

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

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

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

OGŁOSZENIA.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop. 30.—
Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład
Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 0—3

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—1

PEPTONY PEPSYNOWE

NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, zapomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baranich, której jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką baranią, jużto z trzustkami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 grammów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 grammów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 grammów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

GLÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucja ciała. — Osłabienie. Niemoc żołądkowa i trzewiowa — Rekonwalescencyja. — Karmienie matek, dzieci, starców, chorych na cukrzycę i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

KAPSUŁKI Z MATICO

Aptekarza GRIMAULT et Comp. w Paryżu

Kapsułki te zawierają Essencyję olejku z Matico, połączoną z balsamem kopajwy i zamienioną w stan stały za pomocą przepalanej magnezyi. Są one pokryte powłoką z karuku, ochraniającą je od zepsucia.

Essencyja z Matico oprócz swego specjalnego działania posiada własność zupełnego oczyszczenia balsamu kopajwy i czyni go znośnym dla żołądka. Nakoniec odwrotnie kapsułki z żelatyny rozpuszczają się w żołądku kiedy Kapsułki z Matico PP. Grimault i Comp. dzięki ich powłoce z karuku rozpuszczają się przy wejściu do żołądka, co czyni ich działalność na organa płciowe i moczowe bezpośrednią i szybką.

Dawka: 8 do 12 kapsulek dziennie, branych po dwie co godzina, na godzinę przed lub dwie godziny po jedzeniu.

Ponieważ Essencyja Olejku z Matico jest trudną do otrzymania, zastępują ją w handlu mieszaniną kopajwy z proszkiem Matico. Prosimy PP. Lekarzy wymagać pieczętki Grimault et Comp

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O. Bujwid. Kilka słów w kwestyi laseczników gruźliczych. — II. M. Sz w y k o w s k i. Kilka słów o lasecznikach gruźliczych. — III. H. P a c a n o w s k i. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 15. M. B a b è s. Poszukiwania nad szczepieniem i rozwojem lasecznika gruźliczego. — 16. F l e i s c h l e n. (Berlin). O pewnem cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciążę i poród. — *Notatki lekarskie.* 7. A. M a l i n o w s k i. Tęże u noworodka. Wyzdrowienie. — List otwarty do Redakcyi. — Odpowiedź. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROFESORA LAMBLA.

I. KILKA SŁÓW W KWESTYI LASECZNIKÓW GRUŹLICZYCH.

Podał

Odo Bujwid, student medycyny.

Od Listopada roku zeszłego, zajmując się badaniem płwociny, zawartości jam płucnych, tkanki płucnej i innych narządów dotkniętych gruźlicą, otrzymałem szereg spostrzeżeń, któremi, jakkolwiek nie są one ani zbyt liczne, ani rzucające nowe światło na przedmiot, smiem podzielić się z tymi, których dana kwestyja obchodzi.

Nie będę tu uwzględniał znaczenia laseczników gruźliczych dla rozpoznania, rokowania, a może i etyologii gruźlicy; kwestyja zbyt jest jeszcze świeżą, ażeby można było na faktach dotychczas znanych opierać nowe stanowcze wnioski. Zresztą, powinno to być zadaniem tych, którzy spostrzegali więcej faktów i mają więcej danych do należytego ich ocenienia. Przystąpię więc wprost do sposobów, jakimi posługiwałem się przy otrzymywaniu preparatów i wyliczę własne spostrzeżenia.

Barwienie się laseczników gruźliczych w sposób odmienny od otaczających ciałek białych (śluzowych i ropnych), ślazu, komórek nabłonka, oraz innych laseczników, mikro- i streptokokków, polega na ich własności zatrzymywania barwnika z alkalicznych roztworów pierwotnie przyjętego, pomimo następnego działania kwasu azotnego, który odbarwia wszystkie inne pierwiastki oprócz laseczników gruźliczych. Jeżeli preparat w ten sposób odbarwiony (z wyjątkiem, jak powiedziano, laseczników gruźliczych) poddamy działaniu innego barwnika, wtedy laseczniki gruźlicze pozostają przy pierwotnem zabarwieniu, a otaczające twory przyjmują nową barwę. W ten sposób otrzymujemy od-

miennie zabarwione tło, złożone ze śliny, ciałek białych i innych utworów, na którym wyraźnie odznaczają się laseczniki gruźlicze.

Barwienie uskuteczniałem sposobami Koch'a i Ehrlich'a¹⁾ z nieznaczniemi zaledwie modyfikacyjami.

Według metody Koch'a cząsteczkę plwociny, wielkości ziarnka prosa, rozgniatałem pomiędzy dwoma cienkimi szkiełkami i następnie zdejmowałem jedno z drugiego tak, aby pozostała na obu możliwie równa i cienka warstwa plwociny. Po wysuszeniu na powietrzu lub nad wolnym ogniem przeprowadzałem szkiełka szybko kilkakrotnie przez płomień lampki spirytusowej. Tak przygotowane szkiełka z plwociną kładłem na parę godzin do wodnego roztworu (1:100) błękitu metylowego z dodatkiem kropli amonijaku. Po wyjęciu i obmyciu szkiełek wodą wkładałem je do stężonego roztworu wezuwiny (1:50), w którym pozostawiałem do niezupełnego zniknięcia niebieskiej barwy. Preparat zabarwiony na niebiesko błękitem metylinowym odbarwia się teraz zupełnie i nabiera barwy brunatnej; błękitnemi pozostają tylko laseczniki gruźlicze. Mamy tu więc laseczniki gruźlicze s z a f i r o w e n a t l e b r u n a t n e m.

W metodzie Ehrlich'a pozostaje główna zasada ta sama, t. j. alkaliczność roztworu pierwotnego barwnika, z tą różnicą, że do zalkalizowania nie używa się amonijaku lecz aniliny (amidobenzol $C_6H_5NH_2$). Anilina (*Anilinöl*) jest to płyn oleisty, cokolwiek brunatny, z wonią przypominającą węglową smołę; tak się przedstawia w handlu, jako produkt nie zupełnie czysty.

Aby otrzymać zabarwienie metodą Ehrlich'a, szkiełka przygotowane w sposób wyżej opisany kładłem do roztworu fuksyny w wodzie anilinowej (1:50 lub 100). Tę ostatnią przygotowywałem, dolewając do wody przekropionej, kilkanaście kropel czystej aniliny (*Anilinöl*) i kłóćąc mieszaninę aż do możliwego nasycenia roztworu, poczem odcedzałem przez zwilżoną bibułę. Rozpuszczoną w tym płynie fuksynę w podanym stosunku cedziłem i kładłem szkiełka, zwracając je ku dołowi tą powierzchnią, na której leżała warstwa plwociny. Szkiełka pozostawiałem w barwniku przez kilka do 24 godzin.

Dla uproszczenia można przygotować stężony alkoholowy roztwór fuksyny i dolewać go do przecedzonej świeżo wody anilinowej, dopóki się nie otrzyma ciemno-czerwonego zabarwienia, tak, aby szkiełka zanurzone w barwniku przestały być widocznymi. Można też kłaść szkiełka tak, aby pływały na powierzchni płynu; wtedy łatwiej je można wyjmować i oczyszczać. Do barwienia najlepiej służą białe miseczki porcelanowe, o średnicy 4—5 ctm., używane do rozcierania tuszu.

Zwykle pozostawiałem szkiełka w roztworze fuksyny przez ciąg 24 godzin. Czas ten nie jest jednak niezbędnym, zwłaszcza jeżeli szkiełka ogrzane i jeszcze ciepłe włożymy do barwnika, wtedy preparat jest gotów już po upływie kilku lub kilkunastu minut.

Po wyjęciu szkiełek z barwnika za pomocą kleszczyków, oplukujemy je w wodzie, zanurzamy do kwasu azotnego rozcieńczonego (1:3—4), szybko (po kilku-

¹⁾ Patrz sprawozdanie w Gazecie Lekarskiej. Nr. 17 i 46 z r. 1882.

nastu sekundach) wyjmujemy i znów opłukujemy w wodzie. Preparat odbarwiony w kwasie azotnym nabiera po tem opłukaniu wodą nieco czerwonej barwy. Już teraz po wyschnięciu szkiełka, lub osuszeniu bibułą, możemy poszukiwać laseczników gruźliczych. Posiadają one, jak powiedziano, własność nie tracenia w kwasie azotnym przyjętej pierwotnie barwy czerwonej i dla tego spostrzeżemy je ciemno-czerwono zabarwionemi pośród masy komórek i innych bakteryj, zabarwionych na jasno czerwono lub też bezbarwnych. Dla lepszego uwydatnienia kładziemy następnie szkiełka do wodnego roztworu błękitu metylowego (1:200) na 1—2 minuty, wtedy wszystkie pierwiastki komórkowe oprócz laseczników gruźliczych zabarwią się na niebiesko. Taką samą barwę przyjmą i wszelkie inne bakteryje, mikro- i streptokokki, które tracą czerwoną barwę pod wpływem kwasu azotnego.

Posługując się tą metodą otrzymamy więc laseczniki gruźlicze zabarwione na ciemno-czerwono na tle niebieskiem.

Zamiast fuksyny można też użyć innego barwnika: np. fioletu gencyjanowego; do zabarwienia zaś tła w tym razie wezuwiny. Laseczniki gruźlicze występują tu ciemno-fioletowo na tle brunatnem.

Bez wody anilinowej otrzymywałem również zabarwienie, jakkolwiek było ono mniej wyraźne. Wspomina o tem także L i c h t h e i m ¹⁾.

W poszukiwaniach moich używałem z początku metody K o c h'a, później zaś, kiedy metoda E h r l i c h'a została uznana za odpowiedniejszą nawet przez K o c h'a, używałem jej, stosując do barwienia fuksynę i błękit metylowy.

Szkiełko wyjęte z błękitu metylowego po zabarwieniu fuksyną i odbarwieniu kwasem azotnym możemy, opłukawszy w wodzie i osuszywszy paskiem bibuły, albo zaraz rozpatrywać dla poszukiwania laseczników, albo też osuszyć szkiełka na powietrzu lub nad płomieniem i rozpatrywać w kropli olejku terpentynowego lub w lakierze damarowym (*Dammarlack*), jeżeli preparat ma być na stałe zachowany. W tym celu można też użyć jakiegokolwiek przezroczystego lakieru, np. *verniss à tableaux*. Otrzymane w ten sposób preparaty zachowują się bez zmiany do 3 i pół miesięcy.

Skrawki z płuc gruźlicą dotkniętych zabarwiam w podobny sposób. Cienkie skrawki z płuc stwardnionych w 85% alkoholu wkładam do roztworu fuksyny. Po wyjęciu z niego, opłukaniu wodą, odbarwieniu rozcieńczonym kwasem azotnym i powtórnem opłukaniu wodą, kładę skrawki do słabego roztworu błękitu metylowego. Wyraźnie niebiesko zabarwione zanurzam w 95% alkoholu, a następnie rozpatruję w olejku terpentynowym. Do zachowania na trwałe służy lakier damarowy.

Mocniejsze stężenie roztworu barwnika i długość czasu pozostawiania w niem preparatów wpływają na wyraźniejsze zabarwienie laseczników gruźliczych. W celu otrzymania takowego nie potrzeba jednak zbyt niewolniczo trzymać się podawanych przez autorów przepisów.

¹⁾ Fortschritte der Medicin. Zur diagnostischen Verwerthung der Tuberkel-bacillen. 1893. Nr. 1.

Wodę anilinową, a także wszelkie barwniki (oprócz alkoholowych) należy cedzić przed każdym użyciem, w przeciwnym bowiem razie otrzymujemy rozmaite niepożądane domieszki, mianowicie wezuwina łatwo pleśnieje.

Przy niedosyć czystem preparowaniu, a mianowicie gdy kilkakrotnie filtrujemy barwniki przez ten sam filtr, osiadają na szkiełkach igielkowate, kryształki, jedne grubsze i dłuższe, inne tejsze co i laseczniki gruźlicze wielkości. Rozpatrując takie zanieczyszczone preparaty, można się znaleźć w kłopotcie, tem więcej, że odznaczają się one czerwonawą barwą. Do odróżnienia pomaga wysuszenie i dodanie olejku terpentynowego lub lakieru, w których to płynach kryształki w mowie będące tracą zabarwienie i powoli się rozpuszczają. Skład ich chemiczny zdaje się być blizkim składu azotanu aniliny, gdyż posiadają podobne własności. One to zapewne wprowadziły w błąd H. D. S c h m i d t'a ¹⁾, który dodawszy 30% roztworu potażu gryzącego do plwociny, znalazł w niej kryształki kwasów tłuszczowych i sądził, że opisywane laseczniki K o c h'a są właśnie kryształami tłuszczowem!

Do odróżnienia laseczników gruźliczych niepotrzeba zbyt silnych powiększeń. Dostatecznem jest powiększenie około 300—400 razy. Przy moich poszukiwaniach używałem systemu D. Z e i s s'a z okulem 4-m (440) i mogłem dobrze widzieć nawet zarodniki.

Przechodzę teraz do rezultatów dokonanych poszukiwań.

Postrzegalem w ogóle w klinice i w oddziale D-ra S o k o ł o w s k i e g o 22 przypadki, dające się podciągnąć pod rozpoznanie: *phthisis*. Innych chorób dróg oddechowych obserwowałem 42 przypadki. W 11 oględzinach pośmiertnych stwierdzone zostało rozpoznanie, za życia postawione. W ogóle zauważyć mogę, że:

1) We wszystkich przypadkach, gdzie rozpoznana została gruźlica (*phthisis tuberculosa*), znajdowałem laseczniki gruźlicze w plwocinie. Takich przypadków postrzegalem wogóle 21. Wszystkie przebiegały z mniej lub więcej natężoną gorączką (38,5°—40° C. i wyżej). W jednym przypadku za życia laseczników nie znalazłem przy jednorazowym badaniu; znalazłem zaś je w jamach (*cavernae*) przy autopsyi.

2) We wszystkich przypadkach, prócz trzech, można było zauważyć objawy rozpadu w płucach. W dwóch (zakończonych śmiercią) objawy rozpadu znaleziono przy sekcji. Trzeciego nie obserwowałem dalej. W jednym przypadku, pomimo wyraźnego rozpadu i rozległych zgęszczeń w prawem płucu, laseczników znaleźć nie mogłem; przebieg przypadku tego był bezgorączkowy.

3) We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem trzech, laseczniki gruźlicze w plwocinie można było znaleźć odrazu w pierwszym preparacie. Gdy raz były znalezione, można je było zawsze przy powtórnych poszukiwaniach wynaleźć.

4) Ilość laseczników gruźliczych nie jest stałą. Wogóle w przypadkach przebiegających z ciepłotą powyżej 39° C. była ona znaczniejszą. Wtedy dawały się widzieć pojedynczo i grupami w każdym polu mikroskopu w ilości od

¹⁾ Patrz sprawozdanie w Kronice Lekarskiej. 1882. Nr. 21.

kilku do kilkunastu, kilkudziesięciu i więcej. W trzech podobnie przebiegających przypadkach wszystkie cząstki płwociny rozpatrywanej były przejęte lasecznikami gruźliczemi; w jednym przypadku dawały się widzieć tak wielkie nagromadzenia laseczników, że miejsca takie gołym okiem można było po zabarwieniu odróżnić; wielkość ich wahała się od 2--3 μ .; w wielu lasecznikach można było dostrzedz wyraźne zarodniki, a niektóre składały się z nich całkowicie. To samo można było zauważyć w płwocinie, wziętej z jamy przy autopsyi. W trzech tych przypadkach znaleziono przy oględzinach rozległe zniszczenia tkanki płucnej; przecięta ona była dużemi i drobnemi jamami, komunikującymi z sobą.

5) W jamach zawsze można było wykazać laseczniki gruźlicze. Nie znalazłem ich tam raz tylko, lecz badanie to było mniej starannie przeprowadzone.

6) Prawie wszędzie lasecznikom gruźliczym towarzyszą inne barwiące się przy zastosowaniu metody Ehrlich'a na niebiesko. Jedne podobne są kształtem i wielkością do laseczników gruźliczych, inne przedstawiają formę mikro- i streptokokków.

W dwunastu przypadkach innych chorób dróg oddechowych jak: *bronchitis acuta et chronica*, *pneumonia crouposa*, *pneumonia cirrhotica*, *asthma bronchiale*, *emphysema*, *gravedo*, znajdowałem tylko niebiesko barwiące się laseczniki; podobnież w kale i w moczu gruźliczych i niegruźliczych osób. Laseczników gruźliczych i niegruźliczych w kale u suchotników pomimo trzykrotnego poszukiwania nie znalazłem.

Wnioski powyższe zgodne są mniej więcej z odnośnemi wnioskami Koch'a, Balmer'a i Fraentzela¹⁾, Ehrlich'a²⁾, i Cramer'a³⁾. Ze wszystkich dokonanych na tem polu poszukiwań wynika, że w razie znalezienia laseczników gruźliczych w płwocinie gruźlica płuc nie ulega wątpliwości. Co do gruźlicy krtani, twierdzi toż samo B. Frankel⁴⁾, opierając swe zdanie na 25 przypadkach, w których cząstki wzięte z owrzodzeń zawierały laseczniki.

