkodliwości powodować może powyższe cierpienie. Najważniejszym momentem etiologicznym, wywołującym nieżyt przewlekły, jak wiadomo, jest nadużycie alkoholu: wino i piwo mniej szkodzą niż wódki i inne stężone napoje alkoholowe; następnie tytoń, a zwłaszcza jego żucie i nawykowe używanie leków, a głównie czyszczących. Do rzędu czynników, działających mechanicznie, należą: niedokładne przeżuwanie pokarmów, chciwe łykanie dużych kęsów, częste przeładowywanie żołądka trudnostrawnymi pokarmami, nadmierne stopnie ich ciepłoty i wogóle wszelkie wybryki t. zw. obfitej kuchni, trwającej lata całe, jak również i inne częste wpływy, odbijające się na zdrowiu dopiero po pewnym czasie. Inne znów źródło tej choroby mamy w jamie ustnej, jako to: brak zębów, uniemożliwiający dokładne żucie, ich próchnienie, *stomatitis* i sprawy wrzodziejące śluzówki

jamy ustnej, a nadewszystko *pharyngitis*. Usuwając powyższe przyczyny, udaje się często zwalczyć nader uparty nieżyt żołądka.

Pomimo iż obraz chorobowy nieżytu przewlekłego żołądka, stosownie do wielu odmian anatomo-patologicznych, nie może być ściśle określony, to jednak całościowy obraz posiada tyle cech znamiennych, iż pozwala na stworzenie jednego typu ogólnego.

Jeżeli nieżyt przewlekły rozwija się z ostrego, to można dostrzedz, jak objawy tracą swe natężenie, nie znikając jednak zupełnie. We wszystkich innych przypadkach sprawa rozwija się stopniowo, poczynając od mało znaczących łagodnych objawów, które chwilami znikają, po wybrykach w jedzeniu i picu wzniecają się i wreszcie ustalają się na pewnej wysokości, nie będąc jeszcze znamienymi dla nieżytu. Początkowo nie zwracają one na siebie uwagi, aż dopiero zaczyna cierpieć ogólne odżywianie chorego, zjawia się ociężałość, niechęć do pracy i rozstrój nerwowy, wtedy dopiero chory szuka porady lekarskiej. Obraz chorobowy przedstawia się zwykle wtedy, jak następuje:

Łaknienie jest znacznie upośledzone, małe ilości pokarmów już nasycają chorego; kapryśnie wyszukuje potrawy kwaśne i pikantne; pragnienie jest często wzmożone. Towarzyszy temu brak smaku, a nawet wstrętny niesmak i *foetor ex ore*. Ostatnie objawy zależą w pewnej części przypadków od nieżytu żołądka, w innej od jednocześnie powstających *pharyngitis* i *stomatitis* (zwłaszcza u alkoholików i nałogowych palaczy tytoniu). Język obłożony, ślinotok lub suchость jamy ustnej zależą od tej samej przyczyny.

Chorzy uskarżają się na uczucie gniecenia, pełności, wzdęcia i ciśnienia w okolicy żołądka; do bólu objawy te nigdy nie dochodzą, pomimo iż chorzy często używają tego wyrazu; prawdziwy zaś ból prędzej przeczy zapaleniu, przemawiając natomiast za inną sprawą (*ulcus, atrophia mucosae* i t. d.). Dalej mamy prawie zawsze kwaśne lub gorzkie i cuchnące odbijania, albo też odbijania bez smaku, natomiast istotna zgaga zjawia się rzadziej i to przeważnie w przypadkach wzmożonego tworzenia się kwasu solnego. Bardzo często uskarżają się chorzy na nudności po obfitem jedzeniu, tembardziej że z trudem występują wymioty, sprawiające raptowną ulgę. Wymioty mogą być wywoływane sztucznie, lecz wogóle są zjawiskiem dość rzadkiem. Masy wymiotne są nader znamienne: składają się z niewielu niestrawionych części pokarmowych i obfitej ilości śluzu szklistego, ciągnącego się, o gorzkim smaku. Odmienną postać stanowi t. zw. *vomitus matutinus*, t. j. wykrztuszanie lub też wymioty naczcho śluzem, śliną i żółcią. Objaw ten, nie mający nic znamienego dla nieżytu żołądka, zależy zwykle od *pharyngitis* i *stomatitis*, dwóch spraw, prześladowających nieodstępnie alkoholików i palaczy. Następną grupę stanowią objawy nerwowe, odczuwane częścią podmiotowo, częścią też dające się stwierdzić przedmiotowo. Zjawia się ogólne niezadowolenie, depresja duchowa, niechęć do pracy umysłowej i cielesnej, ociężałość i ból głowy, a nawet migrena, bezsenność. Cierpi również ogólny nastrój chorego: osobnik bywa przygnębiony, ponury, to znów drażliwy i bardzo skłonny do hipochondryi. Jedni po jedzeniu doznają duszności, inni bicia serca, pulsowania w okolicy nadbrzuszej, ziewania. *Agoraphobia, vertigo e stomacho laeso*, tudzież „kaszel żołądkowy“ („*Magenhusten*“) nie mają bezpośredniego związku z nieżytem żołądka.

Ogólne odżywianie jest upośledzone po części wskutek choroby, po części też wskutek niedostatecznego przyjmowania pokarmów. Nadmiernie oszczędzany żołądek staje się coraz mniej sprawnym, jednocześnie coraz gorzej się odżywia,

i w ten sposób powstaje *circulus vitiosus*, powodujący cięższy stan ogólny, niż można by go się spodziewać, sądząc z natężenia sprawy.

Badanie zewnętrzne daje nam nadzwyczaj mało danych. Prócz obłożonego języka, mamy niekiedy pewne wzdęcie żołądka, pewną wrażliwość na ucisk w jego okolicy. Opukiwanie niema tu żadnego znaczenia. Ze względu na ten brak objawów przedmiotowych, należy tem większą zwrócić uwagę na zbadanie czynności danego narządu, co jednak praktycy, niestety, niezawsze wykonywają w tej mierze, jak tego wymagałaby sprawa chorobowa.

Wygląd makroskopowy wydobytej zawartości żołądka bywa różny, zależnie od rodzaju sprawy; przeważnie znajdujemy grube kawałki niezmiennych potraw, zmieszanych ze śluzem. Obfitość śluzu, stanowiąca ważny objaw *gastritidis*, daje się najłatwiej stwierdzić naczczo; należy jednak wystrzegać się, aby nie mieszać go ze śluzem pochodzenia gardzielowego i oskrzelowego. Ostatni wyróżnia się tem, że trzyma się bryłkami ściślemi, mało zmieszanemi z pokarmem.

