

# GAZETA LEKARSKA

## Ś. p. Prof. Henryk Jordan.

W dniu 13-m maja r. b. zmarł w Krakowie profesor położnictwa i chorób kobiecych, dyrektor kliniki ginekologiczno-położniczej Ś. p. Henryk JORDAN.

Prastara, a sławna Wszechnica Jagiellońska przez śmierć H. JORDANA postradała jednego z wybitniejszych profesorów, nauka polska poważnego przedstawiciela, społeczeństwo człowieka wielkiego serca, Polska wielkiego obywatela, wielkiego patriotę.

Ś. p. H. JORDAN urodził się w Przemyślu, w r. 1842. Szkoły średnie H. JORDAN ukończył w mieście rodzinnem, wydział lekarski w r. 1869, we Wszechnicy Jagiellońskiej. Wkrótce potem został asystentem kliniki położniczej, prowadzonej przez prof. M. MADUROWICZA, która wydała tak liczny poczet wyrobionych specjalistów i długi szereg zasłużonych dla specjalnego piśmiennictwa ojczyzstego autorów.

W r. 1881 H. JORDAN habilitował się na docenta położnictwa i chorób kobiecych, a następnie w r. 1895 zaczął wyklądać przedmioty te w charakterze profesora zwyczajnego, po śmierci zaś swego przewodnika i nauczyciela, prof. M. MADUROWICZA objął prowadzenie kliniki ginekologiczno-położniczej.

H. JORDAN, jako profesor i kierownik kliniki położniczo-ginekologicznej rozpoczyna działalność swą właściwie w epoce prze-

łomowej, co do poglądów na sposób operowania, ściślej mówiąc, opatrywania ran, a także prowadzenia i obsługiwania porodu.

Wprawdzie SEMMELWEISS już w r. 1861 wydał swe wiekopomne dzieło „Etiologia i zapobieganie gorączce połogowej” lecz idea jego, co miała stać się ratunkiem dla milionów istnień, zabezpieczając rodzące od opłakanych skutków macierzyństwa, przez czas dłuższy podobnie, jak pomysły LISTER’a, odnośnie postępowania przy opatrywaniu ran, nie znajdowały na razie odgłosu nawet wśród niektórych pierwszorzędných uczonych współczesnych.

Zdaje mi się, że nie pomylę się bardzo, gdy powiem, że H. JORDANOWI przypadło w zaraniu Jego działalności profesorskiej w udziale wspólnie z innymi kolegami na katedrach pokrewnych, jeżeli nie wprowadzenie, to utrwalanie zasad postępowania przeciwnilnego w klinice położniczo-ginekologicznej krakowskiej. Przekonywają o tem Jego rozprawy i artykuły, z zakresu profilaktyki położniczej w tym czasokresie ogłaszane. Do takich między innymi zaliczam: „Uwagi z powodu szerzenia się chorób położniczych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie. Przegląd Lekarski, 1881; a także rozprawa, pochlebnie przez A. MARS’a oceniona, p. n. „Jakiem postępowaniem można gorączce połogowej zapobiedz, słowa przestrogi i wskazówki właściwego postępowania dla użytku położnych i niewiast ich opieki potrzebujących”, Kraków, 1884, w 8-ce.

Pisma te, acz skromne rozmiarami, ale ważne treścią, obok zachęty słownej z katedry, a przykładu, stwierdzanego przez H. JORDANA, czynem i postępowaniem w praktyce, na owe czasy posiadają pierwszorzędną doniosłość i znaczenie.

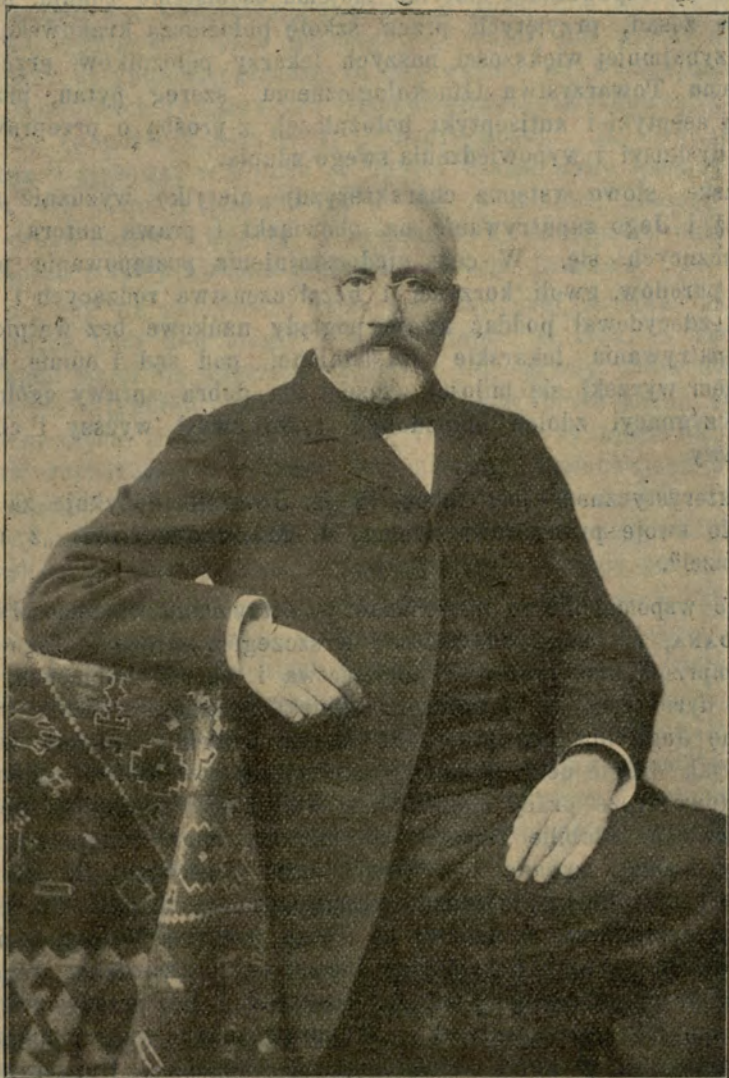
H. JORDAN z samego początku swej działalności lekarskiej poświęca się z wielkiem zamiłowaniem położnictwu, a posiadając pociąg nie tylko do wykonawstwa, lecz i zamiłowanie do nauczania, jał wkrótce za pióro. Gdy przy zetknięciu w praktyce z akuszerkami spostrzegł duże ich braki teoretyczne, postanowił napisać dla nich książkę. Jakoż w r. 1872 ukazała się z druku Jego „Nauka położnictwa dla użytku położnych”, dziełko zarówno swym układem jak i sposobem pisania zupełnie odpowiadające celowi. To też przyjęto książkę JORDANA życzliwie we wszystkich szkołach położniczych, w których nauka ta w języku polskim podówczas udzielaną była.

Okoliczność tą zachęciła H. JORDANA do wypuszczenia w świat, tak co do formy, jak i co do treści powiększonego i uzupełnionego drugiego wydania: Nauki położnictwa dla użytku położnych, co uskutecznił w r. 1885. W wydaniu nowem autor poświęca osobny ustęp postępowaniu przeciwnilnemu.

Pisanie podręczników jest rzeczą wogóle bardzo trudną, wymaga zupełnego panowania nad danym przedmiotem i we wszystkich jego działach i poddziałach, wielkiego doświadczenia, aby wiedzieć, co może być koniecznym, niezbędnym dla czytelnika, a co mniej ważnym, a o tem przekonywa tylko własne doświadczenie, zdobyte praktyką. Nadto sam sposób przedstawienia kwestyi, forma, w jakiej zawarto opis i określenie, wymagają obok uzdolnienia w nauczaniu i daru pisarskiego. H. JORDAN, przyznać

to trzeba, na ogół, szczęśliwie ominął następczające się trudności i dał podręcznik wogóle dobry. Po wydaniu drugim, w niespełna w lat siedmiu H. JORDAN, zachęcony powodzeniem, a przynaglany potrzebą uczących się, wydaje nowy podręcznik pod pierwotnym tytułem.

Podręcznik ten do r. 1904 doczekał się aż pięciu wydań. Najnowsze wydanie przy współdziałaniu docenta S. DOBROWOLSKIEGO, którego zeszyt I-y



wyszedł z pod prasy przed paru tygodniami, wzbogaca naszą literaturę dziełem z zakresu położnictwa zupełnym, dla użytku już nie położnych, lecz lekarzy i studentów, nader pożytecznym i wysoce wartościowym <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Podręcznik Położnictwa dla uczniów i lekarzy napisany przez profesora H. JORDANA ze współdziałaniem docenta dra S. DOBROWOLSKIEGO. Kraków, 1907. Duża 8-ka. Nakład Wydziału Stowarzyszenia do wydawania dzieł lekarskich, imienia E. KORCZYŃSKIEGO.

W przedmowie do IIIgo wydania, autor między innymi pisze: podręcznik taki powinien zawierać jedynie to, co jest pewnikiem w nauce i czego zastosowanie nie może zaszkodzić. Na to powszechna jest zgoda. Jednak obecne czasy rodzą ciągle nowe pomysły, dotyczące tak metody postępowania w praktyce — w myśl zasad aseptyki i antiseptyki — jako też wyboru odpowiednich środków. Nasuwają się tutaj ciągle pewne wątpliwości. Aby książka ta odpowiadała nie tylko mojemu osobistemu zdaniu, lecz stała się wyrazem zasad, przyjętych przez szkołę położniczą krakowską i zapatrywań przynajmniej większości naszych lekarzy położników, przedłożyłem Krakowskiemu Towarzystwu Ginekologicznemu szereg pytań, przeważnie dotyczących aseptyki i antiseptyki położniczej, z prośbą o przeprowadzenie nad nimi dyskusji i wypowiedzenia swego zdania.

Powyższe słowo wstępne charakteryzuje nie tylko wyznanie naukowe lekarza, lecz i Jego zapatrywanie na obowiązki i prawa autora podręcznika dla uczących się. W celu ujednostajnienia postępowania przy obsługiwaniu porodów, gwoźli korzyści i bezpieczeństwa rodzących i położnic H. JORDAN zdecydował poddać swoje poglądy naukowe bez wątpienia wytrawne, zapatrywania lekarskie uzasadnione, pod sąd i opinię kolegów, a tem samem wyrzekł się miłości własnej dla dobra sprawy ogólnej. Na taki akt rezygnacji zdolen się zdobyć tylko umysł wyższy i charakter wysoce prawy.

Charakterystycznym jest także, iż H. JORDAN dedykuje za każdym razem dzieło swoje profesorowi swemu M. MADUROWICZOWI „z uczuciem najgłębszej czci”.