Lichtheim⁵⁾ zwraca uwagę na wielką doniosłość badania płwociny w początkowych okresach suchot, wówczas gdy nie dają się jeszcze wykazać żadne zmiany zapomocą badania fizykalnego. W tymże kierunku zwrócił swoje poszukiwania Hiller⁶⁾. Na prognostyczne znaczenie ilości laseczników gruźliczych nie zwraca Lichtheim wielkiej uwagi, gdyż w różnych przypadkach otrzymywał rozmaite rezultaty bez względu na złośliwość przebiegu choroby. Podobne wyniki otrzymałem i ja (wniosek 4). Nie zgadza się to z poglądem Balmer'a i Fraentzela. Uwagę Lichtheim'a, że barwienie się laseczników gruźliczych pomimo długiego pozostawania w alkali nie dowodzi ich zdolności do życia, uważam za słuszną, wbrew twierdzeniu Balmer'a i Fraentzela⁷⁾.

1) Sprawozdanie Gaz. Lek. Nr. 17 i 46. 1882.

2) Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 19. 1882.

3) Sitzungsberichte der phys. medicinischer Societät zu Erlangen. 11 December. 1882.

4) Diagnose d. tuberculösen Kehlkopfgeschwüre. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. 1883.

5) Fortschritte der Med.. Zur diagnostischen Verwerthung der Tuberkelbacillen. 1883. N. 1.

6) Ibid. s. 46.

7) Patrz moje sprawozdanie w N-rze 46 Medycyny. 1882.

II. KILKA SŁÓW O LASECZNIKACH GRUŻLICZYCH.

Podał **Michał Szwykowski** student medycyny.

W chwili, kiedy kwestyja laseczników gruźliczych zajmuje cały prawie świat lekarski, sędzę, że nie będzie bez interesu ogłoszenie chociaż skromnych wyników mojej pracy w tej kwestyi. Do barwienia laseczników w plwocinie używałem metody ogłoszonej w *Berl. klin. Woch.* Nr. 45. 1882, przez **B a l m e r'a** i **F r a e n t z e l'a**.¹⁾ Najczęściej używałem jako zasadniczego barwnika fuksyny, jako tło zaś błękitu metylowego.

1. Barwiłem plwocinę dwudziestu kilku chorych, w tej liczbie dwunastu suchotników. Otrzymałem laseczniki zabarwione zasadniczym barwnikiem tylko u jedenastu suchotników, u dwunastego pomimo kilkakrotnego barwienia laseczników nie znalazłem. W plwocinie chorych na zapalenie płuc, na rozedmę pęcherzykową i zapalenie oskrzeli, bakteryj zabarwionych barwnikiem zasadniczym nie otrzymałem.

2. Używając tej samej metody, barwiłem: *a)* bakteryje z siana, hodowane sztucznie, *b)* bakteryje z gnijącej wody, *c)* z moczu, *d)* z kału zdrowego człowieka, *e)* z masy z wymiotowanej. We wszystkich tych przypadkach bakteryje barwiły się inaczej, niż laseczniki w plwocinie suchotników, mianowicie, odbarwiała się w kwasie saletrzanym i barwiły się barwnikiem tła.

3. Co się tyczy ilości laseczników w plwocinie suchotników, to takowa jest bardzo zmienną nie tylko u różnych osobników, ale często u jednego i tego samego osobnika. Tak na przykład, u jednego i tego samego chorego w plwocinie wydalonej w różnych porach dnia znajdowałem różną ilość laseczników. **D-r D e t t w e i l e r** i **M e i s s e n** (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 8 i 9) twierdzą, że w rannej plwocinie jest laseczników zawsze więcej, niż w dziennej; mnie się zdarzało otrzymywać takiż rezultat, ale również otrzymywałem i wprost przeciwny. Często z tej samej ilości plwociny, złożonej z paru splunień chorego, otrzymywałem bardzo różne co do ilości laseczników preparaty, pomimo że brałem cząsteczki plwociny, nie różniące się makroskopijnie. Sędzę zatem, że na otrzymanie preparatu bardziej lub mniej bogatego w laseczniki w znacznej mierze wpływa przypadek i chcąc określić z pewnem prawdopodobieństwem ilość laseczników w plwocinie chorego, należy przygotowywać po kilka preparatów z dwóch, lub trzech porcyj plwociny, wydzielonych w różnych porach dnia. Co do prognostycznego znaczenia ilości laseczników: w dwóch przypadkach (**Z i e m b i ń s k i** i **M r o c z k o w s k i**) zawsze znajdowałem bardzo mało laseczników pomimo wysokiej ciepłoty i rozległej sprawy w płucach; oba przypadki zakończyły się śmiercią; w innych 6-ciu przypadkach, analogicznych pod względem rozległości sprawy i wysokości ciepłoty, znajdowałem laseczników bardzo dużo. U chorej **Pawlik** z podwyższeniem ciepłoty zauważyłem dwukrotnie powiększenie się ilości laseczników w plwocinie; u chorego **Łakomskiego** z podwyższeniem ciepłoty ilość laseczników wydawała się mniejszą.

¹⁾ Patrz streszczenie w *Gaz. Lek.* Nr. 46 r. z.

Laseczniki barwiłem przeważnie w pracowni histologicznej prof. H o y e r a. Materyjał do badania brałem z kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. Z dwunastu suchotników, o których piszę, siedmiu zmarło. (Emiljanowicz Jan, Ziemiński Leon, Łakowski Stanisław, Mroczkowski Jan, Gontarczyk Ignacy, Pawlik Maryja, Kaim Józefa). U wszystkich sekcyjja wykazała *bronchopneumoniam caseoideam chronicam*, a w większości przypadków i *enteritidem tuberculosam*. Pomiedzy nimi był i ów chory, w plwocinie którego laseczników nie znalazłem.

Z pozostałych pięciu:

1. J. Józef, lat 24, kaszel od 3-ech miesięcy; osłabienie, gorączka codziennie, poty po nocach, obadwa płuca nacieczone, jama w lewym wierzchołku. Uskarżał się przeważnie na ból pod prawą łopatką, po zmniejszeniu takowego wyszedł ze szpitala.

2. S., lat 28, chory od 5 miesięcy; w lewym wierzchołku wypukiwanie wykazuje obecność jamy, z przodu na lewej stronie klatki piersiowej na wysokości III i IV żebra — *gargouillement*; tamże otrzymuje się *bruit du pôt felé*.

3. S. Szczepan, lat 59, chory od 2 óch lat; w prawym wierzchołku jama, ciepłota dochodziła do 39° C., osłabienie, duszność.

4. G. Anna, lat 29, chora od 8 miesięcy, lewe płuco nacieczone, jama, *pneumothorax*, w plwocinie włókna sprężyste.

5. W. Ryszard, lat 26, kaszel od 5 miesięcy gorączka codziennie, wyniszczenie, jamy w obu wierzchołkach, w plwocinie włókna sprężyste.

III. KILKA UWAG

NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 10).

Przebieg gorączki w przypadkach śmiertelnie zakończonych. Przed samą śmiercią ciepłota zachowywała się rozmaicie: w 4 przypadkach ciągle wzrastała do śmierci, przyczem wahania dzienne były znaczne (do 2° C). Niekiedy, na kilka dni przed śmiercią, ciepłota nagle przy objawach zapaści spadała prawie do prawidłowej, lecz niebawem znów się podnosiła; innym razem przeciwnie (w 3 przypadkach), gdy obniżenie raz nastąpiło, trwało już aż do śmierci. Nakoniec w 3 przypadkach ciepłota stale przez cały przebieg choroby utrzymywała się w granicach 39 - 40.5° C.

Śmierć nastąpiła:

w 1	przypadku	przy	ciepłocie	37°	C.
„ 2	„	„	„	38°	„
„ 1	„	„	„	39°	„
„ 1	„	„	„	39,2°	„

w 1 przypadku przy ciepłocie 39,4° C.

„ 1 „ „ „ 39,3° „

„ 2 „ „ „ 40,5° „

„ 1 „ „ „ 40,7° „

Co się nareszcie tyczy dnia choroby, w którym śmierć nastąpiła, to: w 1 przypadku 9 dnia, w 1-ym 12 dnia, w 3-ech 17 dnia, w 1-ym 23 dnia, w 1-ym 27 dnia, w 1-ym 30 dnia, w 1-ym 39 dnia, w 1-ym 49 dnia choroby.

Związek wysokiej ciepłoty z tętnem. Po największej części tętno w zupełności odpowiadało natężeniu ciepłoty, t. j. ilość uderzeń jego przez minutę wzrastała i zmniejszała się wraz z takimiż falowaniami ciepłoty. Jednakże w 9 przypadkach znalazłem znaczną niestosunkowość. W 6 z nich ciepłocie 40,2° C. towarzyszyło tętno 70—80 na minutę. Zazwyczaj stan taki trwał krótko, kilka dni; w 2 przypadkach zaś trwało to 12 i 20 dni z rzędu. Najczęściej podobny stosunek występował w drugim okresie gorączki, w miarę zaś zbliżania się ku końcowi stosunek ów u stawał się prawidłowym. W jednym przypadku spostrzegano tętno rzadkie przez cały czas trwania wysokiej gorączki; jednocześnie zaś z obniżeniem takowej tętno uległo przyspieszeniu, t. j. po nagłym spadku z 41° C. na 37,5° C. tętno podniosło się do 114 uderzeń. Fakt ten *Liebermeister* przypisuje hamującemu działaniu zarazka tyfusowego na ruchy serca, czyli że zarazek drażni ośrodek nerwu błędnego. Jest to jednak przypuszczenie zbyt jednostronne, dla czegoż bowiem zarazek miałby wpływać tylko na nerw błędny, a nie wpływać jednocześnie na nerwy przyspieszające czynność serca?

Z drugiej strony w końcowych okresach tyfusu, zwłaszcza w okresie zdrowienia, miałem sposobność spostrzegać przeciwnie przyspieszenie tętna, niekiedy w połączeniu z nierównomiernością (*arrhythmia*). Można to było obserwować nawet przez czas dłuższy. Fakt ten już oddawna zwrócił uwagę klinicystów, jak *Trousseau*, *Smith*, *Thompson*; *Leyden* ¹⁾ zajął się również dokładniejszym zbadaniem tego objawu w chorobach gorączkowych w ogólności, a głównie w błonicy, czyniąc go zależnym od działania swoistego zarazka na mięsień sercowy, ulegający skutkiem tego zapaleniu (*infectiöse Myocarditis*). Prawdopodobnie i sama gorączka wywiera tu także wpływ swój, analogicznie jak na inne narządy mięsne. Niektórzy (*Rosenbach*) znajdowali zwyrodnienie woskowate *Zenker'a* w mięśniu sercowym. Otóż *Leyden* poczytuje takie przyspieszenie tętna po tyfusie przy ciepłocie normalnej za ważną oznakę prognostyczną. Póki ono trwa, dopóty niebezpieczeństwo dla chorego jeszcze nie minęło i należy obawiać się zawsze osłabienia czynności serca, prowadzącego do bezwładu, nawet z zejściem śmiertelnym.

Związek ciepłoty z objawami mózgowymi. Niewątpliwie większe lub mniejsze natężenie objawów ze strony ośrodków nerwowych zależy od nasilenia lub zwolnienia gorączki, z czego wnosimy, iż takowa sama przez się działa na powstawanie zbroczeń powyższych. Wszelako nie jest to warunek

¹⁾ *Leyden*. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. IV. H. III. S. 334.

nieodzowny. gdyż znalazłem w jednym przypadku zupełną przytomność przy 42° Cels. wieczorem; była to postać poronna. Innym razem wystąpiło u chorego istotne obłąkanie 13-go dnia choroby, gdy gorączka z 40,2° C. spadła na 38,1° C.; o chorym tym pomówię dalej.

Związek gorączki z białkomoczem był dość ścisłym, gdyż wraz z powrotem ciepłoty do stanu normalnego utrzymywał się przez długi czas w okresie bezgorączkowym, a więc tu naturalnie cierpienie nerek stało się głębszem i przeszło zapewne w istotne zapalenie.

Związek ciepłoty z krwotokami kiszkowymi. Tylko w 4-ch przypadkach ze 133 były krwotoki kiszkowe; w żadnym z nich jednakże nie udało mi się znaleźć tak znacznego obniżenia ciepłoty, jak to powszechnie przyjmują. W jednym po krwotoku ciepłota z 40,8° C. spadła na 39,1° C., zatem o 1,7° C., w drugim przeciwnie podniosła się po krwotoku z 40° do 41° Cels..

Przekroczenia dyjetetyczne i wpływ ich na ciepłotę. Odgrywają one w przebiegu wszystkich w ogóle chorób gorączkowych, a tem więcej w tyfusie brzuszny bardzo ważną rolę. Znaczenie takowych w tyfusie potęguje się osobnymi warunkami anatomicznymi, gdy bowiem w innych gorączkach przewód pokarmowy jest co najwyżej w stanie mniej więcej lekkiego nieżyty, w tyfusie mamy do czynienia z wrzodami. Jakkolwiek przekroczenia dyjetetyczne nie zawsze śmierć za sobą pociągają, wszelako po największej części wpływają znacznie na pogorszenie ogólnego stanu, co przedewszystkiem uwydatnia się podniesieniem ciepłoty o kilka nawet stopni. Pomiędzy zebranymi przez siebie przypadkami napotkałem popełnione błędy dyjetetyczne 12 razy. Następstwa były rozmaite. Podzielę te przypadki na 2 kategorie: a) przekroczenia popełnione w czasie trwania gorączki — b) w stanie bezgorączkowym, t. j. w okresie zdrowienia, co się zdarzało częściej.

Co się tyczy pierwszej kategorii, należą tu 4 przypadki:

№ 6. S., służący, lat 24, dobrze zbudowany, zachorował 29. IX. 1874 r.; po zaccadzeniu od tlenku węgla dostał dreszczy. Do kliniki przybył 7. X. a więc 9 dnia choroby, z bólem w okolicy biodrowej prawej, rozwolnieniem, powiększoną do VII żebra tępością śledziony, nieżytem oskrzelowym, białkomoczem i śpiączką. Oprócz białka znaleziono w moczu i wałeczki szkliste. 17 dnia choroby pacjent zjadł 3 jajka; ciepłota przez 3 dni jeszcze pozostawała w dotychczasowych granicach (32,2° C. *mane*—39,5° C. *vespere.*); dopiero po 3 dniach nagle wystąpił niesłychanie silny ból brzucha, tętno nitkowate, prawie niewyczuwalne, kończyny zimne. Ciepłota zaraz z rana podniosła się do 40,8° C. (poprzedniego wieczoru 39,3° C.) Nazajutrz (21 dnia) ciepłota rano 39,3° C., wieczorem 38,3° C.; 22 dnia rano 37,5° C., chory czuje się lepiej, ból brzucha mniejszy. Lecz wieczorem tegoż dnia ciepłota wynosiła znowu 40° C., nakoniec poczęła się stopniowo obniżać znowu aż do śmierci (27 dnia choroby przy ciepłocie 38° C.) Tegoż dnia bóle brzucha się powtórzyły, były wymioty, wzdęcie, tętno niewyczuwalne. Sekcja wykazała dawne zrosty sieci wielkiej (*omentum majus*) ze ścianką brzuszną, oraz ropne zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia jelita.

№ 7. J., kołodziej, lat 18, dobrze odżywiony, przybył do kliniki 8 dnia choroby z ciepłotą 40,5° C.. Dnia 19. I. 1879 r. dostał silnych dreszczy;

przyjął wodę gorzką, po której nastąpiły wymioty; następnie olej rycinowy, po którym nastąpiła poprawa. D. 25. I. najadł się grochu, natychmiast wystąpił ból brzucha, wymioty. Jednocześnie żona i córka jego majstra miały tyfus. Chory w chwili przybycia był obficie pokryty potem, miał ból w dołku sercowym, wzdęcie, biegunkę i często wymiotował żółciowemi masami; górna granica śledziony na VIII-em żebrze, w moczu dużo białka. Dano natychmiast *ol. ricini*, a po 2 dniach *inf. sennae*. Po upływie 6 dni, t. j. 16 dnia choroby pokazały się ślady krwi w stolcach. 20 dnia po przekroczeniu dyjetetycznem (?) nadzwyczajny ból brzucha, który był mocno napiętym; wystąpił zimny pot. Ciepłota z 38,6° C. na 40,3° C., nazajutrz 38° C. Dopiero po 6 dniach wystąpiła poprawa ogólnego stanu, przy czem i ciepłota powróciła do stanu normalnego.

№ 8. D., 15-letni chłopak szewcki, wątpy, przybył dnia 23. IX. 1873 r. Opowiada, iż na tydzień przedtem po zaziębieniu i zjedzeniu obfitej ilości sera dostał dreszczy i rozwolnienia; w dzieciństwie przechodził odrę. Znaleziono przy badaniu pryszczę wargowe (*herpes labialis*), ból w okolicy kiszki ślepej, powiększoną śledzionę, niewielki białkomocz i nieżyt oskrzeli. W nocy chory majaczył, we dnie ciągła senność. Sinica na twarzy, tętno arytmiczne, dwubitne; stolce mimowolne. 19 dnia choroby przytomność większa, sinica znikła, tętno równe. 23 dnia choroby zjadł bułkę, poczem natychmiast ciepłota z 38° C. rano podniosła się do 41° C. wieczorem, pojawił się ból w nadbrzuszu. Nazajutrz uspokoił się, lecz 28 dnia po zjedzeniu ciasta gorączka z 37,8° C. doszła do 41,2° C., nazajutrz spadła na 37,4° C. i odtąd pozostawała ciepłota w granicach 38—39° C., wskutek istnienia zapalenia miedniczek nerkowych (*pyelitis*). 38 dnia choroby D. dostał zapalenia dolnego płatu lewego płuca, potem i zapalenia opłucnej. Wyniszczenie ogólne było ogromne, w żyłę szyjowej wewnętrznej (*vena jugularis int.*) szmer diabli (*bruit du diable*), trwający przez 28 dni z rzędu.