Czynność wydzielnicza żołądka jest zawsze zmieniona. Przedewszystkiem mamy zmniejszenie się wydzieliny aż do zupełnego jej braku; prawie zawsze mamy zmniejszoną ilość wolnego kwasu solnego, niekiedy brak jego, ilość związanego kwasu również podlega znacznym wahaniom. W stosunkowo rzadkich przypadkach spostrzegano, jako objaw początkowy, wzmożenie się ilości kwasu solnego i obecność jego w żołądku czczym. W daleko posuniętym stanie upośledza się produkcja pepsyny i fermentu podpuszczkowego; zachowanie się fermentu podpuszczkowego jest nawet ważnym znakiem natężenia sprawy. Skutkiem tych zmian zmienia się znacznie trawienie białka, trawienie zaś węglowodanów jest mało upośledzone.

Kwasy organiczne, zwłaszcza kwas mleczny, wbrew rozpowszechnionym przekonaniom, występują rzadko, dzięki dostatecznej jeszcze sprawności ruchowej żołądka, zapobiegającej stagnacji i fermentacji.

Zaburzenia czynności ruchowej żołądka są wprawdzie nie-rzadkie, choć właściwie nie należą do obrazu danej choroby. Często żołądek przepycha zawartość swą prędzej, niż prawidłowo, rzadziej już mamy przedłużenie aktu trawienia, natomiast istotne rozstrzenie atoniczne wskutek znacznego zastoju i zjawisk fermentacyjnych należy już do rzadkości.

Zachowanie się stolca nie ma nic typowego. Najczęściej jeszcze występuje pewne zaparcie, rzadziej już biegunka lub na zmianę; w wielu przypadkach stolec jest prawidłowy. Mocz zjawia się czasami w ilości zmniejszonej, zawiera osad, składający się z fosfatów i moczanów. Działalność serca i tętno nie podlegają zmianom. Sprawy skórne (*eczema*, *furunculosis*, *urticaria*), jak również brudno-żółtawe zabarwienia skóry niektórzy autorowie przypisują samozatruciu.

Przebieg cierpienia jest wybitnie przewlekły i trwa miesiące, często lata całe; nawroty, raczej zaostrenia, są niezwykle częste. Obraz choroby jest różny i zależy od stopnia zmian, trybu życia i warunków zewnętrznych chorego. Lekkie, i średnie przypadki poprawiają się przy odpowiednim leczeniu, choć często objawiają skłonność do nawrotów; ciężkie nie sprowadzają ogólnego upadku odżywiania, dopóki czynność ruchowa żołądka jest nietknięta i кишки dobrze funkcjonują. Słabe stopnie atonii żołądka lub zwężenia odźwiernika, a także nieznaczące sprawy kiszkowe już wiele pogarszają stan ogólny. Rzadkie zejście nieżytu w zanik śluzówki żołądka sprowadza dotkliwe bóle, choć małokrwistość złośliwa (*anaemia perniciosa*) przyłącza się do tego tylko w razie zaniku śluzówki na większym obszarze.

Rokowanie jest dobre nawet w ciężkich stanach *gastritidis*; w razie zaburzeń czynności ruchowych lub zajęcia kiszek, a głównie w razie zaniku śluzówki rokowanie jest złe.

Przebieg i rokowanie nieżytu następczego w zupełności zależy od natury i zejścia cierpienia głównego.

Rozpoznanie nieżytu przewlekłego jest nader trudne, gdyż większość objawów tego cierpienia jest tak wieloznaczna, iż może zależeć od wielu innych chorób żołądka, wreszcie wszystkie objawy czasami wskazują cierpienie kiszek. Dla tego też rozpoznanie danego cierpienia powinno się opierać nie na obrazie choroby lub badaniu zewnętrznem, lecz koniecznie na badaniu czynności żołądka. Bardzo trudne nieraz jest rozróżnienie nieżytu od nerwicy żołądka. Dyspeptyczne zaburzenia w obu tych sprawach są bardzo do siebie zbliżone; wprawdzie w nieżycie są one stalsze, równomierniejsze, bardziej zależne od przyjęcia pokarmu, lecz cechy te są niepewne. Większą już wartość posiada zbadanie wydobytej zawartości, choć i w nerwicach spotykamy zmniejszenie się ilości kwasu solnego, lecz bardzo zmienne; kilkakrotne powtórzenie badania rozstrzyga wątpliwość. Obecność większej ilości śluzu tudzież innych wytworów zapalenia w nasyconym lub czczym żołądku niezbitcie przemawia za *gastritis*, zarówno jak znaczne zmniejszenie się ilości pepsyny i głównie fermentu podpuszczkowego.

Duże trudności sprawia często różniczkowe rozpoznanie raka żołądka. Objawy podmiotowe nie mają tu żadnego znaczenia; brak kwasu solnego i fermentu podpuszczkowego również jak i ciężkie zaburzenia w odżywianiu i składzie krwi zdarzają się także w daleko posuniętym nieżycie. Z drugiej znów strony wymioty krwawe, guz wyczuwalny i zaburzenia czynności ruchowej dają często długo na się czekać w raku. Pewną wartość posiada stopniowy, wolno kroczący początek i przebieg nieżytu wobec raptownego wybuchu dolegliwości w raku, a także i wiek chorego. Po dłuższem trwaniu sprawy rakowej zjawiają się zaburzenia ruchowe z ich następstwami: fermentacją, tworzeniem się kwasu mlecznego, i t. d., co rzadko bywa w nieżycie. Obecność kwasu solnego mówi przeciw rakowi, brak jego wkrótce po zachorowaniu potwierdza rozpoznanie. W każdym razie stanowcze orzeczenie jest w wielu razach wprost niemożliwe, a to zwłaszcza w przypadkach przerostowego zwężenia odźwiernika: obraz choroby nic nam nie daje, chyba trwanie choroby i jej przebieg. Wreszcie w obu przypadkach wskazany jest jednakowo zabieg operacyjny.

Leczenie nieżytu przewlekłego rozpoczyna się od zapobiegania. Jeść należy wolno, przeżuwać dokładnie, należy dbać o czystość zębów, w razie potrzeby zastępować ich brak zębami sztucznymi, należy zachować pewien duchowy i cielesny spokój przy jedzeniu, przyzwyczaić się do regularnego przyjmowania pokarmów. Unikać nadmiernie gorących i nadmiernie zimnych potraw i napojów, nawykowego używania środków drażniących, leków, np. czyszczących, alkoholowych napojów (wódki, likiery), tytoniu.