Kreśląc wspomnienie to natychmiast po otrzymaniu wiadomości o śmierci H. JORDANA, nie mogę wdawać się w szczegółową ocenę Jego działalności, nasamprzód, jako profesora położnictwa i chorób kobiecych, a potwóre, jako dyrektora kliniki położniczo-ginekologicznej, a także w drobiazgową ocenę Jego licznych prac i artykułów naukowych — nie wątpię, iż tak jedno, jak drugie uczynią lepiej, jako więcej powołani do tego odemnie Jego współtowarzysze pracy i uczniowie, wśród których znajdują się, już nie od dziś, nazwiska chlubnie zapisane na kartach nauki lekarskiej. To jednak między innymi, wypada i w tem miejscu stwierdzić, iż H. JORDAN w warunkach niekorzystnych, co do urządzenia i zasobności kliniki rozpoczął swoją działalność, a zmiany na lepsze pod tym względem nader leniwo następowały. Widzimy to między innymi ze sprawozdania Jego współtowarzyszów pracy, obecnego prof. A. ROSNER'a, i tak przedwcześnie zgłasłego dla nauki S. ŚWITALSKIEGO. W sprawozdaniu wspomnianem z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-płożniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem J. JORDANA, z roku szkolnego 1893/4, autorowie, we wstępie, zaznaczają, że materiał kliniczny nie dał się należycie wyzyskać z powodu, iż klinika, jako lokal, najzupełniej nieodpowiada swojemu przeznaczeniu, a jej urządzenie wewnętrzne urąga wszelkim nowszym wymaganiom nie tylko daleko idącym, ale wprost najelementarniejszym

Nieco dalej, czytamy: „sala operacyjna, w której wykonywa się laparotomie, jest równocześnie salą wykładową dla kliniki uczniów, i szkoły akuszerok, oraz dla kursów asystentów i salą porodową. Liczba łóżek wynosi 11, nadto, jest oddział rezerwowy w szpitalu św. Łazarza na 20 łóżek”.

Pomimo tak niekorzystnych warunków do pracy, H. JORDAN przez cały okres swej działalności profesorskiej i kierownika kliniki gorliwie i systematycznie naucza i prowadzi klinikę.

Rozpatrując się, chociażby pobieżnie, w spuściźnie literacko-naukowej H. JORDANA, wynoszącej parę dziesiątków, mniej lub więcej obszernych prac, rozpraw, artykułów, ogłaszanych przeważnie w „Przeglądzie Lekarskim”, w „Rocznikach Towarzystwa Ginekologicznego Krakowskiego”, jedno ustalić muszę, że znać z nich stały i ciągle postęp. H. JORDAN nie tylko znał lecz i stosował w klinice w danym czasie nowe sposoby i metody operacyjne. On jeden z pierwszych, u nas, w r. 1899, dokonał cięcia cesarskiego drogą pochwy metodą DÜRRSEN'a z następnem natychmiastowym wycięciem macicy [rakiem zajętej] sposobem DOYEN'a.

Gdy poglądy na patogenezę ciąży pozamacicznej, a także na postępowanie lecznicze przy niej uległy pewnej zmianie, H. JORDAN sam i wspólnie z kolegami zajął się bliższem badaniem tej sprawy chorobowej; opisał On w szeregu artykułów kilkanaście przypadków przez siebie spostrzeganych i operowanych. [Przegląd Lekarski. 1895]: Przy opisie autor podaje nowy objaw rozpoznawczy w razie wątpliwości, a mianowicie, w przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, według JORDANA, stwierdzić się daje łatwo przy pomocy zglębniaka macicznego, że ściana wewnętrzna macicy jest miękksza niż zwykle i bardzo wyraźnie nierówna, niby w bruzdy poorana.

H. JORDAN posiadał pewną pomysłowość w zabiegach operacyjnych. Gdy u pewnej 30-letniej chorej, cierpiącej na silne dolegliwości w krzyżu, wykonał cięcie brzuszne i znalazł jajniki, wskutek licznych małych torbieli znacznie powiększone i wiszące w DOUGLAS'ie na więzach (*liga. infund. pelv; lig. ovar. prop. i mesovarium*) tak wydłużonych, że DOUGLAS'a nie opuszczały, nawet po uniesieniu w górę macicy, JORDAN zmniejszył nasamprzód jajniki, nakłuwając pojedyncze torbiele kauterem, następnie, skrócił więzy katgutowym szwem kapciuchowym i unióśł je ku górze z macicy, przyszywając tę ostatnią do ściany brzucha.

Była zatem w tym przypadku w oryginalny sposób pomyślana i wykonana *oophorexia*.

Z inicjatywy H. JORDANA, a niezależnie od takiego pomysłu A. PRINARDA, w klinice położniczej krakowskiej, w swoim czasie przeprowadzone zostały badania nad działaniem zapobiegawczem surowicy przeciwpaciorokowej. Poddano tam próbie 288 rodzących, połowę ich pozostawiono bez surowicy dla kontroli, a druga połowa otrzymała zastrzyknięcia w różnych ilościach. Wyniki tych badań wzbudziły wówczas powszechne zainteresowanie. Uczniowie i współtowarzysze pracy prof. H. JORDANA podejmowali

badania nad najnowszymi zagadnieniami, jak up. ostatnio, S. DOBROWOLSKI nad cytotoksynami łożyskowemi i t. d.

Wogóle w działalności lekarskiej H. JORDANA i otoczenia Jego znać i widać dążenie, aby klinika krakowska stanowiła jedno z ognisk powszechnych wiedzy, aby wszystko cokolwiek nauka, na Zachodzie, w dziedzinie umiejętności lekarskiej wytworzyła, wyzyskanem być mogło ku pożytkowi i rozwojowi wiedzy specjalnej w kraju, a szczególnie, sprawy racjonalnej pomocy położniczej.

O wszystkich pracach H. JORDANA to ogólnie powiedzieć da się, że przebija z nich duża sumienność spostrzegania, dokładna wiadomość współczesnego stanu wiedzy i spokojny sąd krytyczny.

Gdybym poprzestał na tem zarejestrowaniu zasług zmarłego, jako profesora, dyrektora kliniki i uczonego specjalisty, byłby to portret Jego bardzo niedokładny, niezupełny.

Oblicze duchowe dra HENRYKA JORDANA najlepiej się uwydatnia w Jego działalności obywatelskiej.

JORDAN był naturą złożoną, indywidualnością niepospolitą. Umysł, dla którego wiedza lekarska, sprawy i zajęcia zawodowe nie wystarczały i nie zdolne były wypełnić Jego życia, serce, które niezadawało się przysparzaniem dobra tylko najbliższemu, lecz ogarniało jaknajszersze warstwy społeczeństwa, które odczuwało wszelkie sprawy i interesy narodowe, które pragnęło natchnąć własną bezgraniczną miłością i poświęceniem dla wszystkiego, co swojskie, bodaj cały naród, wreszcie charakter, który zarówno śmie i czyni, jak znosi, charakter czynny w praktykowaniu cnoty, a nie mniej stanowczy w odmowie czynienia czegokolwiek, co byłoby występkiem i znieprawieniem — oto wizerunek duchowy H. JORDANA.

Ofiarność Jego była wprost bez miary; wszystko co zarabiał szło na cele dobra publicznego — a ofiarności tej zawsze przyświecała myśl narodowa, myśl obywatelska.

Gdy założono Bank poznański dla obrony przed Komisją kolonizacyjną, H. JORDAN zorganizował Komitet, w Krakowie, dla zakupywania akcji banku, a rzecz naturalna, że pierwszy nabył akcje.

Kiedy po założeniu gimnazjum polskiego w Cieszynie, niemiecka rada gminna tego miasta, pragnąc odciągnąć dzieci biednych polskich rodziców od tej twierdzy naszej — przed nawałą germanizmu na kresach zachodnich, uchwaliła 50 stypendyów dla gimnazjum niemieckiego, JORDAN w odpowiedzi jej dał pieniądze na 10 stypendyów polskich. Czyn ten wywołał naśladownictwo i wciągu miesiąca utworzyła Galicya 100 stypendyów dla gimnazjum w Cieszynie.

Gdy wynikła sprawa Wrześni, JORDAN zarządził składki na pokrzywdzone dzieci.

JORDAN co roku w Zakopanem dawał gościnę w swoim domu kilkorogom dzieciom wielkopolskim i paru klerikom z seminarjów w Wielko-Pol-

sce i w ten sposób „oduiemczał” ich. Pragnął On, aby w przejeździe przez Kraków ujrzeni oni wiekie narodowe pamiątki, aby przynajmniej przez parę miesięcy mogli swobodnie mówić po polsku.

JORDAN ostatnio zorganizował Komitet, który był się zajął dopomoczeniem młodzieży, po bojkocie szkół w Królestwie Polskiem, szukającej gościny w Galicyi.

Piękna dusza JORDANA wyjątkowo wrażliwa była na sztukę plastyczną. W miarę zasobów szedł On jej z pomocą, kształcił własnym kosztem malarzy i rzeźbiarzy za granicą, gromadził piękną prywatną galerję.

Znany nasz poeta i rzeźbiarz S. LIPiński, wybitny uczestnik powstania z r. 1863, podczas długiej choroby znalazł w JORDANIE opiekuna troskliwego, a syn jego — wychowawcę. Doznał też Jego przyjacielskiej pomocy nieżyjący już utalentowany artysta malarz Wolski.

Najtrwalszym bodaj pomnikiem, jaki pozostaje po HENRYKU JORDANIE jest park Jego imienia w Krakowie, a wogóle — idea parków takich. Park ten powstał z troski o przyszłe pokolenia, o ich zdrowie i odporność fizyczną. JORDAN odbył podróż umyślną do Szwecyi i Anglii, przestudował i zbadał na miejscu, naocznie, co na tem polu tam zrobiono, co się nadało dla nas zastosował, a resztę swojemi pomysłami wzbogacił. Park JORDANA, który nam z takim zadowoleniem podczas ostatniego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie, osobiście pokazywał, po którym sam liczne drużyny działwy przed gośćmi przeprowadzał, obejmuje wielką przestrzeń planowo zadrzewioną i celowo urządzoną. Są tutaj boiska, hale do zabaw, kąpiele natryskowe i t. p. W parku ustawiono kilkadziesiąt biustów marmurowych najznakomitszych ludzi z naszej przeszłości. Przez ten park przesuwają się dziesiątki tysięcy dzieci, przeważnie rodzin niezamożnych, robotniczych, które pod opieką i kierunkiem całego zastępu odpowiednio wykształconych nauczycieli, ćwiczą ciało i ducha, zaprawiają się do posłuszeństwa, karności, rozbudzają w sobie uczucia patriotyczne. „Parki JORDANA”, powstałe w różnych miastach Galicyi, a także i w niektórych miastach niemieckich [np. w Wiedniu] zyskały sławę europejską.

Założenie i utrzymanie parku kosztowało dra H. JORDANA, jak obliczają, około 400,000 koron.