№ 9. S., 15-letni stolarz, nieźle odżywiany, przybył do kliniki 6 dnia choroby. 6. III. 1873 r. dostał bólu głowy, zawrotów, mrowienia w nogach, krwawienia z nosa i lekkich dreszczyków. Towarzysz jego ma tyfus. Znaleziono śledzionę wyczuwalną, ból w okolicy biodrowej prawej i dołku sercowym, ślady białka w moczu, biegunkę, wzdęcie brzucha. W nocy ciągle majaczenie. Chory popełnił przekroczenie dyjetetyczne 4 razy; 26 dnia choroby, poczem ciepłota z 40° podniosła się na 41° C.; 29 dnia, ciepłota z 38,4° na 41° C.; 33 dnia ciepłota z 38,5° na 41,2° C.; 36 dnia, ciepłota z 37,2° na 41,2° C. Innych następstw, prócz tak znacznego podniesienia ciepłoty, nie było. Przebieg w niniejszym przypadku był nadzwyczaj ciężkim; stosowano długi czas kąpiele zimne.

Do drugiej kategorii, t. j. gdzie przekroczenia dyjetetyczne popełnionemi zostały już w stanie bezgorączkowym, w rekonwalescencji, należy 8 chorych:

№ 10. S, służąca, lat 19, o dobrem odżywianiu, dostała na 3 tygodnie przed przybyciem do kliniki bólu brzucha i biegunki; w tymże czasie brat jej, którego często odwiedzała, umarł skutkiem tyfusu. Po 10 dniach doznała nagle silnego dreszczy, powtarzającego się przez 5 dni. Przebieg tyfusu u tej chorej był ciężkim, kilkakrotnie powtarzały się zastoiny (*hyppostases*) w tylnych częściach płuc. 27 dnia choroby gorączka spadła do 37,1° C. Po 4 dniach chora zjadła bułkę, poczem zaraz wieczorem tegoż dnia ciepłota 40° C., nazajutrz 38,1° C. rano, 39° C. wieczorem, następnego dnia 37,7° rano, 38,7° C. wieczorem, a dopiero na czwarty dzień ciepłota powróciła do stanu prawidłowego. Tu więc wyrównanie po zjedzeniu bułki następowało stopniowo, przez kilka dni, za pomocą obniżenia ciepłoty o typie zwalniającym.

№ 11. K., lat 25, mularz, u którego tyfus trwał 21 dni, z wybitnemi objawami ze strony przewodu pokarmowego i mózgowia, zjadł chleba w 10 dni po nastąpieniu stanu bezgorączkowego. Natychmiast wystąpił silny ból brzucha, wzdęcie, co jednak po *ol. ricini* przeszło; ciepłota nie była mierzona.

№ 12. K., 25 letni krawiec, w 12 dni po przebyciu 26-dniowego tyfusu zjadł kartofli, poczem nastąpiły wymioty.

№ 13. K., służąca szpitalna, lat 23 mająca, po zachorowaniu na tyfus 2-go II. 1873 r. przyjęła olejku rycinowego i naparu senesu. W 12 dni po nastąpieniu rekonwalescencji zjadła barszczu, po którym natychmiast wystąpiły dreszcze, ból brzucha. Ciepłota nie podana.

№ 14. H., szwaczka, lat 23, wątła, małokrwista, przechodziła zimnicę, odrę. Zachorowała 21. I. 1876; były dreszcze, ból brzucha, rozwolnienie; przepisano chorej środek wymiotny. Przybyła 10 dnia choroby do kliniki z powiększoną śledzioną, biegunką, wzdęciem brzucha i niewielkim białkomoczem. Od 16 do 21 dnia choroby codziennie powtarzały się kilkakrotnie wymioty żółciowe. Począwszy od 20 dnia, zaczęła przyjmować kwas salicylowy, który obniżył ciepłotę o 1 — 2° C. W czasie choroby utworzyły się odleżyny oraz nastąpił ropny odpływ z ucha. W 5 dni po zupełnem obniżeniu gorączki chora najadła się przyniesionych jej z miasta bułek; dostała wkrótce bólu brzucha; wzdęcia, zaparcia; ciepłota z 37,8° C. podskoczyła do 39,8° C.; nazajutrz z rana 39,3° C.—wieczorem 40,1° C.; trzeciego dnia 39,6° C. rano—38° C. wieczorem; potem ciepłota prawidłowa przez 4 dni, aż nagle z 38,2° C. podniósłszy się wieczorem do 40° C., spadła nazajutrz do 36,3° C. i odtąd już w tych granicach pozostawała.

№ 15. B., 19-letni strażak, przybył 11. IV. 1881; w roku zeszłym przechodził bardzo silny tyfus. Gorączka trwała tylko 16 dni i spadała krytycznie z 40,2° C. na 35,8° C. Po 3 dniach chory zjadł pomarańcz; ciepłota z 37,8° C. na 39,8° C.; nazajutrz 37,4° C.

№ 16. N., 13-letnia dziewczyna, słabo rozwinięta, przybyła 3 dnia choroby do kliniki. Tyfus trwał 24 dni, był bardzo ciężkim; kilka razy występowały oznaki zapaści (*collapsus*) z ziębnięciem kończyn i nitkowatym tętnem. 14 dnia rekonwalescencji po zjedzeniu czegoś niestrawnego ciepłota z 37,4° C. nagle podniosła się do 40,6° C., nazajutrz 37,8° i już w granicach znowu normalnych.

W ostatnim nakoniec przypadku po przekroczeniu dyjetetycznem nastąpił rzeczywisty powrót tyfusu (recydywa):

№ 17. U., 20-letnia służąca, której pani przed 2 tygodniami umarła na tyfus, wstąpiła do kliniki 31-go X. 1874 w 6-ym dniu choroby. Chora pochodzi z błotnistej miejscowości; w 15 roku życia przechodziła ospę. Choroba rozpoczęła się jednym silnym dreszczem i bólem w lewym boku. Przy badaniu znaleziono niewielki ból brzucha, wzdęcie, oraz bolesną przy dotykaniu, podniesioną do VIII żebra śledzionę. Przebieg tyfusu był nadzwyczaj ciężkim; częste poty, ciągła biegunka; począwszy od 10 dnia choroby stan nieprzytomny, majaczenie, złudzenia, przywidzenia. Gorączka utrzymując się stale między 40° i 41° C., trwała 27 dni. Po upływie 6 dni zjadła wędzonego śledzia i kielbasy; natychmiast ciepłota z 37,6° podniosła się do 39° C. wieczorem. Brzuch mocno wzdęty, bolesny przy dotknięciu w okolicy biodrowej prawej. Odtąd rozpoczęła się rzeczywista recydywa, trwającą 22 dni i przebiegająca jeszcze ciężej niż pierwotny tyfus, chora gwałtownie majaczyła, wyskakiwała z łóżka, kilka razy objawy zapaści. Gorączka w recydywie także dochodziła do 41° C. Leczenie było tylko wyczekującym.

Z powyższych przykładów widzimy dowodnie, iż przekroczenia dyjetetyczne, lubo nie stanowią dla życia bezwarunkowego niebezpieczeństwa, jednakże powodują zawsze mniej lub więcej wyraźne oddziaływanie, przejawiające się natychmiast w postaci podwyższenia ciepłoty, co niekiedy do 3 i 4 stopni dochodziło. Podobne oddziaływanie ustroju występuje nawet po upływie 2 tygodni od chwili zu-

pełnego ustania gorączki tyfusowej. O ile przekroczenie dyjetetyczne bywa groźniejszym tam, gdzie je popełniono w okresie gorączkowym, trudno z naszych przypadków wnioskować. Mielśmy wprawdzie jeden przypadek śmiertelnie zakończony, lecz tu zapalenie otrzewnej powstało skutkiem oddawna istniejącego zrostu sieci z ścianką brzuszną, co właśnie utrudniło ruchy robaczkowe jelit i wywołało jakoby pewien rodzaj uwięźnięcia; natomiast przedziurawienia jelit wcale nie było.

Z przypadków drugiej kategorii mieliśmy raz tylko recydywę; wszystkie skończyły się pomyślnie.

Tak więc mniej lub więcej poważne następstwa po błędach dyjetetycznych zależą w znacznej części od warunków indywidualnych chorego.

R e c y d y w y. Spostrzegane były w 6 przypadkach, z których 5 powstało bez widocznej przyczyny; o szóstym, jako powstałym po niezachowaniu diety, mówiłem wyżej.

№ 18. B., student uniwersytetu, lat 24, dobrze zbudowany, zachorował po przeziębieniu 12. IX. 1874; do kliniki wstąpił szóstego dnia choroby z gorączką $39,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C, a więc w okresie drugim. Gorączka, utrzymując się w granicach 40° C. do 41° C. wieczorem, trwała 18 dni; obniżyła się dość szybko, bo w ciągu 2 dni. Przez 7 dni był stan bezgorączkowy. Nagle chory dostaje na nowo dreszczy bez przyczyny i ciepłota zwolna zaczęła się podnosić. Recydywa trwała 21 dni; gorączka trzymała się prawie na tymże poziomie, co i w pierwotnym tyfusie; okres drugi wynosił 8 dni, a zakończenie gorączki odbywało się znacznie wolniej, w przeciągu 4 dni.

№ 19. K., 19-letnia służąca, dobrze odżywiana, dostała na 5 dni przed wstąpieniem do kliniki dreszczy; po 4 dniach wzięła środek wymiotny. Na tułowiu znaleziono różyczkę; ból w podbrzuszu prawem, wzdęcie, powiększenie śledziony, zaparcie. Pierwszy tyfus trwał 20 dni; odznaczał się bardzo uporczywym nieżytem oskrzelowym, z krwiopluciem nawet, sennością i nierównomiernością tętna. Po 4 dniach ciepłota zaczęła znów szybko się podnosić do $40,3^{\circ}$ C.; recydywa trwała 12 dni i miała cechy podobne.

№ 20. K., szewc, lat 14, miernie rozwinięty, przybył 6 dnia choroby z ciepłotą $40,7^{\circ}$ C., która jednakże odtąd poczęła opadać i już 12 dnia nastąpił stan bezgorączkowy, tak, iż był to tyfus poronny. Po 6 dniach rekonwalescencji ciepłota zaczęła się podnosić do $39,5^{\circ}$ C.; recydywa trwała 15 dni, przyczem, począwszy od szóstego dnia takowej, chory pocił się codziennie, przez 2 ostatnie dni zaś były i dreszcze.

№ 21. F., 19-letnia służąca, dobrze zbudowana. Choroba rozpoczęła się przed 11 dniami dreszczykami, chrypką i wystąpieniem miesiączki. Tyfus trwał 18 dni; gorączka $39,5^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$ C.; 3 dni stan był bezgorączkowy; nagle ciepłota z porannej $37,3^{\circ}$ C. podniosła się wieczorem do 41° C., w obec silnych dreszczy i odtąd trwała gorączka 14 dni, trzymając się na wysokości 39° do $40,5^{\circ}$, a nawet 41° C.. Żadnego miejscowego ogniska zapalnego niepodobna było przypuścić; z tego powodu owo nagle podskoczenie ciepłoty, o 4 stopnie blisko, należy przypisać rozpoczynającej się recydywie, tembardziej iż typ gorączki odpowiadał tyfusowi, a zakończenie recydywy odbyło się stopniowo, *per lysin*, z coraz wyraźniejszymi zwolnieniami.

№ 22. Ł., służąca, 21 lat licząca, przybyła do kliniki 5 dnia choroby. Przed pół rokiem przyjechała do Warszawy. Dnia 17-go X. 1881 r. piorąc bieliznę, uczuła nagle dreszcze. Chora otyła, skarży się na zaparcie stolca, wzdęcie, ból w okolicy biodrowej prawej; śledziona na VII żebrze, w moczu

ślady białka. Pierwszy tyfus trwał 22 dni, następnie 4 dni stan bezgorączkowy, wreszcie recydywa 29 dni.

U. — opisana wyżej (Nr 17).

Zestawiając powyższe przypadki otrzymujemy:

1)	Pierwszy tyfus trwał 18 dni; stan bezgorączkowy 7 dni; recydywa 21 dni.
2)	„ „ „ 20 „ „ „ 4 „ „ 12 „
3)	„ „ „ 12 „ „ „ 6 „ „ 15 „
4)	„ „ „ 18 „ „ „ 3 „ „ 14 „
5)	„ „ „ 22 „ „ „ 4 „ „ 29 „
6)	„ „ „ 27 „ „ „ 6 „ „ 22 „

Jakie warunki tutaj wpływały na powstanie recydywy (z wyjątkiem ostatniego przypadku) odpowiedzieć trudno, ponieważ żadnej widocznej przyczyny ku temu nie było. Objaśniają ją dwojako: albo recydywa bywa następstwem nowego zakażenia w szpitalu, albo też powstaje skutkiem ponownego rozwijania się zarazka, który w czasie pierwotnego tyfusu nie został jeszcze całkowicie zniszczonym i wydalonym z ustroju. Pierwsze przypuszczenie pozornie tylko jest możliwem, jakkolwiek bowiem wszelkie zaburzenia w przewodzie jelitowym usposabiają do zakażenia tyfusowego, co tembardziej nastąpićby mogło w obec tak znacznego rozstroju jelit u tyfusowych, jednakże doświadczenie wskazuje nam, jak rzadko w ogóle podobne recydywy następują; w razie zaś, gdyby owo przypuszczenie było prawdziwem musiałyby one być nierównie częstszemi. Co do drugiego przypuszczenia, wiemy, iż zarazek tyfusowy, jak każdy inny, rozwijać się może szybko i z tego względu mała jego ilość, której ustrój podczas pierwotnej choroby wydalic z siebie nie zdołał, zaczyna rozmnażać się na nowo i powoduje recydywę.

Na zakończenie niniejszego przeglądu o przebiegu gorączki wzmiankować jeszcze muszę o dreszczach i potach, w czasie trwania takowej występujących.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

15. M. Babes. Poszukiwania nad szczepieniem i rozwojem lasecznika gruźliczego.

W Styczniu r. b. w Towarzystwie anatomicznem paryżkiem M. B a b e s ogłosił wyniki swych badań nad gruźlicą, dokonanych w pracowni prof. C o r n i l'a. Autor główną zwrócił uwagę na sposób szerzenia się w ustroju laseczników gruźliczych, szczepienie wykonywał zawsze w jamie otrzewnej, preparaty barwił według metody E h r l i c h'a, przez siebie nieco zmienionej. Wyniki, otrzymane przez B., są następujące:

1) Laseczniki gruźlicze zawsze prawie przenikają przez błonę surowiczą, w miejscu ich szczepienia rozwija się sprawa zapalna.

2) Początkowo można je znaleźć rozrzucone bezpośrednio pod miejscem podległym zapaleniu.

3) Następnie przez drogi chłonne dostają się do gruczołów; w drogach tych dają się wykazać laseczniki pośród przerosłych komórek śródbłoka (*endothelium*).

4) Gruczołki i torebki (*folliculi*) limfatyczne stanowią główne zbiorniki laseczników; tworzą się tu komórki olbrzymie, czy to w skutek przerostu, czy też wskutek połączenia paru komórek, a w nich rozwija się wielka ilość laseczników.

5) Przez drogi chłonne dostają się również laseczniki do pęcherzyków płucnych, gdzie śródblonek formuje komórki olbrzymie lub też grupy komórek, które zawierają w sobie laseczniki i wypełniają pęcherzyki płucne. Niekiedy przez śródpiersie i drogi limfatyczne okołonaczyniowe przechodzą laseczniki do miąższu płuc. W taki sposób dostają się do i do narządów brzusznych.

6) W gruźlicy prosówkowej zazwyczaj znajduje się mało laseczników; daleko ich więcej w ostrych przypadkach gruźlicy.

Prócz tego autor wspomina o dwóch przypadkach, w których znalazł laseczniki w moczu chorych na gruźlicę organów moczopłciowych; w obu razach przy sekcji znaleziono zmiany gruźlicze w pęcherzu moczowym i nerkach.

(*Le progrès médical*, N. 9, 1883).

M. Jakowski.

16. Fleischlen (Berlin) O pewnym cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciążę i poród. (*Ueber Schwangerschafts- und Geburtsniere*).

Choroby nerek stanowią jeden z najważniejszych działów patologii ciąży. Pomimo licznych prac, tej części poświęconych, wiele tu jeszcze punktów oczekuje wyjaśnienia; dwa zwłaszcza pytania, na pierwszy plan występujące, dotychczas czekają na odpowiedź ostateczną, a mianowicie:

Po pierwsze, jakie są główne cechy kliniczne i anatomiczne cierpienia nerek, ciążę wklajającego, zwanego w Niemczech *Schwangerschaftsniere*¹⁾.

Powtórnie, czy możliwem jest rozpoznanie różniczkowe w danym przypadku podczas ciąży między tem właśnie cierpieniem z jednej strony, a ostrem lub przewlekłym zapaleniem nerek z drugiej i czy cierpienie to może przejść w zapalenie przewlekłe.