W postaciach następnych należy leczyć chorobę podstawową (*chlorosis*, *pharyngitis*, *stomatitis*).

Właściwe leczenie nieżytu przewlekłego odbywa się w sposób trojaki: dyetą, metodami mechanicznymi i środkami farmaceutycznymi. Wartość tych sposobów odpowiada porządkowi powyższemu: podstawą leczenia jest odpowiednia dyeta.

Przy przepisywaniu diety nie wystarcza przestrzeganie, aby chory „jadał łatwo strawne rzeczy i zachowywał dyetę“, a najwyżej dodanie zakazu używania „kwaśnych i tłustych potraw“; chory nic nie będzie wiedział, jak ma się zachowy-

wać. Dyetetyczne szematy, ułożone przez lekarzy, powinny być również brane *cum grano salis*; lekarz powinien ściśle indywidualizować każdy przypadek i, nie ograniczając się na zabronieniu pewnych pokarmów i napojów, piśmiennie zalecić choremu ilość, jakość pokarmów i porę ich przyjmowania, a nawet, w razie potrzeby, i sposób ich przyrządzania. Ścisła kontrola wykonywania przepisu jest również pożądana. Dokładne ważenia ciała wykażą, czy lekarz jest na dobrej drodze.

Pojęcie lekkostrawności nie jest absolutne, lecz zmienia się zależnie od poszczególnych chorób. W danym wypadku lekkostrawnym nazywać się będzie taki pokarm, który wymagać będzie niewielkiej czynności wydzielniczej, nie będzie zbyt drażnił śluzówki i wymagał dużej przeróbki ze strony żołądka. Dla tego też pokarmy powinny być możliwie płynne, miazgowe lub rozdrobione. Bardziej chodzi tu o to, „jak“ się je, niż „co“ się je, dla tego też niema potrzeby unikać żadnej z głównych kategorii naszych pokarmów: ani białkowych, ani tłuszczowych, ani węglowodanowych. Zdawałoby się mogło, iż w razie zmniejszonej ilości kwasu solnego należy ograniczyć ilość pokarmów białkowych: jest to zupełnie zbyteczne w razie zachowania sprawności ruchowej żołądka, gdyż doszczętne zużycie tych substancji dokona się w kiszka. Ile można przwolić mięsa, jaj, i t. d. w każdym poszczególnym razie, tego nauczy badanie zgłębnikiem; w razie potrzeby można wtedy, zwracając główną uwagę na węglowodany, pomódz sobie peptonem, albumozą, somatozą, nutrozą, i t. d.

Dowóz węglowodanów nie podlega prawie żadnym ograniczeniom, wszystko zależy od postaci, w jakiej bywają podawane. Wogóle należy przekładać nawpół płynną miazgę i zupy, rozdrobienie wodań powinno się odbyć już w kuchni. Jarzyn, obfitujących w cellulozę, lub potraw, podlegających szybkiej fermentacji, należy unikać, a głównie w przypadkach wzmożonej ilości kwasu solnego. Tłuszcze, jak świeże masło, śmietanka, i t. d., mogą być dozwolone; pokarmy pikantne i środki drażniące tylko przy nieznacznem zmniejszeniu się ilości kwasu, a i wtedy oględnie.

Pokarmy roślinne należy dawać w postaci zupy i miazgi; rodzaje kaszy, kluski z dodatkiem mleka, kartofle i jarzyny w postaci miazgi, jaja na miękko bez zastrzeżenia, mięso tylko w postaciach lekkostrawnych (połędwica, kurczęta, gołębie, cielęcina, skrobana szynka, krucha dzicz), ryby (szczupak, sandacz) gotowane w wodzie. Przy zmniejszonej ilości kwasu solnego trzeba dawać mięso oględnie. Miód i kompoty bywają dobrze znoszone, mleko mniej, serów należy unikać. Co do napojów, to zaleca się herbatę, kakao, dobrą wodę, wodę mineralną lecz niezbyt obfitującą w kwas węglany, i do tego w niewielkich ilościach. Alkoholu unikać, pieprzu, soli, rzeczy pikantnych używać w niewielkiej ilości zwłaszcza w razie niedostatecznej ilości kwasu solnego. Przy nieprawidłowościach stolca zmieniać dietę; zaparcia usuwa się za pomocą podawania rozgotowanego owocu, miodu, chleba Grahama, mleka zsiadłego, kefiru; rozwołnienia przez lekkie wino bordeaux, purée z czarnych borówek i t. d.

Pora i ilość jedzeń mogą wogóle pozostać bez zmiany, lecz należy tu ściśle przypadki indywidualizować. Jeżeli większe ilości pokarmów sprawiają dolegliwości, to radzić jadać często i niewiele; gdy zaś ilość kwasu solnego jest wzmożona—i tylko wtedy—zalecić trzy obfite jedzenia. Jak ułożyć jadłospis w szczególności, trudno dać ogólne prawidła, choć i co do tego można się kierować pewnymi wskazówkami.

W cięższych przypadkach najlepiej jest, zaleciwszy możliwy spokój cielesny, rozpocząć odżywianie od zup i miazg, ewentualnie mleka, pomijając zupełnie mięso. Rano najlepiej jest dać mleko z kaszą i jajami lub nutrozą, po 2–3 godzinach

zupę mączną lub herbatę ze śmietanką lub kakao, po upływie znów takiego czasu, tęgi rosół z kaszą, kluski i dwa jaja, znów po 2 godzinach ryż z mlekiem, później kakao z sucharkami i wieczorem znów kleik. Brak białka zastępuje się przez nutrozę, somatozę i t. p.

Ten sposób żywienia stosuje się czas krótki i wtedy przejść można do lekkich potraw mięsnych, jak cielęcina, ryby, kury, gołębie; początkowo raz dziennie, a następnie częściej. Jadłospis może być następujący:

8 godzina. 200 gr. kakao z mlekiem lub zupy mącznej, 50 gr. wysuszonej bułki z masłem; 10 godz. 1—2 jaja na miękko, 50 gr. bułki wysuszonej z masłem, względnie 100 gr. mleka lub maślanki; 12½ godz. 150—200 gr. mleka z ryżem, kaszą, zupa kartoflana, 120—150 gr. klusek, purée z kartofli, ryż na mleku, lub t. p. 200 gr. hachée z cielęciny, kurczę lub ryba, względnie kompot z jabłek, 100 gr. omelette soufflée; 4 godz. jak rano, względnie sucharki, miód; 7—7½, ryż na mleku, tapioka i t. p. w mleku, 200 gr. bułki.