Ostatniem Jego dziełem były warsztaty rzemieślnicze dla młodzieży gimnazjalnej, założone jego kosztem w Krakowie.

Za te czyny pożyteczne i szlachetne JORDAN odbierał dowody wielkiego uznania. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie powoływało Go parokrorotnie na swego Prezesa, wydział lekarski obdarował Go godnością dziekana, miasto Kraków wybierało Go na rajcę miejskiego; w latach 1895—1901 JORDAN posłował na sejm krajowy; parę miast w Galicyi nadało mu obywatelstwo honorowe.

Było to zupełnie zrozumiałem, bo JORDAN był chlubą naszego społeczeństwa, a mógłby nią być każdego.

Historya HENRYKA JORDANA to żywot, zaprawdę, istotnie pocziwego człowieka . . . Dał On z Siebie nauce, miastu, krajowi—wszystko; oddał rodakom—już za życia—co posiadał.

\*

\*

\*

Na końcu tej karty żałobnej, mającej na celu hołd i cześć dla Zmarłego, kładę napis, który widziałem na jednym z pomników w katedrze Św. Pawła:

JUST A MAN.

JÓZEF JAWORSKI.

Warszawa, 19-go Maja 1907 roku.

I. Z PRACOWNI PRZY KLINICE UNIWERSYTECKIEJ W SZPITALU DZIECIĄTKA  
JEZUS W WARSZAWIE.

## Gorączka powrotna pod względem bakteryologicznym.

skreślił

Leon Karwacki.

Krętek gorączki powrotnej otwiera nową erę w dziedzinie chorób zakaźnych, erę rugowania hypotetycznych *contagia viva* i zamieszczenia ich przez konkretne formy pasorzytnicze. Zasluga wykrycia pierwszego z zarazków ludzkich przypadła w udziale Ottonowi OBERMEIER'owi, który w roku 1868 dostrzegł we krwi chorych na gorączkę powrotną „delikatne nitki obdarzone ruchem”. Dopiero w roku 1873 badacz ten ogłosił drukiem swe spostrzeżenia, stwierdziwszy ponownie ich stałość w czasie drugiej epidemii gorączki powrotnej. W tym samym roku OBERMEIER padł ofiarą swych dociekań, zaraziwszy się w czasie badań nad cholera.

Krętki OBERMEIER'a są to delikatne nitkowate twory, obdarzone łagodnymi śrubowatemi zgięciami. Grubość ciała nie dochodzi do 1 $\mu$ , długość wynosi 10—20, niekiedy 40 $\mu$ . Końce często bywają zaostrome. Ilość zgięć śrubowatych jest niestała: od 6 do 20. Badane we krwi świeżej krętki wykazują nadzwyczaj żwawe ruchy. Ponieważ własność załamywania światła przez ciało krętkowe niewiele się różni od własności refrakcyjnych osocza, mało wprawne oko dostrzega z początku mocne i nieprawidłowe ruchy krętków krwi, potraconych przez jakąś siłę niewidzialną. Ruchy te powoli słabną, i wtedy nietrudno dostrzedz zarówno same krętki, jak i rodzaj ruchu. Ruch ten jest potrójny: obrotowy, wahadłowy i postępo-



wo-wsteczny, Ilość krętków we krwi zależy od okresu choroby i od cech indywidualnych chorego ustroju: największa w ciągu pierwszych dni pierwszego napadu, zmniejsza się i znika zupełnie nakrótka przed przełomem. W okresie bezgorączkowym badanie zwykle wypada ujemnie; w pierwszej połowie drugiego i trzeciego nawrotu krętki pojawiają się znowu, aczkolwiek nie tak obficie, jak w pierwszym napadzie, a ku końcowi nawrotu znikają znowu. Tak się przedstawia w grubych zarysach posocznica krętkowa ze stanowiska rozpoznawania mikroskopowego.

W tych razach, gdy badamy krew w okresie ubogim w krętki, badanie krwi świeżej powinno być uzupełnione przez oglądanie preparatów barwionych. Istnieje kilka sposobów uwydatniania krętków na preparacie suchym. W początkach, kiedy technika barwienia była uboga i niedoskonała, wobec słabego powinowactwa krętka do barwników uciekano się do rozpuszczania krążków czerwonych, które maskowały i przykrywały krętki, dalej stosowano barwniki energiczne, jak fuksyna karbolowa, fiolet gencyanowy, które dawały niepożądane zabarwienie tła. Obecnie w preparacie GIEMZY posiadamy barwnik, dający obrazy wyraźne, czyste i wielobarwne.

Krew, rozpostartą na szkiełku przedmiotowym i wysuszoną, utrwała się przez 20 — 30 minut w wysoku bezwodnym. Barwnik sporządza się przed każdym barwieniem świeży w stosunku 1 kropli odczynnika GIEMZY na 1 ctm. sz. wody przekroplonej. Barwnik nalewa się na szkiełko bez filtrowania. Po godzinie preparat zmywa się wodą, osusza, przykrywa balsamem i ogląda za pomocą immersyi. Na preparacie barwionym w ten sposób łatwo jest odszukać krętki, nawet gdy krew w nie wcale nie obfituje. Krętki barwią się na kolor fioletowy.

Krętki leżą bądź pojedynczo, bądź po dwa i po trzy, splecione zgięciami, czasem zwinięte w kółko, lub uczepione u pierwiastków komórkowych krwi. Niekiedy ciało krętka różniczkuje się w pewne ziarnistości, które większość badaczy uważa za obrazy zwyrodnienia. Dość często udaje się napotykać długie egzemplarze krętkowe, posiadające na środku wyraźne ścięcenie. Obrazy te są pojmowane jako wynik rozmnażania się drogą podziału poprzecznego. W rzadkich przypadkach krętki mogą się układać grupami w postaci kłębków i gwiazd.

Badanie budowy wewnętrznej krętków na preparacie zwykłym następuje z dużymi trudnościami. Niektórzy z badaczy odwirowywali krętki ze krwi i po dokładnem wymyciu sporządzali preparaty. Tą drogą STEPHENS wykazał u krętka gorączki afrykańskiej rodzaj otoczki, ZETTNOW zaś zapomocą zaprawy wykrył obecność rzęsek wzdłuż całego ciała. Nadmienić należy, że pierwszy zwrócił uwagę na aparat rzęskowy krętka KARLIŃSKI.

Zapomocą barwnika GIEMSY można uwydatnić zmiany kształtu, zachodzące w krętkach w okresach znikania ich z krwiobiegu. Zmiany te są dwojakiej natury: tworzenie się ziaren i rozpad zwykły. Zdaniem mojem, pierwsze zjawisko jest aktem przemiany krętkowej, ewolucją. Tworzenie się ziaren przedstawia dużo podobieństwa do zjawisk równoznacznych, zachodzących u krętków żółdziowych i krętków białych, które szczegółowo

opisałem w innej pracy. Krętek OBERMEIER'a segmentacji całkowitej ulega rzadko; zazwyczaj wytwarza on jedno lub dwa ziarna w części biegunowej. Ziarna niekiedy tworzą rodzaj główki krętka, czasem zaś leżą zupełnie wolne. Barwią się na mocny kolor fioletowy.

Co się tyczy rozpadu krętka, to akt ten poprzedzają zmniejszenie się powinowactwa barwnikowego i odmienne przyjmowanie barwnika: krętek barwi się na blado-niebieski lub szary kolor. W daleko posuniętej sprawie krętek rozpada się na podłużne delikatne niteczki, lub przedstawia się jako bezpostaciowa szarawa bryłka. Czasem krętek w okresie cytolizy zwija się w kółko i wygląda jak pierścień, niezmiernie słabo zabarwiony.

Według GRAM'a krętki odbarwiają się całkowicie. Zarodników właściwych nie wytwarzają, gdyż krew chorych po ogrzaniu do 60° traci własności zakażające.

Powstawanie ziaren w pewnych okresach gorączki powrotnej zwracało uwagę bardzo wielu badaczy. ALBRECHT przechowywał krew wolną od krętków i po 5—6 dniach obserwował raptowne pojawianie się krętków. Podobne spostrzeżenie zrobił i GERHARDT. Z drugiej strony szczepienie zwierzętom krwi chorych, wziętej w okresie wolnym od krętków, wywoływało powstawanie posocznicy typowej. Spostrzeżenia te nasuwają przypuszczenie, że w okresach międzynaopadowych pasorzyty istnieją w krwioobiegu w postaci odmiennej. Być może, że ziarna są tą postacią, rodzajem przetrwalników, z których wytwarzają się w następstwie nowe pokolenia krętków.

Wszelkie próby otrzymania hodowli sztucznej krętków, jak dotąd, nie powiodły się. Udało się jedynie przechowywać krętki w różnych środowiskach. Jeżeli wziąć krew od chorego w okresie początkowym napadu i odwłóknąć, to przy ciepłocie pokojowej udaje się utrzymać krętki przy życiu w ciągu kilku lub kilkunastu dni [według MOCZUTKOWSKIEGO do 37 dni].

Im bliższym jest przelomu okres brania krwi, tym szybciej giną pasorzyty. Doskonale przechowują się krętki w pijawkach. W odwłóknionej krwi końskiej można je utrzymać przy życiu w ciągu 37 dni przy ciepłocie pokojowej; w odwłóknionej krwi szczurów, dotkniętych posocznicą krętkową, żyją najdłużej, bo 40 dni. Na agarze krwawym żyją do 30 dni, jeżeli próbkówka zabezpieczona jest przed wysychaniem. Rodzaj hodowli otrzymał NOVY, używając woreczków kolodjonowych, napełnionych krwią szczurzą, które zasiewał i wszywał szczurom do otrzewny. Krętki rozmnażały się, aczkolwiek miernie i żyły w tych warunkach do 7 dni. Zasiwając tą hodowlą nowy woreczek, NOVY utrzymał przy życiu krętki w ciągu 68 dni, dokonawszy w tym czasie 20 przeszczepień.

Na zadziaływanie wszelkich czynników szkodliwych, krętki są niezmiernie wrażliwe.

Przy ciepłocie 48° giną w ciągu półgodziny, przy 80° w przeciągu pół minuty. Słabe kwasy i słabe zasady zabijają je momentalnie, ostatnie

i rozpuszczają zarazem. Gliceryna działa zabójczo, gdy dodana jest do krwi w stosunku  $\frac{1}{20}$  objętości, wyskok 12% przy  $\frac{1}{12}$  objętości. We krwi chorych zmarłych na wysokości sprawy krętki były wykryte jeszcze w 40 godzin po śmierci.

Krętki należą do grupy zarazków przechodzących przez świeczkę porcelanową. Z tego widać, że „*virus filtrable*” niekoniecznie musi leżeć poza granicą naszego dostrzegania. W doświadczeniach badaczy amerykańskich krew krętkowa z dodatkiem cytrynianu sodu była przepuszczana przez filtr BERKEFELD'a № 9 do próżni w ciągu 30 — 60 minut. Z 9-u prób 4 razy filtrat okazał się dla szczurów zaraźliwym.