Autor, korzystając z licznych materiału kliniki berlińskiej prof. Schrüder'a, zajął się rozbiorem moczu u 1000 ciężarnych i mając na uwadze przy swych badaniach te dwa właśnie pytania, przyszedł do wniosków, które nie rozwiązując pytań tych ostatecznie, stanowią jednak ważny krok naprzód w dziale tym patologii ciąży.

Między spostrzeżanemi przypadkami tej choroby nerek odróżnia autor przypadki o przebiegu lekkim i o przebiegu ciężkim. Objawy pierwszych były następujące: białkomocz nieznaczny; w większości przypadków białko zniknęło w dni kilka po porodzie. Osad moczu nie zawierał ani wałeczków ani nabłonka nerkowego, lecz jedynie komórki nabłonkowe moczowodów i pęcherza i oddzielne ciała limfatyczne. Drgawek (*eclampsia*) nie było. Ciąża przebiegała zresztą prawidłowo.

Przypadki o przebiegu ciężkim przedstawiały szereg objawów następujących: mniej lub więcej znaczny obrzęk przeważnie kończyn dolnych i warg sromnych. Ilość moczu ciemno-brunatnego bardzo skąpa przed porodem, po porodzie zawsze się znacznie podnosiła i to ponad ilość prawidłową. Skąpej ilości moczu odpowiadał wysoki ciężar gatunkowy, który poprzednio znacznie opadał. Ilość białka przed porodem bardzo znaczna, po porodzie zmniejszała się bardzo prędko *do minimum*. Osad moczu składał się z wałeczków szklistych, usianych prawie zawsze małemi błyszczącemi cząsteczkami tłuszczu. Ilość ich w stosunku do znacznej zawartości białka często była nieznaczna. Rzadko spotkać można było wałeczki ziarniste, jeszcze rzadziej nabłonkowe. Dalej, w osadzie znajdowano komórki nabłonkowe nerek, nabłonki miedniczek, moczowodów i pęcherza — wszystkie dotknięte wyraźnem zwyrodnieniem tłuszczowem,

¹⁾ Nazwa po raz pierwszy użyta przez Leyden'a. (*Przyp. Sprawoz.*).

niekiedy zaś już w rozpadzie, a także dość znaczną ilość białych ciałek krwi. Za to ciałek czerwonych albo wcale nie bywało, albo też jedynie pojedyncze napotymano. Drgawki towarzyszyły wszystkim tym przypadkom. Poród przedwczesny często był następstwem tego cierpienia. Badanie anatomo-patologiczne nerek w ciężkich przypadkach wykazało zwyrodnienie tłuszczowe nabłonków; zapalenia śródmiąższowego nie było; nerki były niedokrwiste.

Streszczając wszystkie te objawy kliniczne i anatomiczne ciężkich przypadków, widzimy, że wszystkie one stanowią cechę charakterystyczną niedokrwistości nerek i podobne są zupełnie do objawów towarzyszących „nerce cholerycznej”, jak wiadomo, *par excellence* niedokrwistej. W przypadkach lżejszych niedokrwistość jest mniejsza. Tutaj dotknięty jest jedynie nabłonek kłębków (*glomeruli*), od czego właśnie zależy białkomocz. Brak wałeczków i nabłonka nerkowego w osadzie moczu przemawia za tem, że nabłonek cewek moczowych pozostał nietknięty.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między niedokrwistością nerek u ciężarnych, a ostrem miąższowym zapaleniem nerek, podczas ciąży się przytrafiającem, to autor, przytoczywszy przypadek ostrego zapalenia z drgawkami, zakończony śmiercią, zwraca uwagę na różnicę sposobu powstawania obu tych form chorobowych; podczas gdy niedokrwistość nerek rozwija się przeważnie niepostrzeżenie i stopniowo, zapalenie ostre powstaje nagle. Przebieg ostrego zapalenia jest cięższy i bardziej gwałtowny; tu zakończenie porodu nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby nerkowej. Drgawki trwają wciąż dalej i po porodzie, ilość moczu i po porodzie pozostaje skąpa, ciężar gatunkowy pozostaje wysoki, białkomocz utrzymuje się znaczny i po porodzie. Mocz krwawy (*haematuria*) stanowi jeden z najcharakterystyczniejszych objawów ostrego zapalenia. Osad moczu przedstawia tu znaczną zawartość czerwonych ciałek krwi; niewiele za to białych, znaczną ilość wałeczków szklanych, nabłonka uległego stłuszczeniu i rozpadowi i wałeczki ziarniste. Badanie anatomo-patologiczne przedstawia obraz różny od obrazu niedokrwistości nerek. Wspólnem dla obu tych stanów jest tylko zwyrodnienie nabłonka, główna zaś różnica polega na zachowaniu się tkanki śródmiąższowej. Podczas gdy takowa w nerce niedokrwistej pozostaje zdrową, w ostrem miąższowym zapaleniu jest obrzmiała i dotknięta nacieczeniem komórkowem. Na tę różnicę zwrócił uwagę i Leyden. Między objawami klinicznymi ważną również różnicę stanowi zachowanie się tętna. Tętno przy ostrem zapaleniu jest twarde i odporne, przy niedokrwistości nerek tych cech nie posiada.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między niedokrwistością nerek u ciężarnych, a przewlekłym śródmiąższowym zapaleniem nerek, ciężę wikłającym, to autor nie tai wcale trudności tego zadania, tem ważniejszego, że od możliwości podobnego rozpoznania podczas ciąży zależy rokowanie w danym przypadku. Często przewlekłe zapalenie, przebiegające podczas ciąży niepostrzeżenie, dopiero podczas porodu zwraca na siebie uwagę wskutek pogorszenia objawów; osad moczu przy przewlekłym zapaleniu nerek tak podczas ciąży jak i podczas porodu przedstawia często też same zmiany co i osad moczu nerek niedokrwistych, niekiedy zaś zmiany te podczas porodu się zjawiają i wówczas łatwo jest bardzo pomylić się w rozpoznaniu. Na szczęście istnieją jeszcze inne wskazówki, czyniące rozpoznanie przewlekłego zapalenia możliwem. Tu należy zachowanie się ilości moczu i jego ciężaru gatunkowego. Jeśli podczas ciąży przy dość znacznej zawartości białka ciężar gatunkowy znajdujemy niski, ilość zaś moczu znaczną, wówczas podejrzenie zapalenia przewlekłego jest bardzo usprawiedliwione, gdyż przy niedokrwistości nerek, przy znacznej ilości białka, ciężar gatunkowy moczu jest zawsze wysoki, ilość zaś mo-

czu zmniejszona. Autor sądzi, że za przewiekłym zapaleniem nerek podczas ciąży stanowczo świadczyć będzie jedynie przerost serca i charakterystyczna twardość tętna. Na obecności tych objawów polegać można wówczas tylko, skoro ma się zrobić rozpoznanie różniczkowe w danym przypadku dopiero podczas ciąży.

Rozpoznanie różniczkowe między przewlekłym mięszszowym zapaleniem nerek a niedokrwistością nerek, można także jedynie przeprowadzić, zwracając uwagę na wyżej wymienione zachowanie się serca i tętna. Zachowanie się moczu nie może nam też dać żadnego objaśnienia, gdyż tak w jednym jak i w drugim stanie objawy są jednakowe, a mianowicie, tak tu jak i tam wysoki ciężar gatunkowy, znaczna ilość białka, zmniejszona lub też nie przechodząca po nad zwykłą normę ilość moczu ciemno-brunatnego, te same własności osadu. Wywiady mogą tu nam także przyjść w pomoc, gdyż przewlekłe mięszszowe zapalenie jest najczęściej cierpieniem następczem zastarzałego przymiotu, suchot, zimnicy i t. d.

(D. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Tęzec u noworodka. Wyzdrowienie.

W dniu 20 Lutego b. r. do ambulatoryjum Warszawskiego szpitala dla dzieci przyniesiono dziecię, 6 tygodni leżące, chore od dwóch tygodni. Dziecię prawidłowej budowy, pępek zagojony, usta ściśnięte tak, że ssanie jest niemożliwe, kończyny chłodne, mięśnie kończyn dolnych i górnych oraz karku i tułowia znajdują się w stanie tonicznego skurczu tak, że całe ciało za podparciem potylicy podnieść się daje ku górze. Ręce ściśnięte w pięść, kurcze takie od tygodnia przechodzą co dzień częściej, a obecnie co 5—10 minut, trwając po kwadransie i więcej. Dziecię wcale ssać od trzech dni nie może z powodu szczękoscisku. Jeden z lekarzy, proszony o radę, przepisał lekarstwo i polecił otwierać dziecku usta przemocą. Stolec zaparte, ciepota 38,2° C., tętno 180.

Tegoż dnia o godzinie 12 w południe zastrzyknąłem pod skórę prawego uda $\frac{1}{6}$ grana *extracti calabarisi indicis* za pomocą szpryki Pravatz'a. W ciągu dnia dziecię ssało kilka razy i kurcze, lubo z równą siłą, występowały rzadziej.

Wieczorem o godzinie 9-tej wstrzyknąłem takąż ilość pomienionego środka pod skórę lewego uda. Następnego dnia znalazłem dziecię spokojniejszym, szczękoscisk kilkakrotnie się zjawiał, lecz w przestankach dziecię swobodnie ssać mogło. Kończyny górne prawie wolne od kurczu, jak również i mięśnie karku. Wypróżnienia prawidłowe, kończyny dolne cokolwiek stężałe. Wstrzyknąłem pod skórę uda $\frac{1}{6}$ grana *extr. calabarisi* w południe i takąż ilość wieczorem. W ciągu nocy dziecię spało spokojnie; nazajutrz ssie swobodnie, tęzec powtarza się co parę godzin, szczególnie w kończynach. Szczękoscisku nie ma. Wstrzyknąłem tego dnia $\frac{1}{4}$ gr. *extr. calabarisi*.

Odtąd straciłem z oczu maleca i dopiero w dniu 5. III. przyniosła go matka do ambulatoryjum szpitala z powodu niestrawności, trwającej od dni trzech. Dziecię ssie dobrze, jakkolwiek lekkie ściągnięcie ust trwa jeszcze, kończyny górne i dolne niestężałe, w ogóle od ostatniej bytność u mnie, t. j. 22. II., tęzec nie powtórzył się, dziecię tylko czasami w nocy płacze.

Przyczyna choroby w danym przypadku jest niejasną, prawdopodobnie złe warunki higieniczne mieszkania i zepsute powietrze, jak to potwierdzają spostrzeżenia Steiner'a. Częściej u nas w Warszawie tęzec noworodków wywołanym bywa przez zbyt ciepłe lub zbyt chłodne kąpiele, jak to w kilkunastu przypadkach miałem sposobność stwierdzić.

Co do leczenia choroby w mowie będącej, to ze wszystkich narkotyków *extr. calabarisi* zdaje się najskuteczniej działać. Jeszcze w 1869 roku Monti zalecił ten środek uwadze lekarzy, popierając go spostrzeżeniami, czynionemi nader starannie w ciągu całego przebiegu choroby. Odnoszą się one głównie jednak do dzieci starszych, u noworodków bowiem tęzec uważanym bywa za niewyleczalny. Że jednak tak nie jest, dowodzi powyższe spostrzeżenie, które podaję do wiadomości

kolegów w nadziei, że ich zachęci do próbowania wspomnianego wyżej środka przy tej niezbyt rzadkiej a tak ciężkiej chorobie noworodków. W końcu nadmienię, że dla ścisłego oznaczenia dawki, którą w miarę potrzeby można powiększać do $\frac{1}{2}$ gr. *pro die*, rozpuszczałem grj *extr. calabaris* w 12 kroplach wody, z tego roztworu 2 krople rozcieleżulem 8 kroplami wody i używałem do jednorazowego wstrzyknięcia; ukłucia goiły się na drugi dzień i ropień ani razu się nie utworzył.

Alfons Malinowski.

LIST OTWARTY

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE !

W N-rze 6 Gazety Lekarskiej, D-r M. Rejchman w artykule p. t. „Przyrząd o podwójnym strumieniu do przepłukiwania żołądka“ podaje opis przez się nowo wynalezionego przyrządu. Widocznie kol. Rejchmanowi nieznane były dawniejsze usiłowania na tem polu, już bowiem D-r Audhoui w *La Therapeutique contemporaine* Nr. 12 z roku 1881, jak również w rozprawie p. t. *Traité de nettoyage des voies digestives etc. Paris 1881* ¹⁾ opisuje i wyjaśnia rysunkiem (str. 149) przyrząd pod nazwą „*la sonde gastrique à double courant*“, z małą tylko niezbędną zmianą zbudowany w tenże sam sposób, co i przyrząd D-ra R. Pozwolę sobie przytoczyć w dosłownem tłumaczeniu opis przyrządu D-ra Audhoui, wzięty z jego broszury wyżej przytoczonej. Rozdział VI, str. 148 i 150. „Zgłębnik żołądkowy o podwójnym strumieniu, który poleciłem wykonać P. Coli'n'owi był przedstawiony w Akademii medycznej na posiedzeniu 3 VI. 1881 r., przez mojego kierownika P. A. Guérin'a.

„Składa się on z dwóch rur z angielskiego kauczuku nierównej grubości, jednej większej, drugiej mniejszej, złączonych razem w części, która ma dochodzić do żołądka, a rozdzielonych w części wystającej na zewnątrz. W ten sposób zgłębnik ma kształt litery Y.

„Cała długość zgłębnika wynosi 1,45 mm., długość części zespojonych 0,60 mm.. Wreszcie cieńsza rurka w końcu żołądkowym nie dochodzi do końca zgłębnika, lecz otwiera się bocznem okienkiem na 12 ctm. powyżej jego zakończenia.

„Grubsza rurka odpowiada N-r 29 skali Charrière'a ($9\frac{2}{3}$ mm.), średnica jej wewnętrzna ma 6 mm.. Cieńsza rurka odpowiada N-r 15 tejże skali (5 mm.); jej wewnętrzna średnica 3 milimetry.

„Otwór żołądkowy cienkiej rurki jest 5 mm. długi, a 2 mm. szeroki. Grubsza rurka ma trzy otwory, jeden końcowy i dwa boczne. Te ostatnie są owalne i mają po 1 ctm. długości a po 5 mm. szerokości“.

Następnie na str. 151 (rozdział VII) wyjaśnia nam autor, w jaki sposób zastosowywa się jego zgłębnik, mówiąc: „wprowadza się zgłębnik w sposób zwyczajny i łączy się cienką rurką ze zbiornikiem, dającym wielką ilość wody przy odpowiednim ciśnieniu. Wolny koniec zgłębnika pogrąża się do naczynia ustawionego przy chorym“ a kilka wierszy dalej: „woda wpływa do żołądka i tam się nagromadza. Lekkie nadymanie się, lub słaby kaszel wypełnia zgłębnik pływem, którego strumień może trwać przez czas nieoznaczony“.

Widzimy więc z wyżej przytoczonego opisu zgłębnika o podwójnym strumieniu Audhoui, że cała zmiana, jaką D-r R. wprowadził w swoim przyrządzie, polega na zastosowaniu dwóch rur jednakowej grubości, a różnej podatności ścianek, czyli więc, rurka doprowadzająca, mając cieńsze ścianki, ma większą średnicę wewnętrzną od rurki odprowadzającej i ta to właśnie główna modyfikacja przyrządu D-ra R.; a użycie jego w praktyce niemożliwem czyni. Postarałem się dowieść tego doświadczeniem. Wziąłem dwie rurki kauczukowe jednakowej średnicy 10 mm.,

¹⁾ Toż samo znajduje się w rozprawach: Bondareff. *Le lavage stomacal etc. Montpellier.* na str. 25. Mosse. *Le lavage de l'estomac etc. Montpellier, Paris.* 1882. na str. 14.

złączyłem je ze sobą, tak jak chce tego D-r R.; jedną z nich, doprowadzającą wodę, a zamkniętą kranem, połączyłem ze zbiornikiem wiszącym na wysokości 2-óch metrów i zawierającym 5 litrów wody; drugą rurkę, odprowadzającą wodę, opuściwszy ku dołowi, pogrążyłem w naczynie z odpowiednią podziałką, ze spojone zaś końce obudwu rur pomieściłem w prostej butelce odpowiedniej wielkości. Po otwarciu kranu i wciągnięciu natychmiastowem wody przez rurkę odprowadzającą, otrzymałem prawie jednocześnie podwójny strumień. W przeciągu 15 sekund zbiornik opróżnił się w butelkę przez rurkę doprowadzającą, a przez ten sam czas przez rurkę odprowadzającą wypłynęło tylko z takowej 2 litry, a na opróżnienie butelki z pozostałych 3-ech litrów potrzeba było jeszcze 17 sekund, czyli że w danem doświadczeniu przyływ był dwa razy większy od odpływu i ta różnica spowodowała nagromadzenie się wody w butelce.

Zastosowawszy dane doświadczenie w praktyce z przyrządem D-ra R., przekonamy się, że ponieważ tam rurka doprowadzająca ma większą średnicę od odprowadzającej, przyływ więc może trzy razy będzie większym od odpływu, skutkiem czego po paru już sekundach działania przyrządu nastąpi nagromadzenie się znacznej ilości wody, rozszerzającej żołądek do *maximum*, co zapewne nie będzie pożądanem zjawiskiem, szczególnie jeśli tego rodzaju przyrząd zastosujemy w przypadkach znacznego rozszerzenia żołądka, jak to doradza D-r R e j e h m a n.