W cięższych przypadkach lub przy poprawie stanu daje się twardsze rodzaje mięsa, jak dzicz, polędwica, i, zamiast klusek, szpinak, groch, fasola, soczewica, przyczem dowolnie można dawkować nutrozę, somatozę, pepton mięsny Liebiga lub jaja.

W drugim rzędzie stoją mechaniczne sposoby leczenia, a między nimi na pierwszym miejscu przepłukiwania żołądka. Wskazaniem do przepłukiwania jest obfitsze tworzenie się śluzu, który jedynie w ten sposób daje się usunąć. Przepłukuje się żołądek naczczu, ciepłą wodą czystą, lub z dodatkiem soli, wody wapiennej lub soli i sody. Skutki takiego zabiegu są zwykle uderzające: łaknienie się wzmacnia, objawy niestrawności znikają, zdolność peptonizująca żołądka się podnosi. Jeżeli tworzenie śluzu nie jest tak wyraźne, to przepłukiwania, lubo nie konieczne, są również pożyteczne. Inne sposoby mechaniczne sprowadzają się do okładów PRIESSNITZ'a w celu złagodzenia bólów, łagodnego mięsienia brzucha przy zaparciu stolca, hidroterapeutycznych zabiegów w celu wpłynięcia na stan ogólny i nastrój duchowy.

Przejście do trzeciego rzędu sposobów, t. j. do środków lekarskich, stanowią wody mineralne. Nie wszyscy chorzy pozwalają sobie wprowadzać sondę, wody mineralne muszą ją zastąpić, choć nierównie są mniej skuteczne. W tym względzie zasługują na uwagę: solanki, wody alkaliczne, słono-alkaliczne i alkaliczno-glauberskie. Przy zmniejszonej ilości kwasu solnego skuteczne są przede wszystkim solanki, z których na pierwszym miejscu stoi Kissingen-Rakoczy, Homburg-Elisabethquelle i Wiesbaden-Kochbrunnen. Wody alkaliczne (Vichy, Bilin, Neuenahr, Salzbrunn) i alkaliczno-słone (Ems, Gleichenberg, Selters) znakomicie mają rozpuszczać śluz i neutralizować nadmiar kwasu, stosuje się je przeto w razach podrażnienia śluzówki. Jeszcze w wyższym stopniu posiadają tę własność wody alkaliczno-glauberskie: Karlsbad, Elster, Marienbad. Przy wyborze wód należy również kierować się stanem kiszek: cieplanki jak Wiesbaden, Vichy, Ems, Karlsbad mają je oszczędzać i użyte w niezbyt obfitej ilości działać wstrzymująco, gdy natomiast źródła chłodne, jak Kissingen, Bilin, Selters, Marienbad pobudzają ruchy robaczkowe. Należy nadmienić, że wody ciepłe można dowolnie ostudzać i chłodne ogrzewać. Atonia żołądka jest przeciwwskazaniem dla wód mineralnych, dlatego też nawet przy wyborze wód nie można pominąć rozpoznawczego przepłukania.

Powyższymi sposobami leczenia osiąga się już możliwą poprawę, dlatego też często zwracanie się do środków farmaceutycznych jest zbyteczne, tembardziej, że nie posiadamy ani jednego, który miałby wpływ na samą istotę sprawy. Pewne

objawy jednak wymagają specjalnego leczenia i w tych razach bez lekarstw obejść się nie można.

Tak łaknienie, nie wracające po przeplukaniu i wodach, można pobudzić korą Condurango (*Extractum fluidum*) lub *tinctura nuc. vomicar.* a nawet niekiedy kreozotem. Odbijanie i wymioty ustępują również od środków mechanicznych, męczącą z g a g ę jednak, towarzyszącą odbijaniom przy nadmiernej kwaśności soku, udaje się dopiero usunąć za pomocą proszków, w skład których wchodzi *natr. bi-carbon., magnes. ust., calcar. carbon.* i inne. Bó le ustępują od okładów; środki narkotyczne należy stosować w razach ostatecznych i to przez czas krótki. Biegunkę i zaparcie usuwać należy środkami dyetetycznymi i mechanicznymi, nigdy zaś nie używać środków czyszczących.

Co się tyczy przepisywania kwasu solnego, to ilość, którą możemy operować, jest tak niedostateczna, że nie można po niej spodziewać się żadnego skutku peptycznego; nawet nie zdolna jest działać dezynfekująco, co wreszcie zupełnie jest zbyteczne. Jedyną wartość jego jest ta, że pobudza produkcję kwasu solnego w żołądku. Autor daje go w sposób następujący: 15 kropel *acid. hydrochlor. pur.* dodaje się do kieliszka wody, połowę tego należy wypić przed, a drugą połowę po jedzeniu.

Podawanie pepsyny autor uważa za zupełnie bezcelowe, gdyż działa ona jedynie w środowisku kwaśnym, a kwas znika w żołądku daleko wcześniej od pepsyny. Gdy więc niema pepsyny, to tem bardziej niema już kwasu solnego.

Pankreatyna, zawierająca ferment, trawiący białko, działa tylko w roztworze alkalicznym; możnaby ją przeto stosować jedynie przy zupełnym braku kwasu solnego, a i wtedy po uprzednim dodaniu alkali; lecz przy zachowaniu czynności ruchowej żołądka peptonizacja białka odbywa się w sposób zadawalniający w kioskach. Wogóle od tym podobnych środków należy się jaknajmniej spodziewać.

(*Berliner Klinik. Sammlung Klinischer Vorträge. Heft 123. Wrzesień 1898.*)

W. Knappe.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

161. AL. SIMON (z Warszawy). **Wpływ soli glauberskiej na czynność żołądka.** Pomimo ukazania się rozlicznych prac, patologii narządów trawienia poświęconych, zagadnienia o wpływie wód mineralnych na żołądek i kioskki pozostają po dziś dzień nierozstrzygniętymi. Nawet działanie wody karlsbadzkiej nie jest należyście zbadane, dzięki temu, iż nie uwzględniono wpływu oddzielnych jej części składowych.