W ciągu ostatnich dwóch lat zainteresowanie się świata naukowego rodziną krętków, wzrosło ogromnie, dzięki odkryciu przez SCHAUDINN'a zarazka swoistego przymiotu, który należy również do grupy krętków (*spirochaete pallida*). Potężny ruch naukowy dotknął i krętki gorączki powrotnej. Stwierdzono, że choroba ta panuje oprócz Europy, w Afryce podzwrotnikowej, w Indjach [Bombay], w Ameryce południowej [Kolumbia].

Pasorzyty, niezmiernie podobne pod względem morfologicznym, różnią się pod względem chorobotwórczości dla różnych gatunków zwierzęcych i pod względem ciał swoistych, powstających w zakażonym ustroju. Przyjmując należy, że istnieją — jak obecnie — 4 rasy krętków, wywołujących u człowieka gorączkę powrotną.

W roku 1879 CARTER i KOCH stwierdzili, że gorączce powrotnej mogą ulegać i małpy, zakażone krwią chorych. Z biegiem czasu wyjaśniło się, że prawie wszystkie zwierzęta laboratoryjne są wrażliwe na zakażenie krętkami, tylko nie u wszystkich sprawa przebiega z nawrotami. Małpy chorują ciężko, cierpienie ma cechy nawrotowe. Myszy białe również ulegają sprawie nawrotowej, napady trwają 2 — 3 dni, przerwy — około tygodnia, wyzdrowienie jest regułą. Szczury dostają zwykle posocznicy, trwającej do 3-ch dni, poczem zarazki giną i we krwi już nie pojawiają się.

Na małpach starano się wyśw ietlić patogenezę zakażenia ludzkiego, mianowicie sprawdzano wartość teorii, tłumaczących przyczyny nawrotów i ewentualną rolę śledziony w mechanizmie choroby. MIECZNIKOW utrzymywał, że brak pasorzytów w krwioobiegu w okresach bezgorączkowych ma za przyczynę pochłanianie pasorzytów przez fagocyty i gromadzenie się fagocytów „z lupem” w śledzionie, gdzie miało powstawać energiczne niszczenie zarazków. Oprócz powiększenia śledziony, pogląd ten zdawały się potwierdzać doświadczenia ze szczepieniem soku śledzionowego, które dawały wyniki dodatnie. Obecnie wiemy, że przebieg choroby u małp i szczurów, którym wycięta była uprzednio śledziona, nie różni się wcale od zwykłego, i że krew posiada własności zakażające również w okresie bezgorączkowym. Teorya więc MIECZNIKOW'a nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy.

Wiadomości nasze o drogach szerzenia się gorączki powrotnej, jak doąd, są bardzo niekompletne. Przypuszczać należy, że w roznoszeniu cho-

roby dużą rolę odgrywa robactwo: pluskwy, wszy i pchły. Pogląd taki nasuwają spostrzeżenia epidemiologiczne, dowodzące, że rozsadnikami zarazy bywają przytułki noclegowe, więzienia, baraki, gdzie przy znacznem skupieniu ludzi panuje brud i niechlujstwo. Ani w wodzie, ani w powietrzu, ani w ziemi krętków o typie OBERMEIER'owskim nie wykryto.

Źródłem zarazy zawsze bywa krew ludzka zakażona. Pierwszy MÜNCH w roku 1874 otrzymał doświadczone zakażenie u człowieka; jako materiał do szczepienia użyta była krew chorego w okresie gorączkowym. Następnie w roku 1876 doświadczenie to powtórzył MOCZUTKOWSKI. Ciekawa strona tego doświadczenia polega na tem, że do szczepienia była wzięta krew chorego na gorączkę żółtaczkową (*typhus biliosus*), nader bogata w krętki. Po 7-u dniach wylegania u szczepionego wystąpiła typowa gorączka powrotna. W roku 1881 gorączkę powrotną szczepił sobie MIECZNIKOW z wynikiem dodatnim — 2 napady. W roku 1892 BAŻENOW, sporządzając preparaty ze krwi chorego, skaleczył się zakażeniem szkiełkiem i po 7-u dniach dostał gorączki typowej.

Wydzieliny i wydaliny chorych pasorzytów nie zawierają i nie posiadają żadnej wartości ze stanowiska epidemiologicznego, oczywiście z wyjątkiem tych przypadków, gdzie wydalina patologiczna zawiera domieszkę krwi. Zacytować tu można obecność krętków w moczu przy haematuryi [KANNENBERG], we krwi miesiączkowej [MOCZUTKOWSKI], w wydzielinie nosowej przy krwawieniu [LITTEN].

Szczupłe dane, dotyczące roli pasorzytów naskórnych w tej sprawie, zawdzięczamy TIKTIN'owi. Badacz ten szukał bez skutku krętków we wszach, pochodzących z notorycznych ognisk zarazy. Dodatnie wyniki otrzymał co do pluskw. Pluskwy, złapane w łózkach chorych gorączkujących, zawierały krętki. Droga sporządzania preparatów barwionych, udawało się stwierdzić jak długo krętki żyją w pluskwie. Okres ten TIKTIN szacuje maksymalnie na 100 godzin. Sokiem z rozartych pluskw były zaszczepione 2 małpy, z których jedna dostała gorączki powrotnej.

Rola pasorzytów może być w tym razie dwojaka: albo pasorzyt sam wprowadza zarazki do świeżej ranki, którą zadaje przez ukąszenie, albo osobnik, drapiąc się, rozgnięta pasorzyta i wciera zakażoną treść w obrażenie skórne.

Daleko dokładniejsze są nasze wiadomości o szerzeniu się gorączki powrotnej w Afryce. Krętek gorączki afrykańskiej nosi miano *spirochaete DUTTONI* na cześć badacza angielskiego, który pierwszy ustalił etiologię tej sprawy (*Tic-fever*). Koch stwierdził, że przenośnikiem krętka jest pasorzyt *Ornithodoros moubata*, który odgrywa tam rolę naszej pluskwy. W ciągu dnia pasorzyt przebywa pod podłogą mieszkań, pod matami, pod dachami, nocą zaś wychodzi z ukrycia i ssie krew ludzką. Ponieważ gorączka panuje tam endemicznie, zdarza się często, że krew, którą pasorzyt wysysa, jest zakażona. Pierwszym etapem krętków jest żołądek pa-

sorzyta, skąd po kilku dniach znikają i umiejscawiają się na powierzchni jajnika. Sporządzając preparaty z jajników, można wykryć znaczne ilości krętków, poskręcanych i poplątanych nakształt filcu. Szczegół ten dowodzi, że krętki w ustroju *Ornithodoros* rozmnażają się bardzo pomyślnie. Na tem nie kończy się stosunek krętków do pasorzyta. Z jajnika krętki przechodzą do niektórych jaj zapłodnionych. Młode pasorzyty, wyklute z takich jaj, są zakażone przez krętki i mogą przenosić gorączkę powrotną na małpy, jak stwierdził Koch doświadczalnie.

Aczkolwiek w trakcie tych badań nie podpatrzył Koch śladu jakichkolwiek przemian w wyglądzie krętków, nakształt tego co inni badacze stwierdzili u pasorzytów zimnicy, świdrowicy, piroplazmozy, jednakże goszczenie i rozmnażanie się krętków w ustroju pośrednim (*Zwischenwirth*) nasuwa pewne domniemania co do natury pierwotniakowej krętków gorączki powrotnej.

Doświadczenia na ludziach wykazują stałą obecność w tej sprawie okresu wylegania. Powstaje przeto pytanie, jak pojmować ten okres ze stanowiska patogenetycznego. Sądziłbym, że okres wylegania odpowiada rozmnażaniu się krętków w zarażonym ustroju. Podobnie jak z krętkiem bladym w przymiocie, rzecz się ma z krętkiem OBERMEIER'a w gorączce powrotnej. Dla powstania objawów klinicznych, a w pierwszym rzędzie podniesionej ciepłoty, niezbędne jest pewne *minimum* zarazków w krwioobiegu. Wytworzenie się tej ilości krętków, zależnie od ilości zarazków wprowadzonych przez zarażenie i od właściwości ustroju, może trwać od 5 do 7 dni.

Gorączka powrotna przedstawia najczystszy typ posocznicy, gdyż poza krwiobiegiem i narządami krwiotwórczymi—innych umiejscowień zarazka nie spotykamy zgoła.

Obecność krętków w krwioobiegu wywołuje wybitny odczyn leukocytowy: zwiększa się głównie ilość leukocytów wielojądrowych, a po części myelocytów. Objaw ten niektórzy z badaczy uważają za celowy, gdyż leukocyty mają pożerać i niszczyć krętki. IWANOFF podał swoją metodę barwienia, zapomocą której jakoby miał widzieć wyraźnie krętki pochłonięte w środku fagocytów. Ja pomimo doskonałego barwienia i codziennego badania krwi u kilku chorych, objawów wyraźnej fagocytozy w krwioobiegu dostrzedz nie mogłem.

Wpływ krętków na krążki czerwone wyraża się w postaci hemolizy. Oprócz osłabienia odporności krążkowej skonstatować łatwo przyrost erytrocytów młodych, posiadających wewnątrz skupienia z nitek chromatynowych [przyszłe płytki], które uważać należy za odczyn narządów krwiotwórczych na bodziec hemolityczny. Energiczny rozpad krążków w ciężkich formach posocznicy daje obraz kliniczny tak zwanego „tyfusu żółtaczkowego”.

Poza krwioobiegami zmiany patologiczne zaznaczają się jeszcze w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym. Śledziona bywa znacznie powiększona zarówno u człowieka, jak i u zwierząt. Poza gromadzeniem się pasorzytów w śledzionie, które podkreśla MIECZNIKOW, powiększenie śledziony może być tłumaczone jeszcze jako następstwo energicznej regeneracji krwi. To samo dotyczy i szpiku kostnego.

Co się tyczy ochronnej roli łożyska w ustrojach w stanie ciąży, to rola ta, podobnie jak w przymocie, jest niedostateczna: notowane były w patologii ludzkiej dwa przypadki zarażenia się płodu od matki [ALBRECHT i SPITZ] i dość liczne przypadki w patologii zwierzęcej.

Naksztalt innych zakażeń pobyt krętków w ustroju wywołuje swoiste zmiany humoralne. Czy te właśnie zmiany humoralne nadają tak typowe piętno chorobie w postaci nawrotów, napewno twierdzić nie można. Właściwości swoiste prowadzą się do dwóch czynności konkretnych: zjawisk bakteryolitycznych, wykrytych dzięki GABRYCZEWSKIEMU [świeżo zmarłemu przy kontynuowaniu dalszych badań w tej sprawie] i jego uczniom, oraz zjawisk aglutynacyjnych, które po HEYDENREICH'u opisali badacze polscy jak MOCZUTKOWSKI, DUNIN.