Chcąc więc uniknąć tego arcyniemilego rezultatu przy zastosowaniu przyrządu D-ra R. wypadaloby: 1-o albo co parę sekund przerywać strumień przyływu, by przez czas przerwy mogła wypłynąć woda nagromadzona w żołądku, o czem D-r R. zupełnie nie wspomina w swoim artykule, albo 2-o zastosować rurkę doprowadzającą odpowiednio cieńszą od odprowadzającej, t. j. wrócić się do wypróbowanego, a osnutego na prawach fizycznych znanej wartości przyrządu D-ra A u d h o u i, jeżeli już wypadnie nam stosować w celu leczniczym zgłębnik o podwójnym strumieniu.

W interesie prawdy i nauki zecheiej Szanowny Redaktorze pomieścić powyższych parę wyrazów w swoim piśmie. Do D-ra R e j e h m a n a należy nie pomysł nowego zgłębnika ale modyfikacja doskonalszego na gorszy.

K. M. Sierpiński.

ODPOWIEDŹ

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE !

Treść listu D-ra Sierpińskiego przekonywa, iż D-r S. nie mógł zrozumieć ani opisu, ani rysunku mego przyrządu. Tego za złe brać Mu nie można. Dziwić się tylko należy, dlaczego D-r S. przed napisaniem listu nie porozumiał się osobiście ze mną. Gdyby to uczynił, postarałbym się wytłumaczyć Mu budowę i praktyczne znaczenie mego przyrządu, jakoteż prawa fizyczne, na których opiera się jego działanie.

D-r S. zarzuca mi, iż mój przyrząd jest tylko modyfikacją przyrządu A u d h o u i, gdyż tak jeden jak i drugi składa się z 2-óch rurek ¹⁾. Zarzut ten nie tyle jest ważny, ile niesłuszny. Zupełną nowość w moim przyrządzie stanowi to, iż rurka przyływowa przyklejona do zewnętrznej powierzchni rurki odpływowej, posiada miękkie, cienkie, przylegające do siebie ścianki. Praktycznego znaczenia tej budowy mego przyrządu D-r S. widocznie nie zrozumiał. A jest ono bardzo ważne, gdyż rurka przyływowa nadzwyczaj tylko mało zwiększa grubość całego przyrządu, a będąc przyklejoną na zewnątrz rurki odpływowej, zupełnie nie zmniejsza szerokości kanału tej ostatniej. A o to właśnie mi szło i to uwydatniłem w opisie i w rysunku przyrządu. Wskutek takiej budowy średnica zewnętrzna mego przyrządu wynosi tylko $10\frac{2}{3}$ mm., przy średnicy kanału odpływowego = $7\frac{1}{4}$ mm. (średnica zaś zewnętrzna przyrządu A u d h o u i wynosi $14\frac{2}{3}$ mm. przy średnicy kanału odpływowego = 6 milim.). Mój zatem przyrząd łatwo wprowadzić do żołądka, a grube cząstki pokarmowe swobodnie mogą przezeń wypływać. [Przyrząd A u d h o u i zapewne daleko trudniej do żołądka wprowadzić, gdyż zgłębnik mający w średnicy nie $14\frac{2}{3}$ ale 12 milimetrów (co w obwodzie stanowi wielką różnicę) już nie tak łatwo przechodzi przez gardziel i przełyk].

¹⁾ D-r S. zdaje się nie wiedzieć, że każdy przyrząd o podwójnym strumieniu musi się składać z 2-óch rurek.

W drugim zarzucie D-r S. zdradza zupełną nieznajomość zasad fizyki i wypowiada zbyt już dziwny sąd o przyrządzie, którego budowy nie mógł zrozumieć i którego działania nie widział.

Gdybym z D-rem S. dysputował prywatnie, tobym Mu objaśnił, w jaki sposób urządzić równowagę pomiędzy przyływem a odpływem w Jego doświadczeniu z dwiema rurkami o jednakowej średnicy, ale tutaj czynić tego nie potrzebuję, z tego względu, iż każdy o tem doskonale wie. W moim zaś przyrządzie równowaga ta jest zachowaną przez wycięcie małego otworu (przez który woda wchodzi do żołądka) w rurce przyływowej zamkniętej u dolnego końca. Woda może przepływać z wielką siłą przez bardzo szeroką rurę, nie wypływa jej jednak dużo w danej jednostce czasu, jeżeli dolny otwór w rurce jest bardzo mały. W moim właśnie przyrządzie otwór w rurce przyływowej ma taką średnicę, aby przy potrzebnem (do rozszerzenia tej rurki) ciśnieniu wody, przy zwykłej długości zglębniaka F a u c h e r'a (rurki odpływowej), przy zwykłej wielkości 2-óch otworów dolnych tego zglębniaka,) przez które woda z żołądka wypływa), aby, mówię, przy tych wszystkich warunkach tyle wody z żołądka wypływało ile jej doń wpływa.

M. Rejchman.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się z pewnego źródła, iż prof. D-r N a w r o e k i stara się o uzyskanie pozwolenia odbywania w gmachu uniwersyteckim lekcyj z najważniejszych działów fizjologii, głównie dla lekarzy. Lekeyje te odbywałyby się w 2 seryjach zimowej i letniej, 1 raz tygodniowo o późnej godzinie wieczorem. W nadchodzącem półroczu letniem prof. N a w r o e k i traktowałby o najnowszych teoriach trawienia, a w pierwszym półroczu zimowem o fizjologii układu nerwowego.

— D-r O r ł o w s k i Władysław, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus.

Kraków. W końcu Lutego r. b. prof. M i k u l i e z wykonał z pomyslnym skutkiem operację wycięcia odźwiernika żołądka rakowato zwyrodniałego. Jest to 5 operacja na człowieku dokonana z pomyslnem zejściem. (B i l l r o t h 2 razy, W ö l f l e r 1, C z e r n y 1, R y d y g i e r 1).
(Przegląd lekarski).

Petersburg. Zacznie tu wychodzić czasopismo specjalnie poświęcone chorobom nerwowym i umysłowym, wydawane i redagowane przez dobrze znanych: prof. M i e r z e j e w s k i e g o, D-ra E r l i e k i e g o, D a n i ł ł e i t. d.

Praga. Otwarcie wydziału lekarskiego czeskiego przy tutejszym uniwersytecie ma nastąpić na pewno w jesieni. Prof. T o m s a z Kijowa przyjął zaproszenie do Pragi.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd Lekarski.* Nr. 10. M a c h e k: Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry. (Dalszy ciąg).
R o s e n b l a t t: Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od 1879—1882 (Ciąg dalszy).
Medycyna: Nr. 10. F l o r k i e w i e z i R o g o w i e z: Przypadek przybloniaka szyjki macicznej (*epithelioma colli uteri*). (Dokończenie).

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. D-ra K o r e z y ń s k i e g o w Krakowie. Zesz. VII. VIII.

ODPOWIEDŹ.

W-nemu D-rowi H. w Goniądzu. List i N-r 7 otrzymali śmy.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 3 Марта 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

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

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

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

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

(Gazeta Szpitali Paryskich).

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

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

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycienczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

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

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

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

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

PLASTER THAPSIA DESNOIX

*Uznany za najpewniejszy, najoszczędniejszy
i najskuteczniejszy środek przeciwko:*

**Kaszlom, Zaatakowaniu dróg oddechowych,
Katarom zwyczajnym i Oskrzeli, Nerwo-
bólom łądźwiowym i Reumatyzmom.**

DESNOIX & C^{IE}

SPARADRAP
REVULSIF
AU THAPSIA



Demix allie

SPARADRAP
REVULSIF
AU THAPSIA

17, Rue Vieille du Temple, 17
PARIS

Jednorazowe przykładanie przynosi choremu
wielką ulgę.

*Dla uniknięcia podrobień należy wymagać wy-
żej podanego podpisu i wizerunku.*

Znajduje się u wszystkich drogistów i apte-
karzy w Rosyji.

CHLORAL

W PERŁKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perłkach Limousin'a jest za-
warty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów
czystego i skryształizowanego chloralu. Zaży-
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dla-
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego
smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpu-
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-
runkom czystości a sprawdzenie czystości pro-
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,
które mają po 25 centygramm najczystszego
wodan chloralu.

Chloral w perłkach Limousin'a znajduje
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-
nych.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych
*na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-
jących bladaczkę, najlepszym i najprzy-
jemniejszym śniadaniem jest RACA-
HOOT des Arabes (Rakatu Arabskie),*
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-
gotowany przez Delangreniera w Pary-
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

**ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEURALGIE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.**

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE-PERRET).

(Na lepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYŻSKĄ AKADEMIEJĘ MEDYCZNĄ.
Złote Medale i Dyplomy ze wszystkich Wystaw.

Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“

V

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej
D^{ra} E. PRZEWOSKIEGO,

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie,
dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, mocz, krwi, śluzu, nasienia
kału i t. d.

Wspólna Nr. 1. 3—1

Wakuje posada

DLA LEKARZA

ze stałą pensją, w ludnem miasteczku na Litwie, należącym do hrabiów Zamojskich, posiadającym aptekę. Okolica ludna, w miasteczku dwa razy tygodniowo odbywają się targi a kilka razy do roku bywa jarmark. Lekarz życzący sobie zająć to miejsce raczy zwrócić się o bliższe szczegóły do aptekarza Elijasza Ajzenstadtta, w powiatowem mieście Oszmianie, gub. Wileńskiej. 2—1

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

**Bezkrwistości, Skrofulom,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej**

Chorobom skórnym i organów oddechowych

Sezon kuracyjny

OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcu 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

0—6

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

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

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

OGŁOSZENIA.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

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

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład
Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 0—3

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—1

PEPTONY PEPSYNOWE

NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, zapomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baranich, której jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką baranią, jużto z trzuskami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 gramów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 gramów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 gramów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

GLÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucja ciała. — Osłabienie. Niemoc żołądkowa i trzewiowa — Rekonwalescencyja. — Karmienie mamek, dzieci, starców, chorych na cukrzycę i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

KAPSUŁKI Z MATICO

Aptekarza GRIMAULT et Comp. w Paryżu

Kapsułki te zawierają Essencyję olejku z Matico, połączoną z balsamem kopajwy i zamienioną w stan stały za pomocą przepalanej magnezyi. Są one pokryte powłoką z karuku, ochraniającą je od zepsucia.

Essencyja z Matico oprócz swego specjalnego działania posiada własność zupełnego oczyszczenia balsamu kopajwy i czyni go znośnym dla żołądka. Nakoniec odwrotnie kapsułki z żelatyny rozpuszczają się w żołądku kiedy Kapsułki z Matico PP. Grimault i Comp. dzięki ich powłoce z karuku rozpuszczają się przy wejściu do żołądka, co czyni ich działalność na organa płciowe i moczowe bezpośrednią i szybką.

Dawka: 8 do 12 kapsulek dziennie, branych po dwie co godzina, na godzinę przed lub dwie godziny po jedzeniu.

Ponieważ Essencyja Olejku z Matico jest trudną do otrzymania, zastępują ją w handlu mieszaniną kopajwy z proszkiem Matico. Prosimy PP. Lekarzy wymagać pieczętki Grimault et Comp

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O. Bujwid. Kilka słów w kwestyi laseczników gruźliczych. — II. M. Sz w y k o w s k i. Kilka słów o lasecznikach gruźliczych. — III. H. P a c a n o w s k i. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1883. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* 15. M. B a b è s. Poszukiwania nad szczepieniem i rozwojem lasecznika gruźliczego. — 16. F l e i s c h l e n. (Berlin). O pewnem cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciężę i poród. — *Notatki lekarskie.* 7. A. M a l i n o w s k i. Tęże u noworodka. Wyzdrowienie. — List otwarty do Redakcyi. — Odpowiedź. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROFESORA LAMBLA.

I. KILKA SŁÓW W KWESTYI LASECZNIKÓW GRUŹLICZYCH.

Podał

Odo Bujwid, student medycyny.

Od Listopada roku zeszłego, zajmując się badaniem płwociny, zawartości jam płucnych, tkanki płucnej i innych narządów dotkniętych gruźlicą, otrzymałem szereg spostrzeżeń, któremi, jakkolwiek nie są one ani zbyt liczne, ani rzucające nowe światło na przedmiot, smiem podzielić się z tymi, których dana kwestyja obchodzi.

Nie będę tu uwzględniał znaczenia laseczników gruźliczych dla rozpoznania, rokowania, a może i etyologii gruźlicy; kwestyja zbyt jest jeszcze świeżą, ażeby można było na faktach dotychczas znanych opierać nowe stanowcze wnioski. Zresztą, powinno to być zadaniem tych, którzy spostrzegali więcej faktów i mają więcej danych do należytego ich ocenienia. Przystąpię więc wprost do sposobów, jakimi posługiwałem się przy otrzymywaniu preparatów i wyliczę własne spostrzeżenia.

Barwienie się laseczników gruźliczych w sposób odmienny od otaczających ciałek białych (śluzowych i ropnych), ślazu, komórek nabłonka, oraz innych laseczników, mikro- i streptokokków, polega na ich własności zatrzymywania barwnika z alkalicznych roztworów pierwotnie przyjętego, pomimo następnego działania kwasu azotnego, który odbarwia wszystkie inne pierwiastki oprócz laseczników gruźliczych. Jeżeli preparat w ten sposób odbarwiony (z wyjątkiem, jak powiedziano, laseczników gruźliczych) poddamy działaniu innego barwnika, wtedy laseczniki gruźlicze pozostają przy pierwotnem zabarwieniu, a otaczające twory przyjmują nową barwę. W ten sposób otrzymujemy od-

miennie zabarwione tło, złożone ze śliny, ciałek białych i innych utworów, na którym wyraźnie odznaczają się laseczniki gruźlicze.

Barwienie uskuteczniałem sposobami Koch'a i Ehrlich'a¹⁾ z nieznacznymi zaledwie modyfikacjami.

Według metody Koch'a cząsteczkę plwociny, wielkości ziarnka prosa, rozgniatałem pomiędzy dwoma cienkimi szkiełkami i następnie zdejmowałem jedno z drugiego tak, aby pozostała na obu możliwie równa i cienka warstwa plwociny. Po wysuszeniu na powietrzu lub nad wolnym ogniem przeprowadzałem szkiełka szybko kilkakrotnie przez płomień lampki spirytusowej. Tak przygotowane szkiełka z plwociną kładłem na parę godzin do wodnego roztworu (1:100) błękitu metylowego z dodatkiem kropli amonijaku. Po wyjęciu i obmyciu szkiełek wodą wkładałem je do stężonego roztworu wezuwiny (1:50), w którym pozostawiałem do niepełnego zniknięcia niebieskiej barwy. Preparat zabarwiony na niebiesko błękitem metylinowym odbarwia się teraz zupełnie i nabiera barwy brunatnej; błękitnemi pozostają tylko laseczniki gruźlicze. Mamy tu więc laseczniki gruźlicze s z a f i r o w e na t l e b r u n a t n e m.

W metodzie Ehrlich'a pozostaje główna zasada ta sama, t. j. alkaliczność roztworu pierwotnego barwnika, z tą różnicą, że do zalkalizowania nie używa się amonijaku lecz aniliny (amidobenzol $C_6H_5NH_2$). Anilina (*Anilinöl*) jest to płyn oleisty, cokolwiek brunatny, z wonią przypominającą węglową smołę; tak się przedstawia w handlu, jako produkt nie zupełnie czysty.

Aby otrzymać zabarwienie metodą Ehrlich'a, szkiełka przygotowane w sposób wyżej opisany kładłem do roztworu fuksyny w wodzie anilinowej (1:50 lub 100). Tę ostatnią przygotowywałem, dolewając do wody przekropionej, kilkanaście kropel czystej aniliny (*Anilinöl*) i kłóćąc mieszaninę aż do możliwego nasycenia roztworu, poczem odcedzałem przez zwilżoną bibułę. Rozpuszczoną w tym płynie fuksynę w podanym stosunku cedziłem i kładłem szkiełka, zwracając je ku dołowi tą powierzchnią, na której leżała warstwa plwociny. Szkiełka pozostawiałem w barwniku przez kilka do 24 godzin.

Dla uproszczenia można przygotować stężony alkoholowy roztwór fuksyny i dolewać go do przecedzonej świeżo wody anilinowej, dopóki się nie otrzyma ciemno-czerwonego zabarwienia, tak, aby szkiełka zanurzone w barwniku przestały być widocznymi. Można też kłaść szkiełka tak, aby pływały na powierzchni płynu; wtedy łatwiej je można wyjmować i oczyszczać. Do barwienia najlepiej służą białe miseczki porcelanowe, o średnicy 4—5 ctm., używane do rozcierania tuszu.

Zwykle pozostawiałem szkiełka w roztworze fuksyny przez ciąg 24 godzin. Czas ten nie jest jednak niezbędnym, zwłaszcza jeżeli szkiełka ogrzane i jeszcze ciepłe włożymy do barwnika, wtedy preparat jest gotów już po upływie kilku lub kilkunastu minut.