Autor wypróbował działanie na żołądek i kioskki soli glauberskiej, tej najważniejszej—tak pod względem ilościowym, jako też, prawdopodobnie, fizyologicznym—części składowej soli karlsbadzkiej. Chorym dawano co rano naczecz szklanekę 0,5% roztworu soli glauberskiej, o ciepłocie około 40° C. Pili ją wolno, używając umiarkowanego ruchu. Przy specjalnych wskazaniach ilość powyższa ulegała zmianom.

Chorzy oddawali się przeważnie swoim zwykłym zatrudnieniom. Poza unikaniem tłuszczów i kwasów nie zachowywali—bo nie mogli!—żadnej diety. Wobec tego pomyślny skutek leczenia mógł być następstwem tylko stosowania soli glauberskiej.

18 chorych autor podzielił na dwie grupy. Do pierwszej należeli chorzy z podoстрыm lub przewlekłym nieżytem błony śluzowej żołądka. Sól Glauberska wpływała na nich znakomicie. Już po upływie 3—5 dni ustępowały dotkliwe sensacje podmiotowe (odbijanie, ból, uczucie gnecenia i t. p.). Po 12—18 dniach chory czuł się zupełnie dobrze, co też stwierdzało badanie przedmiotowe.

Do grupy drugiej należeli chorzy z nieżytem żołądka zanikowym (*gastritis chronica atrophicans*) z upośledzeniem czynności ruchowej żołądka lub bez niego z rozstrzenią żołądka i t. p. O zupełnym i trwałym wyleczeniu tych przypadków mowy być nie może. Czasami skombinowane stosowanie soli Glauberskiej wraz z przepłukiwaniem żołądka przynosi choremu znakomitą ulgę. Wnioski ogólne, do jakich autor dochodzi na zasadzie swych spostrzeżeń, są następujące:

1) Systematyczne, 2—3 tygodniowe zażywanie soli Glauberskiej (0,5—1,0 na 200,0 wody ciepłej — naczczo) wpływa znakomicie na dotkniętą nieżytem błonę śluzową żołądka.

2) W nieżycie zanikowym, niedokwasie objawowym (np. rak, gruźlica) rozstrzeni lub zaburzeniu w czynności ruchowej żołądka wpływ leczniczy soli Glauberskiej jest nader mały.

3) Nie wpływa też ona skutecznie na przypadłości żołądkowe na tle nerwowym, bez zmian miejscowych, jako też w nadkwaśności.

4) Chemiczne własności treści żołądkowej ulegają wpływowi soli Glauberskiej przy dłuższem jej stosowaniu: kwasota się wzmacnia i dochodzi do cyfr prawidłowych — jeno w *gastritis mucosa*. Zmniejszenie się kwaśności nie było spostrzegane w żadnym przypadku.

5) Jednorazowe użycie soli Glauberskiej w małej dawce — zdaje się — działa jako lekki *stimulans* czynności chemicznej żołądka, i jako bodziec energiczny na ruch robaczkowy żołądka i kiszek.

6) W powyższej dawce działa sól Glauberska przeważnie jak woda lub sól kalsbadzka, tylko zdaje się, że nie zmniejsza nadkwaśności soku żołądkowego.

(*Zeitschr. f. klin. Medicin.* Tom 35. Zeszyt 3 i 4). Maksymilian Kraushar.

162. D. GEHRHARDT. Przyczynę do nauki o *achylia gastrica*. Zupełny brak soku żołądkowego znalazł po raz pierwszy EWALD u chorych z zupełnym zanikiem błony śluzowej żołądka: w raku i małokrwistości złośliwej; zaproponował on dla tych stanów nazwę *anadenia gastrica*; później jednak okazało się, że zupełny brak wydzielania nie zawsze jest następstwem tak ciężkich zmian; skutkiem tego EINHORN zaproponował nazwę *achylia gastrica*, która nie przesądza, czy w tych przypadkach istnieje zanik gruczołów. Później przy badaniu kawałka błony śluzowej, wydobytej przy sondowaniu, nie znalazł on w niej żadnych zmian anatomicznych i doszedł do wniosku, że jest to cierpienie pochodzenia nerwowego. MARTIUS, rozbierając 15 własnych przypadków, dzieli je na dwie grupy: do pierwszej zalicza *achyliam* w małokrwistości złośliwej -- w tych przypadkach przy badaniu pośmiertnem znajdował zupełny zanik błony śluzowej żołądka i co ważniejsza jest; w drugiej *achylia* była chorobą samoistną; i w tych przypadkach badanie części błony śluzowej (dokonane przez LUBARSCHE'a) wykazywało zawsze zmiany, co prawda niekiedy nieznaczne. Na tej zasadzie MARTIUS powątpiewa o słuszności poglądu EINHORN'a o czysto nerwowym pochodzeniu sprawy.

Następnie przechodzi autor do własnych przypadków: w jednym przypadku małokrwistości złośliwej z typową *achylia* przy badaniu pośmiertnem nie znalazł zaniku błony śluzowej żołądka; gruczoły były zachowane, zmiany były także jak w przypadkach czystej *achyliae* MARTIUS'a. Błona śluzowa kiszek makroskopo-

wo nie była w stanie zaniku (badania drobnowidzowego nie robiono). Wydolność ruchowa żołądka była z początku zupełnie dobra; dopiero pod koniec pokarmy zaczęły się zastawać w żołądku i wtedy znaleziono w zawartości kwas mleczny i długie laseczники (dowodzi to że obecność kwasu mlecznego nie jest właściwością raka). W trzech przypadkach stwierdził autor *achyliam gastricam* w raku żołądka (w jednym z nich cała ściana żołądka była nacieczona). W dwóch przypadkach *achylia* towarzyszyła ciężkiej gruźlicy płucnej. Przypadków czystej na pozór *achyliae* spostrzegł autor tylko dwa, w jednym u 49-letniego osobnika skargi żołądkowe (gniecenie w dołku) i rozwolnienia trwały 4 tygodnie. Badanie wykazało brak wydzielania soku żołądkowego przy dobrej czynności ruchowej. Rozwolnienia ustały wkrótce, a po miesiącu—wszystkie skargi. Trudno rozstrzygnąć, czy było to cierpienie na tle nerwowem, czy też towarzyszyło ono innej sprawie chorobowej.