Według GABRYCZEWSKIEGO przełom ma zależeć od niszczenia zarazków w ustroju dzięki nowowytworzonym ciałom bakteryolitycznym. Obecność tych ciał nie ulega żadnej wątpliwości. Powstaje jednak pytanie, dlaczego nie wszystkie zarazki giną, czemu przypisać pozostanie przy życiu pewnych osobników krętkowych, które rozwijają się znowu w okresie bezgorączkowym i dają drugi i trzeci napad. Sądzę, że muszą tu wchodzić w grę pewne nieznanne dotąd własności biologiczne i morfologiczne krętków, zapewniające im przetrwanie pomimo wpływu bakteryolizyn.

Dzięki łatwemu rozpoznawaniu choroby drogą bezpośredniego badania krwi, aglutynacja krętków OBERMEIER'a poważnej wartości dyagnostycznej nie posiada. Drugi szkopuł, który osłabia wartość metody nawet u chorych w okresie bezgorączkowym, — to brak hodowli sztucznych krętka, wskutek czego serodyagnostyka może być tylko zabawką pracownianą.

U człowieka jednorazowe przebycie typowej gorączki powrotnej [z 2—3 napadami] wywołuje albo odporność zupełną na nowe zakażenie, albo odporność częściową, która sprawia, że nowe zakażenie posiada przebieg nader łagodny. Surowica ludzka lub zwierzęca, otrzymana wkrótce po przebytej chorobie, posiada własności ochronne: jeżeli wstrzyknąć surowicę razem z zarazkami, to zwierzę posocznicy krętkowej nie dostaje wcale. Surowice jednak podobne, zarówno ludzkie, jak zwierzęce, wartości leczniczej nie posiadają i nie są w stanie zmienić biegu zwykłego choroby. Co najwyżej udało się u zwierząt przedłużyć okres wylegania choroby, jeżeli surowica została wstrzyknięta jeszcze przed zjawieniem się krętków w krwioobiegu.

W streszczeniu tem nie poruszałem umyślnie anatomii patologicznej gorączki powrotnej, gdyż zamierzam opracować ją na podstawie materiału własnego, korzystając z techniki, która dała wyniki tak owocne w anatomii przymiotu.

## II. Spostrzeżenia dotyczące epidemii gorączki powrotnej w Warszawie.

Podał

Witosław Dąbrowski.

Ordynator szpitala św. Stanisława.

Opisywanie panującej od paru miesięcy u nas epidemii tyfusu powrotnego już obecnie, nie było moim zamiarem, chciałem bowiem to uczynić dopiero po zebraniu bogatszego materiału, do czego niewątpliwie nastrecza się sposobność wobec coraz to szerszych kręgów, jakie epidemia ta zatacza. Wobec tego wszakże, że gość ten niepożądany dawno już nas nie nawiedzał i że wielu lekarzom po raz pierwszy wypadnie mieć do czynienia z tyfusem powrotnym, podaję krótki opis przebiegu i objawów tej choroby, tym czasem na podstawie kilkudziesięciu spostrzeganych przezemnie przypadków. Obraz kliniczny odpowiadający obecnej epidemii łatwo można sobie uzupełnić przez przeczytanie jakiegoś dobrego podręcznika, a także doskonałych prac dra DUNINA, SZWAJCERA i WOLBERGA, dotyczących ostatniej epidemii, jaka u nas występowała.

Zanim przystąpię do opisu objawów choroby, pozwolę sobie w kilku słowach skreślić przebieg samej epidemii. Pierwsze przypadki tyfusu zjawily się w szpitalach naszych w drugiej połowie stycznia r. b. i pochodziły z więzień. Liczba tych ognisk coraz to wzrastała i dziś z dużym prawdopodobieństwem można utrzymywać, że większa część więzień i aresztów policyjnych stanowi ogniska zarazy. Wkrótce epidemia przeniosła się na przytułki noclegowe, w których znalazła równie sprzyjające warunki i szerzy się tam dotąd z tem większą gwałtownością, że dla braku miejsc w szpitalach chorzy są pozostawiani na miejscu i zarażają co raz to nowych pensjonarzy przytułków. Wreszcie w ostatnich czasach coraz częściej zdarzają się

już przypadki zachorowań w mieszkaniach prywatnych, a ich liczba z pewnością jest już o wiele większa niż to się przypuszcza, bo chorzy tacy nie mogąc dostać się do przepelnionych szpitali, pozostają w domu. Patrząc od początku na rozwój epidemii, nie mam najmniejszej wątpliwości, że rozszerzy się ona na całe miasto, a może i na kraj cały. Wobec opłakanych warunków społecznych i higienicznych, w jakich od lat kilku znajduje się miasto nasze, które nie rozporządza nawet dostateczną liczbą łóżek dla chorych zakaźnych, zachodzi obawa, że z tyfusem powrotnym może stać się to samo co z tyfusem płamistym, który od szeregu już lat stał się chorobą panującą w Warszawie nagminnie.

Gdyby o usposobieniu do chorób zakaźnych można było wnosić z samych tylko liczb wykazywanych w statystykach szpitalnych, to wobec ogromnej przewagi mężczyzn przybawających do szpitala w czasie obecnie panującej epidemii, możnaby twierdzić, że usposobienie do zachorowywania na tyfus powrotny o wiele większe jest u płci męskiej niż żeńskiej. To samo spostrzegano i w innych epidemiach. SZWAJCER np. obliczył, że wśród chorych szpitalnych w czasie epidemii, która panowała w r. 1880 — 1881, mężczyźni stanowili 82%. Sądzę jednak, że na samych liczbach opierać się nie można, jeżeli bowiem weźmiemy pod uwagę, że pierwotnie jedyne ogniskami epidemii były więzienia i areszty, to nie dziwnego, że dotąd mamy taką przewagę mężczyzn. Obecnie, gdy takimi ogniskami są również przytulki noclegowe, coraz częściej przybawają do szpitali kobiety, a przybawało by ich z pewnością więcej, gdyby nie brak miejsc w szpitalach.

Te same okoliczności wpływały prawdopodobnie i na to, że ogromna większość spostrzeganych przezemnie przypadków tyfusu powrotnego dotyczyła ludzi młodych pomiędzy 15 — 30 rokiem życia. Tym czasem na zasadzie własnych spostrzeżeń mogę tylko powiedzieć, że choroba nie oszczędza żadnego wieku: zapadają na nią zarówno dzieci jak i zgrzybiali starcy. Jednakże wobec tego, że wszyscy autorowie prawie zgodnie stwierdzają, że na tyfus powrotny zapadają przeważnie ludzie młodzi, nie da się chyba zaprzeczyć wpływ wieku na usposobienie do tej choroby. SZWAJCER zauważył, że na salach szpitalnych zarażają się tyfusem najmłodszy.

Jak w poprzednich epidemiach tak i obecnie choroba szerzy się przeważnie wśród najuboższej ludności. Nędza, brud, przebywanie w źle przewietrzonych pomieszczeniach sprzyja powstawaniu i szerzeniu się epidemii i odwrotnie: pojawienie się jej dowodzi istnienia powyższych warunków, a szczególnie wskazuje na opłakany stan w jakim muszą się znajdować więzienia, areszty i domy noclegowe. Istotnie, nędza i niechlujstwo, którego obraz przedstawiają chorzy na tyfus powrotny, szczególnie przybawający przytułków, są tak wielkie, że przechodzą wyobrażenie tych, którzy się z tem nie stykają.

Przechodząc do objawów tyfusu powrotnego, cechujących obecną epidemię, oczywiście na pierwszym planie postawić muszę gorączkę, która przychodzi w postaci napadów i jest tak charakterystyczna, że już sam wygląd



krzywej ciepłoty w większości wypadków rozstrzyga rozpoznanie. Pod względem przebiegu gorączki tyfus powrotny jedynie do zimnicy ma pewne podobieństwo. Liczbę napadów podają zwykle na 2, 3, a nawet niekiedy 5, dla obecnie jednakże panującej epidemii za правило muszę przyjąć dwa napady, a za wyjątek trzeci napad, gdyż widywałem go zaledwie trzy razy. Do wyjątków również zaliczam ograniczenie się choroby do jednego napadu, bo jakkolwiek w niektórych dawniejszych epidemiach takie przypadki zdarzały się nieraz bardzo często, a SZWAJCKER oblicza je nawet na 65%, to jednakże wśród spostrzeganych obecnie przezemnie przypadków, nb. leczonych środkami obojętnymi, podobne ograniczenie się do jednego napadu zdarzyło się wszystkiego cztery razy.

Pierwszy napad prawie zawsze przychodzi nagle, nie poprzedzony jakimkolwiek zwiastunami. Nawiasem dodam, że długość okresu wylegania podawana zazwyczaj na 5—7 dni, nie jest dokładnie określona, gdyż okres ten trwa nieraz bardzo krótko i niekiedy długość jego nie przewyższa dwóch dni. Przekonałem się o tem u kilku chorych, którzy najusilniej twierdzili, że zachorowali na trzeci dzień po osadzeniu ich w areszcie, a nastąpiło to w samym początku epidemii, nie mogli więc zarazić się gdzie indziej jak tylko tam gdzie epidemia się rozpoczęła. Początek pierwszego napadu zawsze daje się dokładnie określić z powodu towarzyszących mu dreszczów, które nieraz bywają bardzo silne. Ciepłota odrazu podnosi się bardzo wysoko, niezawsze jednakże dosięga najwyższego natężenia już pierwszego dnia, częściej zaś drugiego lub trzeciego dnia, a nieraz nawet najwyższą jest w dniu spadku. Najwyższa ciepłota jaką spostrzegałem dochodziła do 41,3° R. Wogóle natężenie gorączki prawie zawsze jest duże, nawet u starców, i chorzy w okresie gorączkowym robią wrażenie obłożnie chorych.