Po wyjęciu szkiełek z barwnika za pomocą kleszczyków, oplukujemy je w wodzie, zanurzamy do kwasu azotnego rozcieńczonego (1:3—4), szybko (po kilku-

¹⁾ Patrz sprawozdanie w Gazecie Lekarskiej. Nr. 17 i 46 z r. 1882.

nastu sekundach) wyjmujemy i znów opłukujemy w wodzie. Preparat odbarwiony w kwasie azotnym nabiera po tem opłukaniu wodą nieco czerwonej barwy. Już teraz po wyschnięciu szkiełka, lub osuszeniu bibułą, możemy poszukiwać laseczników gruźliczych. Posiadają one, jak powiedziano, własność nie tracenia w kwasie azotnym przyjętej pierwotnie barwy czerwonej i dla tego spostrzeżemy je ciemno-czerwono zabarwionemi pośród masy komórek i innych bakteryj, zabarwionych na jasno czerwono lub też bezbarwnych. Dla lepszego uwydatnienia kładziemy następnie szkiełka do wodnego roztworu błękitu metylowego (1:200) na 1—2 minuty, wtedy wszystkie pierwiastki komórkowe oprócz laseczników gruźliczych zabarwią się na niebiesko. Taką samą barwę przyjmą i wszelkie inne bakteryje, mikro- i streptokokki, które tracą czerwoną barwę pod wpływem kwasu azotnego.

Posługując się tą metodą otrzymamy więc laseczniki gruźlicze zabarwione na ciemno-czerwono na tle niebieskiem.

Zamiast fuksyny można też użyć innego barwnika: np. fioletu gencyjanowego; do zabarwienia zaś tła w tym razie wezuwiny. Laseczniki gruźlicze występują tu ciemno-fioletowo na tle brunatnem.

Bez wody anilinowej otrzymywałem również zabarwienie, jakkolwiek było ono mniej wyraźne. Wspomina o tem także L i c h t h e i m ¹⁾.

W poszukiwaniach moich używałem z początku metody K o c h'a, później zaś, kiedy metoda E h r l i c h'a została uznana za odpowiedniejszą nawet przez K o c h'a, używałem jej, stosując do barwienia fuksynę i błękit metylowy.

Szkiełko wyjęte z błękitu metylowego po zabarwieniu fuksyną i odbarwieniu kwasem azotnym możemy, opłukawszy w wodzie i osuszywszy paskiem bibuły, albo zaraz rozpatrywać dla poszukiwania laseczników, albo też osuszyć szkiełka na powietrzu lub nad płomieniem i rozpatrywać w kropli olejku terpentynowego lub w lakierze damarowym (*Dammarlack*), jeżeli preparat ma być na stałe zachowany. W tym celu można też użyć jakiegokolwiek przezroczystego lakieru, np. *verniss à tableaux*. Otrzymane w ten sposób preparaty zachowują się bez zmiany do 3 i pół miesięcy.

Skrawki z płuc gruźlicą dotkniętych zabarwiam w podobny sposób. Cienkie skrawki z płuc stwardnionych w 85% alkoholu wkładam do roztworu fuksyny. Po wyjęciu z niego, opłukaniu wodą, odbarwieniu rozcieńczonym kwasem azotnym i powtórnem opłukaniu wodą, kładę skrawki do słabego roztworu błękitu metylowego. Wyraźnie niebiesko zabarwione zanurzam w 95% alkoholu, a następnie rozpatruję w olejku terpentynowym. Do zachowania na trwałe służy lakier damarowy.

Mocniejsze stężenie roztworu barwnika i długość czasu pozostawiania w niem preparatów wpływają na wyraźniejsze zabarwienie laseczników gruźliczych. W celu otrzymania takowego nie potrzeba jednak zbyt niewolniczo trzymać się podawanych przez autorów przepisów.

¹⁾ Fortschritte der Medicin. Zur diagnostischen Verwerthung der Tuberkel-bacillen. 1893. Nr. 1.

Wodę anilinową, a także wszelkie barwniki (oprócz alkoholowych) należy cedzić przed każdym użyciem, w przeciwnym bowiem razie otrzymujemy rozmaite niepożądane domieszki, mianowicie wezuwina łatwo pleśnieje.

Przy niedosyć czystem preparowaniu, a mianowicie gdy kilkakrotnie filtrujemy barwniki przez ten sam filtr, osiadają na szkiełkach igielkowate, kryształki, jedne grubsze i dłuższe, inne tejsze co i laseczniki gruźlicze wielkości. Rozpatrując takie zanieczyszczone preparaty, można się znaleźć w kłopotcie, tem więcej, że odznaczają się one czerwona w barwę. Do odróżnienia pomaga wysuszenie i dodanie olejku terpentynowego lub lakieru, w których to płynach kryształki w mowie będące tracą zabarwienie i powoli się rozpuszczają. Skład ich chemiczny zdaje się być blizkim składu azotanu aniliny, gdyż posiadają podobne własności. One to zapewne wprowadziły w błąd H. D. S c h m i d t'a ¹⁾, który dodawszy 30% roztworu potażu gryzącego do plwociny, znalazł w niej kryształki kwasów tłuszczowych i sądził, że opisywane laseczniki K o c h'a są właśnie kryształami tłuszczowem!

Do odróżnienia laseczników gruźliczych niepotrzeba zbyt silnych powiększeń. Dostatecznem jest powiększenie około 300—400 razy. Przy moich poszukiwaniach używałem systemu D. Z e i s s'a z okulem 4-m (440) i mogłem dobrze widzieć nawet zarodniki.

Przechodzę teraz do rezultatów dokonanych poszukiwań.

Postrzegałem w ogóle w klinice i w oddziale D-ra S o k o ł o w s k i e g o 22 przypadki, dające się podciągnąć pod rozpoznanie: *phthisis*. Innych chorób dróg oddechowych obserwowałem 42 przypadki. W 11 oględzinach pośmiertnych stwierdzone zostało rozpoznanie, za życia postawione. W ogóle zauważyć mogę, że:

1) We wszystkich przypadkach, gdzie rozpoznana została gruźlica (*phthisis tuberculosa*), znajdowałem laseczniki gruźlicze w plwocinie. Takich przypadków postrzegałem wogóle 21. Wszystkie przebiegały z mniej lub więcej natężoną gorączką (38,5°—40° C. i wyżej). W jednym przypadku za życia laseczników nie znalazłem przy jednorazowym badaniu; znalazłem zaś je w jamach (*cavernae*) przy autopsyi.

2) We wszystkich przypadkach, prócz trzech, można było zauważyć objawy rozpadu w płucach. W dwóch (zakończonych śmiercią) objawy rozpadu znaleziono przy sekcji. Trzeciego nie obserwowałem dalej. W jednym przypadku, pomimo wyraźnego rozpadu i rozległych zgęszczeń w prawem płucu, laseczników znaleźć nie mogłem; przebieg przypadku tego był bezgorączkowy.

3) We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem trzech, laseczniki gruźlicze w plwocinie można było znaleźć odrazu w pierwszym preparacie. Gdy raz były znalezione, można je było zawsze przy powtórnych poszukiwaniach wynaleźć.

4) Ilość laseczników gruźliczych nie jest stałą. Wogóle w przypadkach przebiegających z ciepłotą powyżej 39° C. była ona znaczniejszą. Wtedy dawały się widzieć pojedynczo i grupami w każdym polu mikroskopu w ilości od

¹⁾ Patrz sprawozdanie w Kronice Lekarskiej. 1882. Nr. 21.

kilku do kilkunastu, kilkudziesięciu i więcej. W trzech podobnie przebiegających przypadkach wszystkie cząstki płwociny rozpatrywanej były przejęte lasecznikami gruźliczemi; w jednym przypadku dawały się widzieć tak wielkie nagromadzenia laseczników, że miejsca takie gołym okiem można było po zabarwieniu odróżnić; wielkość ich wahała się od 2--3 μ .; w wielu lasecznikach można było dostrzedz wyraźne zarodniki, a niektóre składały się z nich całkowicie. To samo można było zauważyć w płwocinie, wziętej z jamy przy autopsyi. W trzech tych przypadkach znaleziono przy oględzinach rozległe zniszczenia tkanki płucnej; przecięta ona była dużemi i drobnemi jamami, komunikującymi z sobą.

5) W jamach zawsze można było wykazać laseczniki gruźlicze. Nie znalazłem ich tam raz tylko, lecz badanie to było mniej starannie przeprowadzone.

6) Prawie wszędzie lasecznikom gruźliczym towarzyszą inne barwiące się przy zastosowaniu metody Ehrlich'a na niebiesko. Jedne podobne są kształtem i wielkością do laseczników gruźliczych, inne przedstawiają formę mikro- i streptokokków.

W dwunastu przypadkach innych chorób dróg oddechowych jak: *bronchitis acuta et chronica*, *pneumonia crouposa*, *pneumonia cirrhotica*, *asthma bronchiale*, *emphysema*, *gravedo*, znajdowałem tylko niebiesko barwiące się laseczniki; podobnież w kale i w moczu gruźliczych i niegruźliczych osób. Laseczników gruźliczych i niegruźliczych w kale u suchotników pomimo trzykrotnego poszukiwania nie znalazłem.

Wnioski powyższe zgodne są mniej więcej z odnośnemi wnioskami K o c h'a, B a l m e r'a i F r a e n t z e l'a ¹⁾, E h r l i c h'a ²⁾, i C r a m e r'a ³⁾. Ze wszystkich dokonanych na tem polu poszukiwań wynika, że w razie znalezienia laseczników gruźliczych w płwocinie gruźlica płuc nie ulega wątpliwości. Co do gruźlicy krtani, twierdzi toż samo B. F r a n k e l ⁴⁾, opierając swe zdanie na 25 przypadkach, w których cząstki wzięte z owrzodzeń zawierały laseczniki.

L i c h t h e i m ⁵⁾ zwraca uwagę na wielką doniosłość badania płwociny w początkowych okresach suchot, wówczas gdy nie dają się jeszcze wykazać żadne zmiany zapomocą badania fizykalnego. W tymże kierunku zwrócił swoje poszukiwania H i l l e r ⁶⁾. Na prognostyczne znaczenie ilości laseczników gruźliczych nie zwraca L i c h t h e i m wielkiej uwagi, gdyż w różnych przypadkach otrzymywał rozmaite rezultaty bez względu na złośliwość przebiegu choroby. Podobne wyniki otrzymałem i ja (wniosek 4). Nie zgadza się to z poglądem B a l m e r'a i F r a n t z e l'a. Uwagę L i c h t h e i m'a, że barwienie się laseczników gruźliczych pomimo długiego pozostawania w alkali nie dowodzi ich zdolności do życia, uważam za słuszną, wbrew twierdzeniu B a l m e r'a i F r a e n t z e l'a ⁷⁾.

¹⁾ Sprawozdanie Gaz. Lek. Nr. 17 i 46. 1882.

²⁾ Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 19. 1882.

³⁾ Sitzungsberichte der phys. medicinischer Societät zu Erlangen. 11 December. 1882.

⁴⁾ Diagnose d. tuberculösen Kehlkopfgeschwüre. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. 1883.

⁵⁾ Fortschritte der Med.. Zur diagnostischen Verwerthung der Tuberkelbacillen. 1883. N. 1.

⁶⁾ Ibid. s. 46.

⁷⁾ Patrz moje sprawozdanie w N-rze 46 Medycyny. 1882.

II. KILKA SŁÓW O LASECZNIKACH GRUŻLICZYCH.

Podał **Michał Szwykowski** student medycyny.

W chwili, kiedy kwestyja laseczników gruźliczych zajmuje cały prawie świat lekarski, sędzę, że nie będzie bez interesu ogłoszenie chociaż skromnych wyników mojej pracy w tej kwestyi. Do barwienia laseczników w plwocinie używałem metody ogłoszonej w *Berl. klin. Woch.* Nr. 45. 1882, przez **B a l m e r a** i **F r a e n t z e l a**.¹⁾ Najczęściej używałem jako zasadniczego barwnika fuksyny, jako tło zaś błękitu metylowego.

1. Barwiłem plwocinę dwudziestu kilku chorych, w tej liczbie dwunastu suchotników. Otrzymałem laseczniki zabarwione zasadniczym barwnikiem tylko u jedenastu suchotników, u dwunastego pomimo kilkakrotnego barwienia laseczników nie znalazłem. W plwocinie chorych na zapalenie płuc, na rozedmę pęcherzykową i zapalenie oskrzeli, bakteryj zabarwionych barwnikiem zasadniczym nie otrzymałem.

2. Używając tej samej metody, barwiłem: *a)* bakteryje z siana, hodowane sztucznie, *b)* bakteryje z gnijącej wody, *c)* z moczu, *d)* z kału zdrowego człowieka, *e)* z masy z wymiotowanej. We wszystkich tych przypadkach bakteryje barwiły się inaczej, niż laseczniki w plwocinie suchotników, mianowicie, odbarwiała się w kwasie saletrzanym i barwiły się barwnikiem tła.

3. Co się tyczy ilości laseczników w plwocinie suchotników, to takowa jest bardzo zmienną nie tylko u różnych osobników, ale często u jednego i tego samego osobnika. Tak na przykład, u jednego i tego samego chorego w plwocinie wydalonej w różnych porach dnia znajdowałem różną ilość laseczników. **D-r D e t t w e i l e r** i **M e i s s e n** (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 8 i 9) twierdzą, że w rannej plwocinie jest laseczników zawsze więcej, niż w dziennej; mnie się zdarzało otrzymywać takiż rezultat, ale również otrzymywałem i wprost przeciwny. Często z tej samej ilości plwociny, złożonej z paru splunień chorego, otrzymywałem bardzo różne co do ilości laseczników preparaty, pomimo że brałem cząsteczki plwociny, nie różniące się makroskopijnie. Sędzę zatem, że na otrzymanie preparatu bardziej lub mniej bogatego w laseczniki w znacznej mierze wpływa przypadek i chcąc określić z pewnem prawdopodobieństwem ilość laseczników w plwocinie chorego, należy przygotowywać po kilka preparatów z dwóch, lub trzech porcyj plwociny, wydzielonych w różnych porach dnia. Co do prognostycznego znaczenia ilości laseczników: w dwóch przypadkach (**Z i e m b i ń s k i** i **M r o c z k o w s k i**) zawsze znajdowałem bardzo mało laseczników pomimo wysokiej ciepłoty i rozległej sprawy w płucach; oba przypadki zakończyły się śmiercią; w innych 6-ciu przypadkach, analogicznych pod względem rozległości sprawy i wysokości ciepłoty, znajdowałem laseczników bardzo dużo. U chorej **Pawlik** z podwyższeniem ciepłoty zauważyłem dwukrotnie powiększenie się ilości laseczników w plwocinie; u chorego **Łakomskiego** z podwyższeniem ciepłoty ilość laseczników wydawała się mniejszą.

¹⁾ Patrz streszczenie w *Gaz. Lek.* Nr. 46 r. z.

Laseczniki barwiłem przeważnie w pracowni histologicznej prof. H o y e r a. Materyjał do badania brałem z kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. Z dwunastu suchotników, o których piszę, siedmiu zmarło. (Emiljanowicz Jan, Ziemiński Leon, Łakowski Stanisław, Mroczkowski Jan, Gontarczyk Ignacy, Pawlik Maryja, Kaim Józefa). U wszystkich sekcya wykazała *bronchopneumoniam caseoideam chronicam*, a w większości przypadków i *enteritidem tuberculosam*. Pomiedzy nimi był i ów chory, w plwocinie którego laseczników nie znalazłem.

Z pozostałych pięciu:

1. J. Józef, lat 24, kaszel od 3-ech miesięcy; osłabienie, gorączka codziennie, poty po nocach, obadwa płuca nacieczone, jama w lewym wierzchołku. Uskarżał się przeważnie na ból pod prawą łopatką, po zmniejszeniu takowego wyszedł ze szpitala.

2. S., lat 28, chory od 5 miesięcy; w lewym wierzchołku wypukiwanie wykazuje obecność jamy, z przodu na lewej stronie klatki piersiowej na wysokości III i IV żebra — *gargouillement*; tamże otrzymuje się *bruit du pôt felé*.

3. S. Szczepan, lat 59, chory od 2 óch lat; w prawym wierzchołku jama, ciepłota dochodziła do 39° C., osłabienie, duszność.

4. G. Anna, lat 29, chora od 8 miesięcy, lewe płuco nacieczone, jama, *pneumothorax*, w plwocinie włókna sprężyste.

5. W. Ryszard, lat 26, kaszel od 5 miesięcy gorączka codziennie, wyniszczenie, jamy w obu wierzchołkach, w plwocinie włókna sprężyste.

III. KILKA UWAG

NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872—1882.

Podał

Henryk Pacanowski asystent kliniki

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 10).

Przebieg gorączki w przypadkach śmiertelnie zakończonych. Przed samą śmiercią ciepłota zachowywała się rozmaicie: w 4 przypadkach ciągle wzrastała do śmierci, przyczem wahania dzienne były znaczne (do 2° C). Niekiedy, na kilka dni przed śmiercią, ciepłota nagle przy objawach zapaści spadała prawie do prawidłowej, lecz niebawem znów się podnosiła; innym razem przeciwnie (w 3 przypadkach), gdy obniżenie raz nastąpiło, trwało już aż do śmierci. Nakoniec w 3 przypadkach ciepłota stale przez cały przebieg choroby utrzymywała się w granicach 39 - 40.5° C.

Śmierć nastąpiła:

w 1	przypadku	przy	ciepłocie	37°	C.
„ 2	„	„	„	38°	„
„ 1	„	„	„	39°	„
„ 1	„	„	„	39,2°	„

	w 1 przypadku przy	ciepłocie	39,4° C.
„ 1	„	„	39,3° „
„ 2	„	„	40,5° „
„ 1	„	„	40,7° „

Co się nareszcie tyczy dnia choroby, w którym śmierć nastąpiła, to: w 1 przypadku 9 dnia, w 1-ym 12 dnia, w 3-ech 17 dnia, w 1-ym 23 dnia, w 1-ym 27 dnia, w 1-ym 30 dnia, w 1-ym 39 dnia, w 1-ym 49 dnia choroby.