W drugim przypadku dalsze spostrzeganie mocno zachwiało pierwsze przypuszczenie nerwowego pochodzenia cierpienia, gdyż wystąpiły objawy, nasuwające przypuszczenie gruźliczego cierpienia otrzewny (nagromadzenie w niej płynu). W tym ostatnim przypadku przedsięwziął autor kilka doświadczeń. Po pierwsze stwierdził że gruczoły wogóle działały należycie: wątroba, trzustka, (prawidłowy kał), gruczoły ślinowe, tak że dotknięte są jedynie gruczoły żołądka. (Co do gruczołów kiszek klinicznie nic stwierdzić się nie dało).

Gruczoły żołądkowe nie wydzielają zupełnie nic (po żuciu skórki cytryny w żołądku prawidłowym czysty sok żołądkowy, u badanego — żadnej zawartości) zgodnie z twierdzeniem MARTIUS'a.

Czynność ruchowa jest zupełnie dobra. Wchłanianie odbywa się również dobrze.

Trawienie kiszkowe nie było upośledzone: sprawy gnilne nie wzmożone, o ile można wnosić z ilości indykanu i kwasów etero-siarczanych w moczu. Wynika z tego, że dla powstrzymania spraw gnilnych w kiszkiach większe znaczenie ma prawidłowa czynność ruchowa żołądka i prawidłowe jego opróżnianie, niż przeciw-pasorzytnicze działanie kwasu solnego. Pepsyny w moczu nie można było wykazać. W okresie trawienia występowała leukocytoza.

Z powyższego wynika, że na ogół skutki braku soku żołądkowego są bardzo nieznaczne i nie wpływają na odżywianie prawie zupełnie; z pokarmów jedynie tylko surowe mięso bywe gorzej przyswajane. Co się tyczy leczenia i diety takich chorych, należy mieć na względzie głównie tę okoliczność, by pokarmy opuszczały żołądek we właściwym czasie, należy więc unikać zbyt ciężkich potraw; pierwszeństwo należy oddawać pokarmom płynnym, w kształcie miazgi, i umiarkowanie twardym.

(Berl. klin. Woch. Nr. 35. 1898).

J. Maliniak.

163. P. SAINTON i W. KATTWINKEL. **Utrwalanie układu nerwowego *in situ* za pomocą formolu.** Wiadomo, jak ważne jest posiadanie świeżego materiału przy badaniu drobnowidzowym układu nerwowego. Mózg i rdzeń, wyjęte po 24—48 godzinach z trupa, nie zupełnie się nadają do badania metodą NISSL'a lub MARCHE'go. Metody te wymagają uprzedniego utrwalenia, jeszcze przed badaniem pośmiertnem. W tym celu autorzy wypróbowali metodę, podaną przez MARIE'go. Metoda ta polega na tem, aby mózg i rdzeń poddać działaniu formolu. Jako miejsce do wstrzykiwania roztworu możnaby wybrać łędźwiową część rdzenia. Lecz tą drogą stwardnia się jedynie rdzeń, a nie mózg. Daleko odpowiedniejszą drogę stanowi jama oczodołowa (wkłucie trójkątka w dolną powiekę, przez ścianę oczodołu, *fiss. sphenoidalis* obok siódła tureckiego). Tą drogą autorzy wstrzykiwali po

80—100 ctm. sz. do każdego oka 6% roztworu formolu. Za pomocą tej metody rdzeń kręgowy i przedłużony most, odnoża mózgu, podstawa zrazu skroniowego, potylicowego i mózdzku osiągają należyty stopień stwardnienia. Inne natomiast części mózgu pozostają miękkie. Ten ostatni wzgląd a także pewne zniekształcenie twarzy skutkiem obrzmienia dolnej i górnej powieki skłoniły autorów do szukania nowej drogi dla wstrzykiwań formolu, mianowicie przez otwory nosowe.

W tym celu podkłada się pod plecy trupa klocek, aby głowa wisiała nieco na dół i wprowadza przez otwór nosowy trójgraniec w kierunku ku podstawie czaszki. Przy pewnym nacisku przebija się *lamina cribrosa* tuż obok *crista galli*, ostrożnie unikając uszkodzenia mózgu, co przy pewnej uwadze jest łatwe. Trójgraniec wprowadza się na długość 7—9 ctm. Po wyjęciu trójgrańca przyczepia się do kaniuli kankę gumową, przez którą wlewa się do każdego otworu nosowego 100—200 ctm. sz. formolu 6%.

Wyniki, otrzymywane tą drogą, są zupełnie wystarczające: narządy są dostatecznie stwardnione, co nadto zmniejsza możność uszkodzeń przy wyjmowaniu mózgu i rdzenia z ciała.

Jak mówiliśmy wyżej, takie utrwalanie nadaje się przede wszystkim przy stosowaniu metody MARCHI'ego i NISSL'a. Wielu autorów zwracało już uwagę, że czarne ciała, spostrzegane na preparatach MARCHI'ego i uznawane za objaw zwyrodnienia, są zjawiskiem trupiem. Badania autorów w tym kierunku potwierdzają to przypuszczenie. Pozostawiając rdzeń powolnemu gniciu, S. i K. przekonywali się, że z każdym dniem wzrastała ilość czarnych ciałek, prawie zupełnie podobnych do prawdziwych bryłek MARCHI'ego. Analogiczne doświadczenia nad metodą NISSL'a wykazały również, że późne stosowanie środków stwardniających daje wyniki sztuczne, będące zjawiskiem trupiem, a nie pewnym objawem patologicznym przyżyciowym.

(*Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. LX. H. 4 i 5*).

W. Męczykowski.

164. WIDOWITZ. **Reforma higieny szkolnej w odrze.** Wobec lekceważenia przepisów higieny szkolnej w odrze — ze względu na nieznaczną jakoby jej złośliwość—autor bardzo słusznie zwraca uwagę na tę sprawę.

Przedewszystkiem autor zauważył, że podczas ostatnich epidemii odry przebieg cierpienia był złośliwszy, niż to ma miejsce zazwyczaj; z drugiej strony stosowane teraz w higienie szkolnej przepisy nie są odpowiednie i nie są w stanie zapobiedz rozszerzeniu się zarazki. Wobec tego, że istota cierpienia jest nam nieznana, a o walce z nią mowy być nie może, tem większy nacisk należy położyć na sposób zarażania, okres wylegania i t. d.

Walka z odrą możliwa jest tak długo jedynie, dopóki mamy do czynienia z przypadkami pojedynczymi, z chwilą jednak, kiedy cierpienie wybucha nagminnie, wszelka walka jest wprost niemożliwa wobec łatwego przenoszenia się zarazki. Nie wiemy, w jaki sposób dany osobnik się zaraził, wiemy jednak, że dzieci, zarażone odrą, mogą zarazić i inne dzieci mniej więcej od 9 do 14 dnia po zarażeniu się, i z tego też korzystajmy dla zapobieżenia epidemii szkolnej.