Typ gorączki zazwyczaj jest ciągły, z wahaniami nie przewyższającymi 1°, a spadek prawie zawsze gwałtowny w ciągu 12-u godzin, i towarzyszą mu poty, nieraz tak obfite, że chory leży jak w wodzie. Tętno, które w czasie gorączki dosięga 120 uderzeń i nigdy nie bywa zbyt częste, a w każdym razie nigdy dwubitne, spada wówczas do 72-ch a nawet 60-u i często chorzy, szczególnie ludzie młodzi, odrazu czują się dobrze, żądają pożywienia, chcą wstać i wogóle robią wrażenie jakby choroba zupełnie ich opuściła. Cały napad pierwszy trwa do 11-u dni, najczęściej jednak 6—7, a bardzo rzadko krócej; przerwa zaś która następuje po tym napadzie, przeciąga się nieraz do 14-u dni, najczęściej jednak trwa 8—9 dni, niekiedy zaś 6 dni. Przez cały ten czas ciepłota jest prawidłowa; co się zaś tyczy objawów podmiotowych, o których mowa będzie niżej, to tylko w rzadkich przypadkach trwają one przez całą przerwę, u niektórych ustępują całkowicie wraz ze spadkiem ciepłoty, po większej części jednakże dopiero w parę dni po tem. W każdym razie ogromna większość chorych w drugiej połowie przerwy czuje się już tak dobrze, że wielu wprost nie chce wierzyć w powrót gorączki. To też drugi ten napad równie jak i pierwszy przychodzi zwykle nagle, zaczyna się dreszczami, bólem i zawrotem głowy, a także łamaniem i bólami w całym ciele: chorzy mniej inteligentni zazwyczaj mówią, że wszystko ich boli. Napad ten trwa krócej: naj-

częściej 4 dni, rzadko 6, a niekiedy dwa a nawet jeden dzień. Gorączka też częściej niż w pierwszym napadzie wznosi się nie od razu, lecz stopniowo, wahania bywają większe, a nawet nieraz zdarza się typ przestankowy; częściej też zamiast przełomu zdarza się stopniowe obniżanie ciepłoty, a także pseudokrytyczne spadki ciepłoty w dniu poprzedzającym przełom.

W epidemii panującej obecnie, napad drugi jest ostatnim, jedynie jako wyjątek zdarza się trzeci napad w postaci jednodniowego podwyższenia ciepłoty, zwykle w 6 dni po skończeniu się drugiego napadu. Oczywiście opisany ten przebieg dotyczy przypadków leczonych wyłącznie tylko środkami obojętnymi, lub też takich, w których wpływ środków zadawanych w celach leczniczych nie dawał się zauważyć. Tam zaś, gdzie odstępstw od przedstawionego tu typu jest bardzo wyraźne, a jednocześnie podawane były środki nieobojętne, tym ostatnim należy przypisać wpływ na zmianę przebiegu choroby. W jednym np. przypadku przebieg był następujący: pierwszy napad trwał 5 dni, poczem nastąpiła przerwa 7-dniowa, ósmego zaś dnia ciepłota podniosła się na pół dnia do 37,8°, następnie po 4-ch dniach przerwy rano podskoczyła do 39,6°, a ku wieczorowi spadła i znowu po dwóch dniach nagle podniosła się na pół dnia do 38,6°. Ponieważ w przypadku tym stale od początku choroby do końca jej chora przyjmowała chininę, przeto wyjątkowo nieprawidłowy przebieg gorączki przypisać muszę działaniu tego leku.

Również charakterystycznym dla tyfusu powrotnego objawem przedmiotowym jest obrzmienie śledziony. Objaw ten jest tak stały, że nie zdarzyło mi się widzieć przypadku, w którym nie mógłbym stwierdzić powiększenia śledziony. Prócz tego nigdy w tyfusie brzuszny, ani też w wysypkowym, obrzmienie to nie dochodzi do takiej wielkości, jak to bywa w tyfusie powrotnym; przytem śledziona jest twarda i zwykle bardzo bolesna. Tak dużą i twardą śledzionę widzimy jedynie w zimnicy. Wraz ze spadkiem ciepłoty zmniejsza się nieco obrzmienie śledziony, jednakże i podczas przestanku jest ona duża, a chory niekiedy przez cały ten czas skarży się na ból w lewym boku. Zmniejszenie się śledziony po ostatnim napadzie odbywa się powolnie i trwa zwykle dość długo.

Do stałych objawów tyfusu powrotnego zaliczyć należy także bóle w mięśniach, brak bowiem tego objawu bardzo rzadko się spostrzega. Najczęściej chorzy sami się skarżą, że wszystko ich boli, lub też, że doznają bólów w kończynach. I wtedy jednakże, gdy chorzy sami na to się nie skarżą, znajdujemy prawie zawsze taką wrażliwość mięśni na ucisk, jaką jedynie w tyfusie wysypkowym niekiedy spostrzegamy. Najboleśniejże zwykle są mięśnie łydek, niekiedy jednakże wszystkie bez wyjątku mięśnie tułowia i kończyn są tak bolesne, że chorzy przy najlżejszym ucisku palcem literalnie się wiją z bólu. Prócz bólów w mięśniach, niekiedy chorzy skarżą się na bóle w kościach, a w kilku przypadkach zdarzyło mi się w czasie napadu spostrzegać ból w stawie kolanowym i w stawach palców u rąk i nóg. Stale również towarzyszą okresom gorączkowym silne bóle głowy, niekiedy z zawrotami połączone. Bóle

w mięśniach nieraz ustępują odrazu po przełomie, najczęściej jednak trwają jeszcze 2—3 dni, a niekiedy bolesność mięśni pozostaje przez całą przerwę.

Do bardzo często spostrzeganych w obecnej epidemii objawów należą zaburzenia w przewodzie pokarmowym, szczególnie rozwolnienia, które w początkach epidemii, wobec panowania jednocześnie tyfusu brzuszno, utrudniały rozpoznanie. Rozwolnienie najczęściej zjawia się odrazu już w pierwszym dniu choroby i nieraz bywa bardzo gwałtowne, a niekiedy towarzyszą mu wymioty. Zazwyczaj tak bywa, że jeżeli rozwolnienie i wymioty występowały w pierwszym napadzie, to pojawiają się one również i przy drugim powrocie choroby. To samo da się powiedzieć o żółtaczce, którą zaliczam już do rzadszych objawów w panującej obecnie epidemii, wybitniej bowiem wyrażoną żółtaczkę spostrzegałem tylko w dwóch przypadkach u młodych mężczyzn, bez znacniejszego obrzęcia wątroby. Natężenie choroby w tych przypadkach było znaczniejsze, niż w innych, okresy gorączkowe trwały dłużej, (u jednego chorego były trzy nawroty), a chorzy w okresie gorączkowym bywali albo nadmiernie podnieceni i niespokojni, lub też przeciwnie więcej bezwładni, jakby zatruci nadmiarem toksyn; pozatem jednakże żadnych więcej nieprawidłowości w przebiegu choroby nie zauważono. Przypadków znanych pod nazwą tyfusu żółtaczkowego nie widywałem, choć wiadomo mi, że zdarzają się i podczas obecnie panującej epidemii, chociaż dość rzadko. Do tej postaci klinicznej nie zaliczam jeszcze wspomnianych dwóch przypadków, w których wystąpiła żółtaczka, muszę je jednak postawić na granicy zwykłej postaci klinicznej tyfusu powrotnego i t. zw. tyfusu żółtaczkowego, który właściwie wyróżnia się jedynie natężeniem objawów choroby, powodującym pewne nieprawidłowości w przebiegu jej i grożącym życiu chorego. Nawiasem tu dodam, że w moich dwóch przypadkach znajdowałem we krwi krętki OBERMEIER'A w wyjątkowo wielkiej ilości.

Do rzadkich objawów, które spotykałem podczas obecnie panującej epidemii, zaliczam:

1) Zajęcie oskrzeli, które w każdym razie zdarza się nie często i raz tylko jeden wystąpiło w postaci zapalenia drobnych oskrzelików.

2) Białkomocz, który choć opisywany jest jako objaw bardzo częsty, skłonny jestem uważać przeciwnie za powikłanie dość rzadkie i przemijające. Większą ilość białka spostrzegałem raz tylko w przypadku powikłanym formalnym już zapaleniem nerek.

3) Krwotoki z nosa, które w każdym razie nie częściej się zdarzają niż w tyfusie wysypkowym.

4) Do rzadkich również objawów należy wysypka na skórze, którą dwa razy widziałem w postaci jednostajnego, przypominającego szkarlatynę, zaczerwienienia na przedramionach i łydkach. W jednym z tych przypadków, prócz tego na plecach i grzbiecie dłoni skóra dość gęsto usiana była drobnymi pętykami. Wysypka znikła przed samym przełomem, a u jednego z chorych wystąpiła znowu w drugim napadzie.

5) Nie często także zdarzają się zaburzenia psychiczne i to przeważnie

u ludzi starszych, którzy nieraz nietylko podczas napadu, lecz i w pierwszej połowie przełomu bywają zupełnie nieprzytomni. Zdarzało mi się jednakże spostrzegać i u ludzi młodych, brak przytomności w czasie napadu, a także ciche bredzenie w czasie okresu gorączkowego i w pierwszych dniach po spadku. Często także chorzy skarżą się na bezsenność.

Rozpoznanie choroby wobec charakterystycznego przebiegu jej i zawsze wybitnie wyrażonych objawów, o których wyżej mówiliśmy, nie następuje żadnej trudności. Jedynie pierwsze przypadki, na początku epidemii, mogą być nierozpoznane, ale i to tylko jakiś czas. W tych razach wielką są pomocą badania krwi na obecność w niej krętków OBERMEIER'A; należy jednak pamiętać, że wykrycie tych drobnoustrojów nie zawsze się udaje, a nieraz wymaga wielkiej cierpliwości. O samych krętkach i zachowaniu się ich we krwi w różnych okresach choroby, będę może miał jeszcze sposobność powiedzieć obszerniej, obecnie zaś tylko nadmienię, że najpewniejsze wyniki daje badanie w pierwszym napadzie i nie przed samymi potami, lecz na 1—2 dni przedtem. Wobec tego, że krętki barwią się trudno, uważam badanie świeżych preparatów przy pewnej wprawie za pewniejsze dla rozpoznania choroby, niż badanie preparatów barwionych. Ważną także wskazówką rozpoznawczą jest dość wybitna leukocytoza.

Rokowanie w tyfusie powrotnym więcej może niż w innych chorobach gorączkowych zależne jest od wieku chorych. U młodych ludzi jest ono bezwzględnie dobre, przynajmniej w przypadkach znanych mi dotąd; za to dla ludzi wiekowych, szczególnie wyniszczonych nadużyciem alkoholu, arteriosklerotyków, choroba jest bardzo niebezpieczną i daje dużą odsetkę śmiertelności. Szczególniej niebezpiecznym jest drugi napad, który u młodych wogóle jest słabszy, przez starszych zaś, wyniszczonych już pierwszym napadem, jest znoszony o wiele gorzej.

Co się tyczy leczenia, to w wielu przypadkach, szczególnie w tych, o których tylko co mowa była, zachodzi potrzeba stosowania przede wszystkim środków pobudzających, mianowicie dużych dawek kamfory, oraz kokainy. Co się tyczy innych środków, to tymczasem mogę tylko powiedzieć, że żadne środki przeciwgorączkowe, jako to: salipiryna, aspiryna, piramidon i t. p. ani na przebieg choroby, ani na skrócenie lub zapobieżenie napadom nie wpływają. Jedynie chinina wydaje mi się pod tym względem nie zupełnie obojętnym środkiem. Za to powyższe wymienione środki wywierają pewien wpływ na męczące chorego bóle mięśniowe, ale także nie zawsze.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 43. Alexander. O gorączce w przebiegu raka.