Związek wysokiej ciepłoty z tętnem. Po największej części tętno w zupełności odpowiadało natężeniu ciepłoty, t. j. ilość uderzeń jego przez minutę wzrastała i zmniejszała się wraz z takimiż falowaniami ciepłoty. Jednakże w 9 przypadkach znalazłem znaczną niestosunkowość. W 6 z nich ciepłocie 40,2° C. towarzyszyło tętno 70—80 na minutę. Zazwyczaj stan taki trwał krótko, kilka dni; w 2 przypadkach zaś trwało to 12 i 20 dni z rzędu. Najczęściej podobny stosunek występował w drugim okresie gorączki, w miarę zaś zbliżania się ku końcowi stosunek ów u stawał się prawidłowym. W jednym przypadku spostrzegano tętno rzadkie przez cały czas trwania wysokiej gorączki; jednocześnie zaś z obniżeniem takowej tętno uległo przyspieszeniu, t. j. po nagłym spadku z 41° C. na 37,5° C. tętno podniosło się do 114 uderzeń. Fakt ten *Liebermeister* przypisuje hamującemu działaniu zarazka tyfusowego na ruchy serca, czyli że zarazek drażni ośrodek nerwu błędnego. Jest to jednak przypuszczenie zbyt jednostronne, dla czegoż bowiem zarazek miałby wpływać tylko na nerw błędny, a nie wpływać jednocześnie na nerwy przyspieszające czynność serca?

Z drugiej strony w końcowych okresach tyfusu, zwłaszcza w okresie zdrowienia, miałem sposobność spostrzegać przeciwnie przyspieszenie tętna, niekiedy w połączeniu z nierównomiernością (*arrhythmia*). Można to było obserwować nawet przez czas dłuższy. Fakt ten już oddawna zwrócił uwagę klinicystów, jak *Trousseau*, *Smith*, *Thompson*; *Leyden* ¹⁾ zajął się również dokładniejszym zbadaniem tego objawu w chorobach gorączkowych w ogólności, a głównie w błonicy, czyniąc go zależnym od działania swoistego zarazka na mięsień sercowy, ulegający skutkiem tego zapaleniu (*infectiöse Myocarditis*). Prawdopodobnie i sama gorączka wywiera tu także wpływ swój, analogicznie jak na inne narządy mięsne. Niektórzy (*Rosenbach*) znajdowali zwyrodnienie woskowate *Zenker'a* w mięśniu sercowym. Otóż *Leyden* poczytuje takie przyspieszenie tętna po tyfusie przy ciepłocie normalnej za ważną oznakę prognostyczną. Póki ono trwa, dopóty niebezpieczeństwo dla chorego jeszcze nie minęło i należy obawiać się zawsze osłabienia czynności serca, prowadzącego do bezwładu, nawet z zejściem śmiertelnym.

Związek ciepłoty z objawami mózgowymi. Niewątpliwie większe lub mniejsze natężenie objawów ze strony ośrodków nerwowych zależy od nasilenia lub zwolnienia gorączki, z czego wnosimy, iż takowa sama przez się działa na powstawanie zbroczeń powyższych. Wszelako nie jest to warunek

¹⁾ *Leyden*. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. IV. H. III. S. 334.

nieodzowny. gdyż znalazłem w jednym przypadku zupełną przytomność przy 42° Cels. wieczorem; była to postać poronna. Innym razem wystąpiło u chorego istotne obłąkanie 13-go dnia choroby, gdy gorączka z 40,2° C. spadła na 38,1° C.; o chorym tym pomówię dalej.

Związek gorączki z białkomoczem był dość ścisłym, gdyż wraz z powrotem ciepłoty do stanu normalnego utrzymywał się przez długi czas w okresie bezgorączkowym, a więc tu naturalnie cierpienie nerek stało się głębszem i przeszło zapewne w istotne zapalenie.

Związek ciepłoty z krwotokami kiszkowymi. Tylko w 4-ch przypadkach ze 133 były krwotoki kiszkowe; w żadnym z nich jednakże nie udało mi się znaleźć tak znacznego obniżenia ciepłoty, jak to powszechnie przyjmują. W jednym po krwotoku ciepłota z 40,8° C. spadła na 39,1° C., zatem o 1,7° C., w drugim przeciwnie podniosła się po krwotoku z 40° do 41° Cels..

Przekroczenia dyjetetyczne i wpływ ich na ciepłotę. Odgrywają one w przebiegu wszystkich w ogóle chorób gorączkowych, a tem więcej w tyfusie brzuszny bardzo ważną rolę. Znaczenie takowych w tyfusie potęguje się osobnymi warunkami anatomicznymi, gdy bowiem w innych gorączkach przewód pokarmowy jest co najwyżej w stanie mniej więcej lekkiego nieżyty, w tyfusie mamy do czynienia z wrzodami. Jakkolwiek przekroczenia dyjetetyczne nie zawsze śmierć za sobą pociągają, wszelako po największej części wpływają znacznie na pogorszenie ogólnego stanu, co przedewszystkiem uwydatnia się podniesieniem ciepłoty o kilka nawet stopni. Pomiędzy zebranymi przez siebie przypadkami napotkałem popełnione błędy dyjetetyczne 12 razy. Następstwa były rozmaite. Podzielę te przypadki na 2 kategorie: a) przekroczenia popełnione w czasie trwania gorączki — b) w stanie bezgorączkowym, t. j. w okresie zdrowienia, co się zdarzało częściej.

Co się tyczy pierwszej kategorii, należą tu 4 przypadki:

№ 6. S., służący, lat 24, dobrze zbudowany, zachorował 29. IX. 1874 r.; po zaccadzeniu od tlenku węgla dostał dreszczy. Do kliniki przybył 7. X. a więc 9 dnia choroby, z bólem w okolicy biodrowej prawej, rozwolnieniem, powiększoną do VII żebra tępością śledziony, nieżytem oskrzelowym, białkomoczem i śpiączką. Oprócz białka znaleziono w moczu i wałeczki szkliste. 17 dnia choroby pacjent zjadł 3 jajka; ciepłota przez 3 dni jeszcze pozostawała w dotychczasowych granicach (32,2° C. *mane*—39,5° C. *vespere.*); dopiero po 3 dniach nagle wystąpił niesłychanie silny ból brzucha, tętno nitkowate, prawie niewyczuwalne, kończyny zimne. Ciepłota zaraz z rana podniosła się do 40,8° C. (poprzedniego wieczoru 39,3° C.) Nazajutrz (21 dnia) ciepłota rano 39,3° C., wieczorem 38,3° C.; 22 dnia rano 37,5° C., chory czuje się lepiej, ból brzucha mniejszy. Lecz wieczorem tegoż dnia ciepłota wynosiła znowu 40° C., nakoniec poczęła się stopniowo obniżać znowu aż do śmierci (27 dnia choroby przy ciepłocie 38° C.) Tegoż dnia bóle brzucha się powtórzyły, były wymioty, wzdęcie, tętno niewyczuwalne. Sekcja wykazała dawne zrosty sieci wielkiej (*omentum majus*) ze ścianką brzuszną, oraz ropne zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia jelita.

№ 7. J., kołodziej, lat 18, dobrze odżywiony, przybył do kliniki 8 dnia choroby z ciepłotą 40,5° C.. Dnia 19. I. 1879 r. dostał silnych dreszczy;

przyjął wodę gorzką, po której nastąpiły wymioty; następnie olej rycinowy, po którym nastąpiła poprawa. D. 25. I. najadł się grochu, natychmiast wystąpił ból brzucha, wymioty. Jednocześnie żona i córka jego majstra miały tyfus. Chory w chwili przybycia był obficie pokryty potem, miał ból w dołku sercowym, wzdęcie, biegunkę i często wymiotował żółciowemi masami; górna granica śledziony na VIII-em żebrze, w moczu dużo białka. Dano natychmiast *ol. ricini*, a po 2 dniach *inf. sennae*. Po upływie 6 dni, t. j. 16 dnia choroby pokazały się ślady krwi w stolcach. 20 dnia po przekroczeniu dyjetetycznem (?) nadzwyczajny ból brzucha, który był mocno napiętym; wystąpił zimny pot. Ciepłota z 38,6° C. na 40,3° C., nazajutrz 38° C. Dopiero po 6 dniach wystąpiła poprawa ogólnego stanu, przy czem i ciepłota powróciła do stanu normalnego.

№ 8. D., 15-letni chłopak szewcki, wątpy, przybył dnia 23. IX. 1873 r. Opowiada, iż na tydzień przedtem po zaziębieniu i zjedzeniu obfitej ilości sera dostał dreszczy i rozwolnienia; w dzieciństwie przechodził odrę. Znaleziono przy badaniu pryszczę wargowe (*herpes labialis*), ból w okolicy kiszki ślepej, powiększoną śledzionę, niewielki białkomocz i nieżyt oskrzeli. W nocy chory majaczył, we dnie ciągła senność. Sinica na twarzy, tętno arytmiczne, dwubitne; stolce mimowolne. 19 dnia choroby przytomność większa, sinica znikła, tętno równe. 23 dnia choroby zjadł bułkę, poczem natychmiast ciepłota z 38° C. rano podniosła się do 41° C. wieczorem, pojawił się ból w nadbrzuszu. Nazajutrz uspokoił się, lecz 28 dnia po zjedzeniu ciasta gorączka z 37,8° C. doszła do 41,2° C., nazajutrz spadła na 37,4° C. i odtąd pozostawała ciepłota w granicach 38—39° C., wskutek istnienia zapalenia miedniczek nerkowych (*pyelitis*). 38 dnia choroby D. dostał zapalenia dolnego płatu lewego płuca, potem i zapalenia opłucnej. Wyniszczenie ogólne było ogromne, w żyłę szyjowej wewnętrznej (*vena jugularis int.*) szmer diabli (*bruit du diable*), trwający przez 28 dni z rzędu.

№ 9. S., 15-letni stolarz, nieźle odżywiany, przybył do kliniki 6 dnia choroby. 6. III. 1873 r. dostał bólu głowy, zawrotów, mrowienia w nogach, krwawienia z nosa i lekkich dreszczyków. Towarzysz jego ma tyfus. Znaleziono śledzionę wyczuwalną, ból w okolicy biodrowej prawej i dołku sercowym, ślady białka w moczu, biegunkę, wzdęcie brzucha. W nocy ciągle majaczenie. Chory popełnił przekroczenie dyjetetyczne 4 razy; 26 dnia choroby, poczem ciepłota z 40° podniosła się na 41° C.; 29 dnia, ciepłota z 38,4° na 41° C.; 33 dnia ciepłota z 38,5° na 41,2° C.; 36 dnia, ciepłota z 37,2° na 41,2° C. Innych następstw, prócz tak znacznego podniesienia ciepłoty, nie było. Przebieg w niniejszym przypadku był nadzwyczaj ciężkim; stosowano długi czas kąpiele zimne.

Do drugiej kategorii, t. j. gdzie przekroczenia dyjetetyczne popełnionemi zostały już w stanie bezgorączkowym, w rekonwalescencji, należy 8 chorych:

№ 10. S, służąca, lat 19, o dobrem odżywianiu, dostała na 3 tygodnie przed przybyciem do kliniki bólu brzucha i biegunki; w tymże czasie brat jej, którego często odwiedzała, umarł skutkiem tyfusu. Po 10 dniach doznała nagle silnego dreszczu, powtarzającego się przez 5 dni. Przebieg tyfusu u tej chorej był ciężkim, kilkakrotnie powtarzały się zastoiny (*hypostases*) w tylnych częściach płuc. 27 dnia choroby gorączka spadła do 37,1° C.. Po 4 dniach chora zjadła bułkę, poczem zaraz wieczorem tegoż dnia ciepłota 40° C., nazajutrz 38,1° C. rano, 39° C. wieczorem, następnego dnia 37,7° rano, 38,7° C. wieczorem, a dopiero na czwarty dzień ciepłota powróciła do stanu prawidłowego. Tu więc wyrównanie po zjedzeniu bułki następowało stopniowo, przez kilka dni, za pomocą obniżenia ciepłoty o typie zwalniającym.

№ 11. K., lat 25, mularz, u którego tyfus trwał 21 dni, z wybitnemi objawami ze strony przewodu pokarmowego i mózgowia, zjadł chleba w 10 dni po nastąpieniu stanu bezgorączkowego. Natychmiast wystąpił silny ból brzucha, wzdęcie, co jednak po *ol. ricini* przeszło; ciepłota nie była mierzona.

№ 12. K., 25 letni krawiec, w 12 dni po przebyciu 26-dniowego tyfusu zjadł kartofli, poczem nastąpiły wymioty.

№ 13. K., służąca szpitalna, lat 23 mająca, po zachorowaniu na tyfus 2-go II. 1873 r. przyjęła olejku rycinowego i naparu senesu. W 12 dni po nastąpieniu rekonwalescencji zjadła barszczu, po którym natychmiast wystąpiły dreszcze, ból brzucha. Ciepłota nie podana.

№ 14. H., szwaczka, lat 23, wątła, małokrwista, przechodziła zimnicę, odrę. Zachorowała 21. I. 1876; były dreszcze, ból brzucha, rozwolnienie; przepisano chorej środek wymiotny. Przybyła 10 dnia choroby do kliniki z powiększoną śledzioną, biegunką, wzdęciem brzucha i niewielkim białkomoczem. Od 16 do 21 dnia choroby codziennie powtarzały się kilkakrotnie wymioty żółciowe. Począwszy od 20 dnia, zaczęła przyjmować kwas salicylowy, który obniżył ciepłotę o 1 — 2° C. W czasie choroby utworzyły się odleżyny oraz nastąpił ropny odpływ z ucha. W 5 dni po zupełnem obniżeniu gorączki chora najadła się przyniesionych jej z miasta bułek; dostała wkrótce bólu brzucha; wzdęcia, zaparcia; ciepłota z 37,8° C. podskoczyła do 39,8° C.; nazajutrz z rana 39,3° C.—wieczorem 40,1° C.; trzeciego dnia 39,6° C. rano—38° C. wieczorem; potem ciepłota prawidłowa przez 4 dni, aż nagle z 38,2° C. podniósłszy się wieczorem do 40° C., spadła nazajutrz do 36,3° C. i odtąd już w tych granicach pozostawała.

№ 15. B., 19-letni strażak, przybył 11. IV. 1881; w roku zeszłym przechodził bardzo silny tyfus. Gorączka trwała tylko 16 dni i spadała krytycznie z 40,2° C. na 35,8° C. Po 3 dniach chory zjadł pomarańcz; ciepłota z 37,8° C. na 39,8° C.; nazajutrz 37,4° C.

№ 16. N., 13-letnia dziewczyna, słabo rozwinięta, przybyła 3 dnia choroby do kliniki. Tyfus trwał 24 dni, był bardzo ciężkim; kilka razy występowały oznaki zapaści (*collapsus*) z ziębnięciem kończyn i nitkowatym tętnem. 14 dnia rekonwalescencji po zjedzeniu czegoś niestrawnego ciepłota z 37,4° C. nagle podniosła się do 40,6° C., nazajutrz 37,8° i już w granicach znowu normalnych.

W ostatnim nakoniec przypadku po przekroczeniu dyjetetycznem nastąpił rzeczywisty powrót tyfusu (recydywa):

№ 17. U., 20-letnia służąca, której pani przed 2 tygodniami umarła na tyfus, wstąpiła do kliniki 31-go X. 1874 w 6-ym dniu choroby. Chora pochodzi z błotnistej miejscowości; w 15 roku życia przechodziła ospę. Choroba rozpoczęła się jednym silnym dreszczem i bólem w lewym boku. Przy badaniu znaleziono niewielki ból brzucha, wzdęcie, oraz bolesną przy dotykaniu, podniesioną do VIII żebra śledzionę. Przebieg tyfusu był nadzwyczaj ciężkim; częste poty, ciągła biegunka; począwszy od 10 dnia choroby stan nieprzytomny, majaczenie, złudzenia, przywidzenia. Gorączka utrzymując się stale między 40° i 41° C., trwała 27 dni. Po upływie 6 dni zjadła wędzonego śledzia i kielbasy; natychmiast ciepłota z 37,6° podniosła się do 39° C. wieczorem. Brzuch mocno wzdęty, bolesny przy dotknięciu w okolicy biodrowej prawej. Odtąd rozpoczęła się rzeczywista recydywa, trwającą 22 dni i przebiegająca jeszcze ciężej niż pierwotny tyfus, chora gwałtownie majaczyła, wyskakiwała z łóżka, kilka razy objawy zapaści. Gorączka w recydywie także dochodziła do 41° C. Leczenie było tylko wyczekującym.

Z powyższych przykładów widzimy dowodnie, iż przekroczenia dyjetetyczne, lubo nie stanowią dla życia bezwarunkowego niebezpieczeństwa, jednakże powodują zawsze mniej lub więcej wyraźne oddziaływanie, przejawiające się natychmiast w postaci podwyższenia ciepłoty, co niekiedy do 3 i 4 stopni dochodziło. Podobne oddziaływanie ustroju występuje nawet po upływie 2 tygodni od chwili zu-

pełnego ustania gorączki tyfusowej. O ile przekroczenie dyjetetyczne bywa groźniejszym tam, gdzie je popełniono w okresie gorączkowym, trudno z naszych przypadków wnioskować. Mielśmy wprawdzie jeden przypadek śmiertelnie zakończony, lecz tu zapalenie otrzewnej powstało skutkiem oddawna istniejącego zrostu sieci z ścianką brzusznią, co właśnie utrudniło ruchy robaczkowe jelit i wywołało jakoby pewien rodzaj uwięźnięcia; natomiast przedziurawienia jelit wcale nie było.