W tym celu szkoła *resp.* klasa, w której miał miejsce pierwszy przypadek odry, powinna być zamknięta 9 dnia po zachorowaniu pierwszego dziecka w przeciągu pięciu dni. Przez ten czas możemy się dowiedzieć, które dzieci uległy zarażeniu, odosobnić je i leczyć. Rodzice dzieci, w których klasie przypadek odry miał miejsce, powinni dzieci swe również odosobnić w ciągu tych pięciu dni krytycznych. Tak postępujemy, o ile odra występuje sporadycznie. W razie epidemii jednak zabiegi te, jakieśmy już powiedzieli, są bez wartości. Dzieci mieszkań sąsied-

dnich, w których odra miała miejsce, mogą wtedy jedynie do szkoły uczęszczać, kiedy przedstawia świadectwo lekarskie, że już raz odrę przeszły.

Co do sposobu przenoszenia się choroby, autor stanowczo wyłącza możliwość przeniesienia odry przez osoby trzecie, zdrowe.

(*Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36*).

G. L.

165. Stephano MIRCOLI. **Surowica przeciwgronkowcowa.** Uodparnianie zwierząt hodowlami gronkowców w celu otrzymania surowicy leczniczej dawało stale wyniki ujemne: 1) zwierzęta często padały, 2) otrzymana surowica wywoływała u ludzi ropnie, gorączkę i t. p. Nie dawno udało się autorowi wydzielić z mocnej hodowli toksyny gronkowcovej, i zastrzykując królikom stopniowo coraz większe dawki tych toksyn, osiągnąć odporność dość znaczną. Wtedy przystąpił do doświadczeń nad psem; po miesiącu surowica z tego psa okazała działanie lecznicze u królików, zatrutych toksynami gronkowcowymi. Surowica ta nie wpływa szkodliwie na ustrój ludzki w dawce 2—3 ctm. sz. Autor stosował ją u siebie z powodu czyraka palca, wywołanego przez gronkowca złocistego, zastrzykując obok okolicy porażonej: cierpienie przeszło o wiele szybciej i łagodniej. Po miesiącu wskutek nowego czyraka palca, zastrzyknął 3 ctm. sz. tejże surowicy, przy czem wystąpił nerwoból aż do ramienia, na miejscu zastrzyknięcia tkanka zachowywała się, jak gdyby wystąpić miało nowe ognisko, przebieg jednak właściwego czyraka był niezwykle łagodny.

(*Centralblatt. f. Bakt. Nr. 2—5. B. XXIV. 1898*).

Z. Kozicki.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Wrzesień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 80 (m. 46, k. 34); przybyło we wrześniu 142 (m. 67, k. 75); wypisało się 125 (m. 63, k. 62); zmarło 28 (m. 15, k. 13), pozostało na miesiąc październik chorych 69 (m. 35, k. 34).

Ogólna liczba chorych była nieco mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, głównie z powodu zmniejszenia się ospy i biegunki krwawej. Panująca natomiast płonica doszła do niebywałych u nas rozmiarów i złośliwości. Śmiertelność też wskutek ciężkich powikłań ze strony gardła i nerek, a także z powodu nader częstych przypadków o charakterze krwotocznym, była bardzo znaczna. Prócz płonicy często względnie występował i tyfus wysypkowy, również z przebiegiem dosyć ciężkim.

Najliczniejszą rubrykę w ubiegłym miesiącu stanowiła w dalszym ciągu biegunka krwawa, której mieliśmy przypadków 27 (m. 10, k. 17) z przebiegiem dosyć łagodnym. Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Dzielna 9 (2 przypadki), Leszczyńska 6, Nowy Świat 41 i 49, Aleksandrya 13, Pawia 53, Łucka 22, Ujazdowska 17, Folwarczna 17, Chłodna 19 i 48, Długa 23, Sosnowa 1, Nowomiejska 13, Żurawia 29, Wspólna 59, Plac Witkowskiego 3, Niska 66, Woła (2 przypadki), Mokotów (2 przypadki) i Ojców.

Drugą rubrykę, również mniejszą, niż w sierpniu, zajęła oспа, której mieliśmy przypadków 26 (m. 15, k. 11) z przebiegiem ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyło się przypadków 9 (m. 5, k. 4) u chorych nieszczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Wronia 62 i 25, Solec 65, Smocza 7, Królewska 23, Śliska 22, Fabryczna 5, Krochmalna 15, Leszno 38 i 49, Chmielna 104, Sosnowa 5, Bagatela 30 (3 przypadki), Solna 15, Nowolipie 30, Stalowa 1, Piękna 18, Grzybowska 70 i 61, Mokotów (2 przypadki) i Marki.

W jednej mierze trzymała się róża, której mieliśmy przypadków 22 (m. 5, k. 17) z przebiegiem dosyć ciężkim. Trzy przypadki z powodu powikłań zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Chłodna 27, Wołyńska 23, Chmielna 112, Brukowa 24, Ciepła 8, Śliska 24, Grzybowska 69, 17 i 49, Solna 16, Łucka 20, Solec 7, Wilcza 35, Miła 18, Oboźna 2, Krochmalna 6, Dzielna 78, Szpital Dz. Jezus (2 przypadki), Czerniakowska 44, Książęca 4 i wieś Ochota.

Znacznie więcej, niż w sierpniu, mieliśmy płonicy, przypadków 18 (m. 8, k. 10) przeważnie u dorosłych z przebiegiem ciężkim, powikłanym, często krwotocznym. Śmiercią zakończyło się przypadków 7 (m. 4, k. 3). Chorzy przybyli z ulic i domów: Długa 12, Towarowa 42, Prosta 38, Chmielna 28, Nowo-Senatorska 5, Nowolipki 23, Sienna 78, Żórawia 6, Nowolipie 53, Ogrodowa 44, Złota 57, Koszykowa 45, Łucka 17, Dzika 1 i wieś Czyste, Grochów, Lubocznyn i miasto Sandomierz.

Na zaznaczenie również zasługuje dość częste znów występowanie tyfusu wysypkowego z przebiegiem dosyć ciężkim. Zanotowaliśmy przypadków 8 (m. 7, k. 1) i dwa śmiercią zakończone. Chorzy pochodzili z ulic: Składowa 4 (2 przypadki), Nalewki 21, Wronia 50, Młynarska 10, Czerniakowska 116, Łucka 25 i Solec 37.