Do ostatnich czasów mało zwracano uwagi na gorączkę w przebiegu raka. Większość autorów uważała gorączkę przy raku wprost jako powikłanie. Dopiero NOTHNAGEL pierwszy zaznaczył, że gorączka może zdarzać się przy raku, poczem niektórzy autorzy ogłosili szereg odpowiednich przypadków z kazuistyki, potwierdzających pogląd powyższy. ALEXANDEE również przytacza 4 przypadki raka, którym towarzyszyła gorączka, że tak powiem „swoista”. Pierwszy przypadek dotyczył 40-letniego kupca z rakiem wrzodziejącym kiszki prostej (*carcinoma recti ulcerosum*). Chory gorączkował przez cały czas, nasilenia wieczorne wahały się między 38° i 39°; rzadko kiedy zdarzał się dzień bezgorączkowy. Co 4—5 dni przychodziły dreszcze. Guz [później operowany—śmierć po 2-ch dniach] znajdował się na granicy kiszki prostej *flexura sigmoidea* i był wielkości jabłka. Chory miewał naprzemian zatwardzenia i rozwolnienia; te ostatnie zjawiały się częściej i towarzyszyły im krwawienia oraz wydzielanie się śluzu. Pozostałe narządy były zupełnie zdrowe. Drugi przypadek dotyczył 42-letniej kobiety z rakiem kiszki wstępującej (*carcinoma coli ascendentis*). Częstym rozwolnieniom i ogólnemu wyniszczeniu towarzyszyła gorączka, trwająca przez całe tygodnie z jedno- lub dwudniowymi przerwami. Rano ciepłota ciała wahała się w granicach 36.5°—37.7°, wieczorem zaś 38°—39°. Dreszczów chora nie miewała wcale. Płuca, serce i inne narządy były zdrowe. Chora poddała się operacji, zmarła po ośmiu dniach. W przypadku trzecim—rak wątroby [i trzustki?], pacjent, podczas obserwacji przez 6 tygodni gorączkował z przerwami pięcio- i sześciodniowymi. Z początku nieraz gorączce towarzyszyły silne dreszcze z następnymi potami i spadkiem ciepłoty. Po pewnym czasie chory opuścił klinikę, jednak w dalszym ciągu gorączkuje. Ostatni przypadek dotyczył chorego z rakiem odźwiernika (*pylori*) i przerzutami w wątrobie, liczącego 38 lat. Chory gorączkował do 40°. Płuca, serce i inne narządy były zdrowe. Cierpieniu towarzyszyła wysypka przypominająca różyczkę i rozpoznana jako rumień wysiękowy wielopostaciowy. Chory zmarł przy objawach niedomogi sercowej. Przytoczywszy podobne przypadki autor zastanawia się nad przyczynami powodującymi gorączkę w przebiegu raka, przytaczając różne teorie i ostatecznie streszcza się w następujących wnioskach: 1) Bezwątpienia zdarzają się przypadki gorączki rakowej niezależne od powikłań. 2) Gorączka powstaje wskutek samozatrucia organizmu [autointoksykacji] nienormalnymi produktami przemiany materii przy raku. 3) W większości przypadków raka z przebiegiem gorączkowym mamy do czynienia z guzami jamy brzusznej, a szczególnie przewodu pokarmowego. 4) Częstsze występowanie gorączki przy raku wrzodziejącym zależy tylko od przypadku.

#### 44. Jolles. O wykrywaniu pentoz w moczu.

Autor podaje następujący łatwy sposób wykrywania pentoz w moczu: Do 15-u c. sz. moczu dodaje się 1 gr. soli chlorowodnej fenylhydrazyny i 2 gr. octanu sodu, miesza się i pozostawia we wrzącej kąpeli wodnej w przeciągu godziny. Następnie naczynie z moczem wstawia się na 2 godziny do zimnej wody, kilkakrotnie zmienianej, oddziela osad zapomocą sączkowania przez asbest i przemywa go dobrze 3—4 c. sz. zimnej wody. Dalej asbest razem z osadem wkłada się do kolby objętości 50-u c. sz., używanej do frakcyjnego przekraplania, dolewa 20 c. sz. przekropionej wody i 5 skoncentrowanego kwasu solnego c. wł. 1,19 i zwykłym sposobem przekrapla do odpowiedniego naczynia około 5—6 c. sz. płynu. Do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 c. sz. przekropionego płynu dolewa się około 6 c. sz. odczynnika BIAL'a [1 gr. orceiny rozpuszcza się w 500 c. sz. nasyconego kwasu solnego i następnie dolewa się 30 kropli 10%-ego roztworu chlorku żelaza (*Eisenchlorid*)]; w obecności pentoz otrzymuje się wyraźne zielone zabarwienie. Zaletą tej metody jest fakt, że zabarwienie zielone charakterystyczne jest tylko dla pentoz, natomiast nie występuje w obecności kwasu glikuronowego lub heksoz.

(*Centralblatt für innere Med.* 1907, N. 17).

T. Wretowski.

## Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Na posiedzeniach publicznych wygłoszone będą następujące wykłady:

### I. Posiedzenie ogólne:

- 1) Dr Władysław BIRGAŃSKI [Częstochowa]: „O współczesnej filozofii przyrody”.
- 2) R. Dw. Prof. dr Ludwik RYDYGIER [Lwów]: „Zagajenie w sprawie akcji przeciwrakowej.

### II. Posiedzenie ogólne:

- 1) Prof. dr. Stanisław ROTHERT [Odessa]: „O nowoczesnej ewolucji poglądów na sprawę sposobów odżywiania się organizmów roślinnych”.

Komitet gospodarczy otrzymał zawiadomienie, że delegatem Uniwersytetu w Zagrzebiu na X-ty Zjazd przyrodników polskich został wybrany dr Gustaw JANEČEK, profesor chemii i dziekan wydziału filozoficznego.

Jako delegat lekarzy polskich w Chicago, przybędzie na Zjazd do Lwowa dr W. J. SIEMINOWICZ.

### XII-ta Sekcja medycyny wewnętrznej.

Gospodarz Prof. dr A. GLUZIŃSKI [Piekarska 14].

Sekretarz: Dr Witold ZIEMBIŃSKI [Bielawskiego 6].

I. Tematy główne: 1) „Dyagnostyka czynnościowa sprawności serca”. Ref. kol. JANOWSKI i RZĘTKOWSKI z Warszawy. 2) „Organoterapia w chorobach wewnętrznych”. Ref. kol. LATKOWSKI i SZUREK z Krakowa.

II. Dla wspólnego posiedzenia z sekcją chirurgiczną wybrano temat: „Gruźlica narządu moczowego i rodno”. Ref. kol. A. GLUZIŃSKI i RYDYGIER.

III. Wykłady zgłoszone: 1) KARWACKI [Warszawa]: „Serodyagnostyka gruźlicy”. 2) STERLING [Łódź]: „O rokowaniu w gruźlicy płuc”. 3) Tenże: „Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc”. 4) LODMANOWSKI [Żagorów]: „O wewnętrznym leczeniu niedrożności kiszki”.

Z oddziału wewnątrz. II-go szpitala Powsz. we Lwowie [prym. prof. dr WICZKOWSKI]:

5) WICZKOWSKI, M. SELZER i GITTELMACHER-WILENKO: „Próba zastosowania reakcji biochemicznych dla celów klinicznych”. 6) DOMAŃSKI i GITTELMACHER-WILENKO: „Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą MARMORKA”. 7) SELZER i GITTELMACHER-WILENKO: „O badaniu sprawności mięśnia sercowego”. 8) M. SELZER: „Przyczynki do nauki o tężcu”. 9) WICZKOWSKI: „Wykład z dziedziny hematologii” [Przyczynki eksperymentalny].

Z kliniki chorób wewn. we Lwowie [dyr. prof. dr A. GLUZIŃSKI].

10) GLUZIŃSKI: „Ciężka postać niedokrewności a gruźlica”. 11) Tenże: „Nephritis achlorica”. 12) MARISCHLER: „Wpływ diety bezchlorowej na czynność nerek”. 13) RENCKI: „Polycythaemia—w ogólności”. 14) Tenże: „Polycythaemia rubra myelopathica”. 15) BALABAYDER: „O zachowaniu się czynności żołądka po upływie dłuższego czasu od dokonanej gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka”. 16) Tenże: „Stosunek kamicy żółciowej i jej powikłań, na podstawie materiału sekcyjnego i klinicznego z ostatnich 10-u lat”. 17) CZERNACKI: „Hemoliza i hemoglobinuria”. 18) Tenże: „Mięsak przewodu pokarmowego”. 19) FRANKI: „Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydłowej na narządy krwiotwórcze”. 20) Tenże: „O zaburzeniach czynności serca wskutek zбоceń w przewodnictwie podniet między przedsionkami a komorami serca”. 21) GREK i REICHENSTEIN: „Zachowanie się ciałek białych krwi w razie obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka”. 22) LOEW: „O fermentacji kałowej głównie przy zбоcezeniach czynności chemicznej żołądka”. 23) SABATOWSKI: „Dalsze spostrzeżenia nad rozpoznawczym znaczeniem lewulozuryi pokarmowej”. 24) Tenże: „Wyniki badania czynności mięśnia sercowego”. 25) W. ZIEMICKI: „Unaczynienie wyrostka robaczkowego”. 26) Tenże: „Kliniczne znaczenie współczynnika rozpuszczalności siarkanu miedziowego w moczu”.

Nadto zgłoszono następujące wykłady:

27) SOKOŁOWSKI [Warszawa]: „Temat zastrzeżony z dziedziny gruźlicy”.  
28) JAKOWSKI [Warszawa]: „Temat zastrzeżony z dziedziny chorób zakaźnych”.  
29) M. FLAUM [Warszawa]: „O postaciach utajonych zapalenia wyrostka robaczkowego”.  
30) Tenże: „Temat zastrzeżony”.  
31) WRĘTOWSKI [Warszawa]: „O inoskopii”.  
32) KOCHANOWSKI [dyrektor szkoły realnej w Tarnowie]: „Iwanicz na podstawie rozbioru z r. 1907”.

XXII. Sekcja dentystyczna. [Ciąg dalszy].

Gospodarz: Doc. dr A. GOŃKA [Kopernika 1].

I. Temat oficjalny: „Która metoda leczenia zgorzeli pulpy daje najlepsze wyniki?” Ref. Doc. BOHOŚIEWICZ [Lwów]; koref. dr JAKUBOWSKI [Lwów].

II. Wykłady zgłoszone: 1) BLIKLE [Warszawa]: „Jak powinien pracować dentysta, by zachować swe zdrowie?” 2) Doc. BOHOŚIEWICZ [Lwów]: Te-

mat zastrzeżony. 3) CIESZYŃSKI [Monachium]: „Zastosowanie promieni roentgenowskich w celach rozpoznawczych w dentystyce”. 4) Tenże: „Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach [zastosowanie prostej dźwigni z demonstracjami]”. 5) Doc. GOŃKA [Lwów]: „W sprawie leczenia *pyorrhoea alveolaris*”. 6) Dr MIESCHEL [Lwów]: „O zastosowaniu i sposobach wykonywania plomb porcel. JANKINCA”. 7) Dr JAKUBOWSKI [Lwów]: „O obturatorach”. 8) Dr TURNAU: „O replantacji zębów”. 9) ZIELIŃSKI Włod. [Warszawa]: „Szyny przy złamaniach szczęki”.

X. Sekcja fizyologiczna.

Gospodarz: Prof. Adolf BECK [Zybkiewicza 4].

Wykłady zgłoszone: I) Doc. dr. Michalina STEFANOWSKA [Genewa]: „O prawie, według którego przybiera waga u młodych zwierząt i roślin w okresie rośnięcia”.

II. Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego:

1) Prof. BECK: „Badania nad zużyciem siły nerwu”. 2) Tenże: „Wpływ ciepłoty otoczenia i innych czynników na zjawiska galwanotropizmu”. 3) Tenże: „Nowy przyrząd do badania odruchu kolanowego”. 4) Tenże: „Niektóre demonstracje z dziedziny optyki fizyologicznej”. 5) Prof. BIKELES i dr FROMOWICZ: „O drogach dośrodkowych dla odruchów tylnej części ciała”. 6) Dr W. FROMOWICZ: „Badania nad czuciem temperatury w błonach śluzowych”. 7) Dr W. MORACZEWSKI: „Zależność indykanu w moczu od zawartości indolu w kale”. 8) Dr PIASECKI: „Przyczynek do wiadomości o prawach pracy mięśniowej”. 9) Dr T. ZALEWSKI: „O zdolności chłonięcia błony śluzowej jamy bębenkowej”. 10) Tenże: „Ilościowe badania nad wessaniem kokainy z dróg oddechowych”. [D. n.]

— Zarząd kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy ogłosił sprawozdanie z r. 1906, z którego okazuje się, że liczba uczestników wynosi 150, posiadających oszczędności 33306 rub, t. j. przeciętna oszczędność rub. 222. Instytucja ta stopniowo rozwija się pomyślnie.

— Następcą BERGMANNA na katedrze chirurgii w Berlinie mianowany został prof. BIER z Bonn, klinikę zaś chirurgiczną w Bonn obejmuje prof. GARRÉ z Wrocławia.

— ZMARLI: Dr Karol JONSCHER w Łodzi, przeżywszy lat 58. Zmarły przyjmował czynny udział w życiu społecznym. Był obierany na prezesa Tow. Lek. Łódzkiego oraz chrześcijańskiego Tow. Dobroczynności. Cieszył się wielkim uznaniem jako lekarz i szczerem poważaniem wśród kolegów.

Prof. POIRIER, autor znakomitej anatomii człowieka, w Paryżu.

Prof. JÜRGENSEN, dyrektor polikliniki i prof. Farmakologii w Tybindze.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dwa prospekty: 1) „Warszawska szkoła położnicza przy miejskich przytułkach położniczych”. 2) „Skład wód mineralnych naturalnych przy aptece dra T. HEINRICHA”.

---

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.



# ALBUMINOZA

— pierwszy i jedyny krajowy przetwór odżywczy niezawierający żadnych składników sztucznych.

## Albuminoza zawiera:

16,9% subst. azotowych i 71% wodorów węgla.

Substancje azotowe w 93,7% zawierają czystą proteinę; strawnego białka w przetworze znajduje się 88,6%. Skrobi nie zawiera zupełnie.

Na podstawie powyższego składu Albuminoza może wykluczyć wszelkie inne importowane przetwory i ze wszech miar nadaje się do żywienia dzieci od najwcześniejszych okresów życia oraz jako środek odżywczy dla dorosłych, a zwłaszcza ozdrowieńców.

Poleca się uwadze WP. Doktorów wyniki badań chemicznych i klinicznych; próbki w dowolnej ilości przesyłane będą niezwłocznie na żądanie WP. Doktorów.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo

Stanisław Siudak, Warszawa, Hoża 60. Telef. 99.12.

# TEROZA<sup>\*)</sup>

jedyna higieniczna

## KAWA bez KOFEINY

delikatnością smaku, zapachu, jak również pożywnością i lekkostrawnością przewyższa wszystkie gatunki kawy.

**ŻĄDAĆ WSZĘDZIE** Cena paczki 5, 10, 25 i 45 kp.

Eksport główny K. WOLNY i S. ZIELIŃSKI Bielańska 9, tel. 99.80.

Opinia UNIWERSYTETU Lwowskiego na każdej paczce.

\*) W skład terozy wchodzi figi, żyto jare i żołądzie.

## W Zakładzie dla umysłowo - chorych

w KOCHANÓWCE pod ŁODZIĄ

od d. 1 sierpnia r. b. wakować będzie posada lekarza naczelnego. Reflektanci zechcą zgłaszać swe podania do Komitetu Zakładu dla umysłowo-chorych:

Łódź ul. Dzielna 52.

## Dr. Feliks Arnstein

od 20 Maja ordynuje w Ciechocinku.

## D-r Fr. JEZIEŃSKI

ordynuje jak zwykle od 20 maja w Ciechocinku (przy aptece).

Uznane za najlepsze i wypróbowane mydła lekarskie są przetłuszczone

## Mydła D-ra Eichhoffa.

Jedyny uprawniony fabrykant:

Ferd. Mühlens w Kolonii n/R. i w Rydze.

W dowód prawdziwości na każdym kawalku jest napis czerwony  
D-r Eichhoff.

# Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorządne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe,  
obfitujące w kwas  
węglowy.

## RAKOCZY

Pandur  
Maxbrunnen

*Kąpiele mineralne i borowinowe, tętnie.*

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, zagranicę  
za pośrednictwem aptek i składów materiałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.

### Lekarza-zastępcy

poszukują od dnia 10 czerwca r. b. Bliższe porozumienie listownie  
Dubieńka gub. Lubelska D-r Józef Stachurski.

## BAD OEYNHAUSEN (Westfalia)

godzina za Hannoverem, 5 godzin za Berlinem.

Podczas lata ordynuje Porta str 1

# CIECHOCIŃSKI ZAKŁAD

## KAPIELOWO-ZDROJOWY

jest otwarty od dnia 8 (21) maja do 8 (21) września włącznie. I-y sezon trwa od 21-go maja do 30-go czerwca, II-gi od 1-go lipca do 13-go sierpnia i III-ci od 14-go sierpnia do 21-go września. Mieszkania w I i III sezonach są znacznie tańsze. Wody ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, kobiecych i wielu innych. Niema dziecka, które nie potrzebowałoby kąpeli Ciechocińskich. Zakład posiada 10 źródeł z rozmaitym koncentracją solanki od 6 ‰ do 1/3 ‰ (artezyjskie do picia). W razie potrzeby, dla wzmocnienia solankowej kąpeli dodawany bywa Ciechociński szlam i ług, produktu lecznicze, wytwarzane na miejscu przy ważeniu soli. W celu przyrządzenia sztucznej Ciechocińskiej kąpeli dla dorosłej osoby trzeba wziąć na każde 10 litrów wody 1 1/2 funta szlamu i 1/4 litra ługu, wysyłanych przez Zakład wszędzie na każde zapotrzebowanie, jak również w 1/2 litrowych butelkach sztucznie gazowaną solankę do picia 1/3 ‰ i 1 ‰ po następujących cenach: 1 pud szlamu 80 kop. z workiem, 1 litr ługu 15 kop. z butelką i 1/2 litra solanki 11 kop. z butelką. Aptekarzom ustępuje się znaczny rabat. W Ciechocinku można brać kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne świetlne, łaźnie, tuszówki, inhalacje oraz zabiegi hydropatyczne. Roczny zjazd kuracjuszków do 12,000 osób. Ciechocinek łączy się odnogą kolei Warszawsko-Wiedeńskiej z pograniczną stacją Aleksandrowo. Komunikacja ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Tania komunikacja statkami parowemi.

# Kissingen

## POBUDZA PRZEMIANĘ MATERYI

**Rakoczy** słynny w chorobach przemiany materji i zaburzeniach przewodzenia pokarmowego.

**Maxbrunnen** Woda lecznicza i stołowa w niezżytach dróg oddechowych i przewodzenia pokarmowego, w kamicy nerek, pęcherza, i dróg żółciowych oraz w podagrze.

**Kissingen Bitterwasser, Kissingen Badesalz, Bockleter Stahlbrunnen.**

Dla lekarzy ustępstwo, próby gratis. Dostać można wszędzie, jako też bezpośrednio dostarcza *Zarząd Król. Zdrojowisk Kissingen i Bocklet.*

## Nowemiasto nad Pilicą przez Rawę

### Zakład Przyrodoleczniczy

# D-ra J. Bielińskiego.

Gruntownie odświeżony i udogodniony przez nową administrację, cały rok otwarty, przyjmuje chorych i pensjonarzy.

## Poszukuję współpraczkę lub wspólnika

lekarza do zakładu leczniczego oddawna istniejącego.

Adresy z krótkim curriculum vitae nadsyłać pod adresem: Biuro dzienników Ungra, Wierzbowa 8, dla „Lekarza”.

VIII

Od 9 maja powracam do praktyki  
w REINERZ (Szląsk)

**D-r med. Hans Naumann**

w ziemie M E R A N (Tyrol).

**D-r W. BUJAKOWSKI**

stale ordynuje w DRUSKIENIKACH.

W KISSINGEN Ludwigstr. 16 praktykuje jak lat ubiegłych

**Dr. med. J. Maciejewski**

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensjonacie z całodziennem utrzymaniem od 4 -6  
rubli. Kuchnia dyetetyczna (także i dla eksternistów). Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju,  
elektroterapia, masaż czynny, wibrycyjny i ręczny.

Zimą praktykuje w WIESBADENIE.

Powróciłem do praktyki w BAD NAUHEIM (Parkstrasse 22)

**D-r LILIENTEIN**

Lekarz chorób nerwowych.

**FRANCENSBAD**

**D-r Steinsberg**

**Zakład i pensjonat leczniczy**

(Willa D-ra Steinsberga)

z komfortem

urządzony i wspaniale położony.

Na żądanie prospekty.

**D-r O. Lang**

ordynuje jak w latach poprzednich w R a b e e.

**WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ**

D-r med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

**CHOROÓB DRÓG ODDECHOWYCH.**

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie, w 3 tomach

**Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli.**

Cena 2 rb. kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

**Tom II. Choroby płuc.**

Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50.  
przesyłka kop. 50.

**Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.**

**Część II. Suchoty płucne.**

Cena rb. 5, w oprawie rb.  
5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.