Nieco więcej, niż w zeszłym miesiącu, mieliśmy odry, przypadków 11 (m. 6, k. 5) przeważnie u dorosłych z przebiegiem niezbyt ciężkim. Jeden przypadek był niepomyślny. Chorzy pochodzili z ulic: Śliska 16, Leszno 51, Chłodna 58, Twarda 50, Marszałkowska 55, Szwedzka 17, Browarna 21, Piękna 48, Zajęcza 12.

W jednej mierze trzymał się również i tyfus brzuszny, którego zanotowaliśmy przypadków 8 (m. 5, k. 3) z jednym niepomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Pańska 7, Śliwicka 22, Wronia 60, Nowy Świat 67, Chmielna 85, Sienna 33, Wolska 22.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 10 przypadków *anginae follicularis*, po 2 — zimnicy, gorączki połogowej, oraz po jednym przypadku zapalenia płuc krupowego i karbunkułu.

Z chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy tylko jeden przypadek uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano dla braku miejsc 44 (m. 13, k. 31); z powodu niezaraźliwości choroby 18 (m. 9, k. 9).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 55 (m. 37, k. 18).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KROMAYER twierdzi, wbrew mniemaniu NEISSER'a, że orzeczenie, czy człowiek, który raz przechodził rzerzączkę, jest zupełnie bezpieczny dla kobiety zdrowej, jest nader trudne. Podług R. ani brak zewnętrznych objawów rzerzączki, ani też brak gonokoków nawet przy kilkakrotnem badaniu nie może być rzeczywistym probierzem: jeżeli wynik dziesięciokrotnego poszukiwania go-

nokoków jest ujemny, nawet wówczas jeden z dziewięciu badanych może zarazić kobietę. K. radzi takim chorym oddawać mocz przed każdym spółkowaniem, nie powtarzać spółkowania dwa razy z rzędu, zalecać żonie możliwie częste odkażające przepłukiwanie pochwy. (Münch. med. Woch. Nr. 14. VI. 1898).

= W przypadkach dławca, gdy inhalacje oraz środki wymiotne zawodzą, albo też ostatnie nie mogą być stosowane ze względu na upadek działalności serca, radzi MARSCHALL stosować nitroglicerynę; dawka dla dzieci 5—10-miesięcznych wynosi $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{600}$ grana i powinna być powtarzana, o ile nie skutkuje, co 5—10 minut. Zazwyczaj już po dwóch dawkach następuje wyraźne i znaczne polepszenie. (New-Jork med. Journ. 18. VI. 98).

= W trzech przypadkach poprzecznego złamania *patellae* MEIGS odświeżył brzegi kostne i zeszył je drutem srebrnym; zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. 98).

= Leczenie padaczki metodą FLECHSIG'a (makowiec i przetwory bromu) uważa ZIEHEN za najbardziej odpowiednie, w znacznej bowiem liczbie przypadków otrzymuje się dużą poprawę, a w pojedynczych nawet zupełne wyleczenie. Obok lekarstw oraz zwykłej diety, stosuje jeszcze Z. kąpiele codziennie: początkowo ciepłota wody wynosi 30° i kąpiel trwa 10 minut, przy każdej następnej kąpieli zmniejsza się ciepłotę wody o 1° oraz skraca kąpiel, wreszcie dochodzi się do tego, że chory przesiaduje tylko 3 minuty w wodzie o ciepłocie 21°. Kąpiele naznaczać należy przed wieczornym posiłkiem. (Semaine méd. Nr. 43. 98).

= BERT spostrzegł zgorzel skóry po trzytygodniowym stosowaniu na powłoki brzuszne pęcherza z lodem. Wyleczenie nastąpiło zaledwie w 9 miesięcy, a leczenie było bardzo trudne. (Lyon méd. Nr. 19. 98).

= BECK uważa za najwłaściwszy sposób leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego — możliwie wczesne wycięcie chorego narządu, śmiertelność bowiem przy tej operacji jest prawie żadna. (New-Jork med. Mon. VI. 98).

= W dziewięciu przypadkach ostrego otrucia łożem DELEARDE stosował podskórne zastrzykiwania sztucznej surowicy HAYEM'a w ilości 500 ctm. sz. je-

dnorazowo i otrzymał wyniki bardzo dobre: zniknięcie kolki łożowej po upływie 5—6 godzin, polepszenie stanu ogólnego, powrót łaknienia, polepszenie tętna. Na bezwład leczenia to zupełnie nie wpływa. (Echo med. du Nord. Nr. 3. VII. 1898).

= CUSTER stosował przy znieczuleniu metodą SCHLEICH'a zamiast kokainy chlorek tropokokainy (MERCK) i doszedł do wniosku, że ma on tę wyższość, iż będąc o trzy razy mniej trującym, działa również skutecznie. (Münch. med. Woch. Nr. 32. 98).

= KORN stosował w dwóch przypadkach uporczywego półpaśca ortoform w postaci proszku lub 10% maści i stwierdził nader szybkie ustanie bólów. (Arztl. Praxis. Nr. 13. 98).

= WYSS zaleca w krztuścu oraz kaszlu, zależnym od zapalenia górnego odcinka dróg oddechowych, wdychania rozpylanej płynnej parafiny przez nozdrza i usta 3 lub więcej razy dziennie. Preparat powinien być zupełnie czysty, bowiem tylko czysta parafina jest zupełnie bezpieczna. (Semaine méd. 17. VIII. 1898).

= W pięciu przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka z nadmierną wydzieloną śluzową zastosował CAPORALI przepłukiwania żołądka roztworem siarczanu cynku i wyniki otrzymał dobre i trwałe. Przemycania były wykonywane codziennie lub co drugi dzień naczczo, a po przemyciu cynkiem przepłukiwano żołądek roztworem sody 2‰, w celu zamiany pozostałego siarczanu cynku w węglan cynku — środek zupełnie obojętny. Początkowo stosuje C. roztwór siarczanu cynku 0,1—0,2‰, zwiększając tę dawkę stopniowo o 0,05‰ i dochodzi do 0,8‰. (Semaine méd. 17. VIII. 1898).

= We wrzodach lub innych uszkodzeniach rogówki stosuje z powodzeniem MARCINKOWSKI kseroform; wyleczenie następuje szybko bez pozostawienia widocznej blizny. (Ther. Mon. Nr. 7. 98).

M. B.