Z przypadków drugiej kategorii mieliśmy raz tylko recydywę; wszystkie skończyły się pomyślnie.

Tak więc mniej lub więcej poważne następstwa po błędach dyjetetycznych zależą w znacznej części od warunków indywidualnych chorego.

R e c y d y w y. Spostrzegane były w 6 przypadkach, z których 5 powstało bez widocznej przyczyny; o szóstym, jako powstałym po niezachowaniu dyjety, mówiłem wyżej.

№ 18. B., student uniwersytetu, lat 24, dobrze zbudowany, zachorował po przeziębieniu 12. IX. 1874; do kliniki wstąpił szóstego dnia choroby z gorączką $39,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ C, a więc w okresie drugim. Gorączka, utrzymując się w granicach 40° C. do 41° C. wieczorem, trwała 18 dni; obniżyła się dość szybko, bo w ciągu 2 dni. Przez 7 dni był stan bezgorączkowy. Nagle chory dostaje na nowo dreszczy bez przyczyny i ciepłota zwolna zaczęła się podnosić. Recydywa trwała 21 dni; gorączka trzymała się prawie na tymże poziomie, co i w pierwotnym tyfusie; okres drugi wynosił 8 dni, a zakończenie gorączki odbywało się znacznie wolniej, w przeciągu 4 dni.

№ 19. K., 19-letnia służąca, dobrze odżywiana, dostała na 5 dni przed wstąpieniem do kliniki dreszczy; po 4 dniach wzięła środek wymiotny. Na tułowiu znaleziono różyczkę; ból w podbrzuszu prawem, wzdęcie, powiększenie śledziony, zaparcie. Pierwszy tyfus trwał 20 dni; odznaczał się bardzo uporczywym nieżytem oskrzelowym, z krwiopluciem nawet, sennością i nierównomiernością tętna. Po 4 dniach ciepłota zaczęła znów szybko się podnosić do $40,3^{\circ}$ C.; recydywa trwała 12 dni i miała cechy podobne.

№ 20. K., szewc, lat 14, miernie rozwinięty, przybył 6 dnia choroby z ciepłotą $40,7^{\circ}$ C., która jednakże odtąd poczęła opadać i już 12 dnia nastąpił stan bezgorączkowy, tak, iż był to tyfus poronny. Po 6 dniach rekonwalescencji ciepłota zaczęła się podnosić do $39,5^{\circ}$ C.; recydywa trwała 15 dni, przyczem, począwszy od szóstego dnia takowej, chory pocił się codziennie, przez 2 ostatnie dni zaś były i dreszcze.

№ 21. F., 19-letnia służąca, dobrze zbudowana. Choroba rozpoczęła się przed 11 dniami dreszczykami, chrypką i wystąpieniem miesiączki. Tyfus trwał 18 dni; gorączka $39,5^{\circ}$ do $40,5^{\circ}$ C.; 3 dni stan był bezgorączkowy; nagle ciepłota z porannej $37,3^{\circ}$ C. podniosła się wieczorem do 41° C., w obec silnych dreszczy i odtąd trwała gorączka 14 dni, trzymając się na wysokości 39° do $40,5^{\circ}$, a nawet 41° C.. Żadnego miejscowego ogniska zapalnego niepodobna było przypuścić; z tego powodu owo nagle podskoczenie ciepłoty, o 4 stopnie blisko, należy przypisać rozpoczynającej się recydywie, tembardziej iż typ gorączki odpowiadał tyfusowi, a zakończenie recydywy odbyło się stopniowo, *per lysin*, z coraz wyraźniejszymi zwolnieniami.

№ 22. Ł., służąca, 21 lat licząca, przybyła do kliniki 5 dnia choroby. Przed pół rokiem przyjechała do Warszawy. Dnia 17-go X. 1881 r. piorąc bieliznę, uczuła nagle dreszcze. Chora otyła, skarży się na zaparcie stolca, wzdęcie, ból w okolicy biodrowej prawej; śledziona na VII żebrze, w moczu

ślady białka. Pierwszy tyfus trwał 22 dni, następnie 4 dni stan bezgorączkowy, wreszcie recydywa 29 dni.

U. — opisana wyżej (Nr 17).

Zestawiając powyższe przypadki otrzymujemy:

1)	Pierwszy tyfus trwał 18 dni; stan bezgorączkowy 7 dni; recydywa 21 dni.
2)	„ „ „ 20 „ „ „ 4 „ „ 12 „
3)	„ „ „ 12 „ „ „ 6 „ „ 15 „
4)	„ „ „ 18 „ „ „ 3 „ „ 14 „
5)	„ „ „ 22 „ „ „ 4 „ „ 29 „
6)	„ „ „ 27 „ „ „ 6 „ „ 22 „

Jakie warunki tutaj wpływały na powstanie recydywy (z wyjątkiem ostatniego przypadku) odpowiedzieć trudno, ponieważ żadnej widocznej przyczyny ku temu nie było. Objasniają ją dwojako: albo recydywa bywa następstwem nowego zakażenia w szpitalu, albo też powstaje skutkiem ponownego rozwijania się zarazka, który w czasie pierwotnego tyfusu nie został jeszcze całkowicie zniszczonym i wydalonym z ustroju. Pierwsze przypuszczenie pozornie tylko jest możliwem, jakkolwiek bowiem wszelkie zaburzenia w przewodzie jelitowym usposabiają do zakażenia tyfusowego, co tembardziej nastąpićby mogło w obec tak znacznego rozstroju jelit u tyfusowych, jednakże doświadczenie wskazuje nam, jak rzadko w ogóle podobne recydywy następują; w razie zaś, gdyby owo przypuszczenie było prawdziwem musiałyby one być nierównie częstszemi. Co do drugiego przypuszczenia, wiemy, iż zarazek tyfusowy, jak każdy inny, rozwijać się może szybko i z tego względu mała jego ilość, której ustrój podczas pierwotnej choroby wydalic z siebie nie zdołał, zaczyna rozmnażać się na nowo i powoduje recydywę.

Na zakończenie niniejszego przeglądu o przebiegu gorączki wzmiankować jeszcze muszę o dreszczach i potach, w czasie trwania takowej występujących.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

15. M. Babes. Poszukiwania nad szczepieniem i rozwojem lasecznika gruźliczego.

W Styczniu r. b. w Towarzystwie anatomicznem paryżkiem M. B a b e s ogłosił wyniki swych badań nad gruźlicą, dokonanych w pracowni prof. C o r n i l'a. Autor główną zwrócił uwagę na sposób szerzenia się w ustroju laseczników gruźliczych, szczepienie wykonywał zawsze w jamie otrzewnej, preparaty barwił według metody E h r l i c h'a, przez siebie nieco zmienionej. Wyniki, otrzymane przez B., są następujące:

1) Laseczniki gruźlicze zawsze prawie przenikają przez błonę surowiczą, w miejscu ich szczepienia rozwija się sprawa zapalna.

2) Początkowo można je znaleźć rozrzucone bezpośrednio pod miejscem podległym zapaleniu.

3) Następnie przez drogi chłonne dostają się do gruczołów; w drogach tych dają się wykazać laseczniki pośród przerosłych komórek śródbłoka (*endothelium*).

4) Gruczołki i torebki (*folliculi*) limfatyczne stanowią główne zbiorniki laseczników; tworzą się tu komórki olbrzymie, czy to w skutek przerostu, czy też wskutek połączenia paru komórek, a w nich rozwija się wielka ilość laseczników.

5) Przez drogi chłonne dostają się również laseczniki do pęcherzyków płucnych, gdzie śródblonek formuje komórki olbrzymie lub też grupy komórek, które zawierają w sobie laseczniki i wypełniają pęcherzyki płucne. Niekiedy przez śródpiersie i drogi limfatyczne okołonaczyniowe przechodzą laseczniki do miąższu płuc. W taki sposób dostają się do i do narządów brzusznych.

6) W gruźlicy prosówkowej zazwyczaj znajduje się mało laseczników; daleko ich więcej w ostrych przypadkach gruźlicy.

Prócz tego autor wspomina o dwóch przypadkach, w których znalazł laseczniki w moczu chorych na gruźlicę organów moczopłciowych; w obu razach przy sekcji znaleziono zmiany gruźlicze w pęcherzu moczowym i nerkach.

(*Le progrès médical*, N. 9, 1883).

M. Jakowski.

16. Fleischlen (Berlin) O pewnym cierpieniu nerek, spowodowanem przez ciążę i poród. (*Ueber Schwangerschafts- und Geburtsniere*).

Choroby nerek stanowią jeden z najważniejszych działów patologii ciąży. Pomimo licznych prac, tej części poświęconych, wiele tu jeszcze punktów oczekuje wyjaśnienia; dwa zwłaszcza pytania, na pierwszy plan występujące, dotychczas czekają na odpowiedź ostateczną, a mianowicie:

Po pierwsze, jakie są główne cechy kliniczne i anatomiczne cierpienia nerek, ciążę wklajającego, zwanego w Niemczech *Schwangerschaftsniere*¹⁾.

Powtórnie, czy możliwem jest rozpoznanie różniczkowe w danym przypadku podczas ciąży między tem właśnie cierpieniem z jednej strony, a ostrem lub przewlekłym zapaleniem nerek z drugiej i czy cierpienie to może przejść w zapalenie przewlekłe.

Autor, korzystając z licznych materiału kliniki berlińskiej prof. Schrüder'a, zajął się rozbiorem moczu u 1000 ciężarnych i mając na uwadze przy swych badaniach te dwa właśnie pytania, przyszedł do wniosków, które nie rozwiązując pytań tych ostatecznie, stanowią jednak ważny krok naprzód w dziale tym patologii ciąży.

Między spostrzeżanemi przypadkami tej choroby nerek odróżnia autor przypadki o przebiegu lekkim i o przebiegu ciężkim. Objawy pierwszych były następujące: białkomocz nieznaczny; w większości przypadków białko zniknęło w dni kilka po porodzie. Osad moczu nie zawierał ani wałeczków ani nabłonka nerkowego, lecz jedynie komórki nabłonkowe moczowodów i pęcherza i oddzielne ciała limfatyczne. Drgawek (*eclampsia*) nie było. Ciąża przebiegała zresztą prawidłowo.

Przypadki o przebiegu ciężkim przedstawiały szereg objawów następujących: mniej lub więcej znaczny obrzęk przeważnie kończyn dolnych i warg sromnych. Ilość moczu ciemno-brunatnego bardzo skąpa przed porodem, po porodzie zawsze się znacznie podnosiła i to ponad ilość prawidłową. Skąpej ilości moczu odpowiadał wysoki ciężar gatunkowy, który poprzednio znacznie opadał. Ilość białka przed porodem bardzo znaczna, po porodzie zmniejszała się bardzo prędko *do minimum*. Osad moczu składał się z wałeczków szklistych, usianych prawie zawsze małemi błyszczącemi cząsteczkami tłuszczu. Ilość ich w stosunku do znacznej zawartości białka często była nieznaczna. Rzadko spotkać można było wałeczki ziarniste, jeszcze rzadziej nabłonkowe. Dalej, w osadzie znajdowano komórki nabłonkowe nerek, nabłonki miedniczek, moczowodów i pęcherza — wszystkie dotknięte wyraźnem zwyrodnieniem tłuszczowem,

¹⁾ Nazwa po raz pierwszy użyta przez Leyden'a. (*Przyp. Sprawoz.*).

niekiedy zaś już w rozpadzie, a także dość znaczną ilość białych ciałek krwi. Za to ciałek czerwonych albo wcale nie bywało, albo też jedynie pojedyncze napotymano. Drgawki towarzyszyły wszystkim tym przypadkom. Poród przedwczesny często był następstwem tego cierpienia. Badanie anatomo-patologiczne nerek w ciężkich przypadkach wykazało zwyrodnienie tłuszczowe nabłonków; zapalenia śródmiąższowego nie było; nerki były niedokrwiste.

Streszczając wszystkie te objawy kliniczne i anatomiczne ciężkich przypadków, widzimy, że wszystkie one stanowią cechę charakterystyczną niedokrwistości nerek i podobne są zupełnie do objawów towarzyszących „nerce cholerycznej”, jak wiadomo, *par excellence* niedokrwistej. W przypadkach lżejszych niedokrwistość jest mniejsza. Tutaj dotknięty jest jedynie nabłonek kłębków (*glomeruli*), od czego właśnie zależy białkomocz. Brak wałeczków i nabłonka nerkowego w osadzie moczu przemawia za tem, że nabłonek cewek moczowych pozostał nietknięty.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między niedokrwistością nerek u ciężarnych, a ostrem miąższowym zapaleniem nerek, podczas ciąży się przytrafiającem, to autor, przytoczywszy przypadek ostrego zapalenia z drgawkami, zakończony śmiercią, zwraca uwagę na różnicę sposobu powstawania obu tych form chorobowych; podczas gdy niedokrwistość nerek rozwija się przeważnie niepostrzeżenie i stopniowo, zapalenie ostre powstaje nagle. Przebieg ostrego zapalenia jest cięższy i bardziej gwałtowny; tu zakończenie porodu nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby nerkowej. Drgawki trwają wciąż dalej i po porodzie, ilość moczu i po porodzie pozostaje skąpa, ciężar gatunkowy pozostaje wysoki, białkomocz utrzymuje się znaczny i po porodzie. Mocz krwawy (*haematuria*) stanowi jeden z najcharakterystyczniejszych objawów ostrego zapalenia. Osad moczu przedstawia tu znaczną zawartość czerwonych ciałek krwi; niewiele za to białych, znaczną ilość wałeczków szklanych, nabłonka uległego stłuszczeniu i rozpadowi i wałeczki ziarniste. Badanie anatomo-patologiczne przedstawia obraz różny od obrazu niedokrwistości nerek. Wspólnem dla obu tych stanów jest tylko zwyrodnienie nabłonka, główna zaś różnica polega na zachowaniu się tkanki śródmiąższowej. Podczas gdy takowa w nerce niedokrwistej pozostaje zdrową, w ostrem miąższowym zapaleniu jest obrzmiała i dotknięta nacieczeniem komórkowem. Na tę różnicę zwrócił uwagę i Leyden. Między objawami klinicznymi ważną również różnicę stanowi zachowanie się tętna. Tętno przy ostrem zapaleniu jest twarde i odporne, przy niedokrwistości nerek tych cech nie posiada.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego między niedokrwistością nerek u ciężarnych, a przewlekłym śródmiąższowym zapaleniem nerek, ciężę wikłającym, to autor nie tai wcale trudności tego zadania, tem ważniejszego, że od możliwości podobnego rozpoznania podczas ciąży zależy rokowanie w danym przypadku. Często przewlekłe zapalenie, przebiegające podczas ciąży niepostrzeżenie, dopiero podczas porodu zwraca na siebie uwagę wskutek pogorszenia objawów; osad moczu przy przewlekłym zapaleniu nerek tak podczas ciąży jak i podczas porodu przedstawia często też same zmiany co i osad moczu nerek niedokrwistych, niekiedy zaś zmiany te podczas porodu się zjawiają i wówczas łatwo jest bardzo pomylić się w rozpoznaniu. Na szczęście istnieją jeszcze inne wskazówki, czyniące rozpoznanie przewlekłego zapalenia możliwem. Tu należy zachowanie się ilości moczu i jego ciężaru gatunkowego. Jeśli podczas ciąży przy dość znacznej zawartości białka ciężar gatunkowy znajdujemy niski, ilość zaś moczu znaczną, wówczas podejrzenie zapalenia przewlekłego jest bardzo usprawiedliwione, gdyż przy niedokrwistości nerek, przy znacznej ilości białka, ciężar gatunkowy moczu jest zawsze wysoki, ilość zaś mo-

czu zmniejszona. Autor sądzi, że za przewiekłym zapaleniem nerek podczas ciąży stanowczo świadczyć będzie jedynie przerost serca i charakterystyczna twardość tętna. Na obecności tych objawów polegać można wówczas tylko, skoro ma się zrobić rozpoznanie różniczkowe w danym przypadku dopiero podczas ciąży.

Rozpoznanie różniczkowe między przewlekłym mięszszowym zapaleniem nerek a niedokrwistością nerek, można także jedynie przeprowadzić, zwracając uwagę na wyżej wymienione zachowanie się serca i tętna. Zachowanie się moczu nie może nam też dać żadnego objaśnienia, gdyż tak w jednym jak i w drugim stanie objawy są jednakowe, a mianowicie, tak tu jak i tam wysoki ciężar gatunkowy, znaczna ilość białka, zmniejszona lub też nie przechodząca po nad zwykłą normę ilość moczu ciemno-brunatnego, te same własności osadu. Wywiady mogą tu nam także przyjść w pomoc, gdyż przewlekłe mięszszowe zapalenie jest najczęściej cierpieniem następczem zastarzałego przymiotu, suchot, zimnicy i t. d.

(D. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Tęzec u noworodka. Wyzdrowienie.

W dniu 20 Lutego b. r. do ambulatoryjum Warszawskiego szpitala dla dzieci przyniesiono dziecię, 6 tygodni leżące, chore od dwóch tygodni. Dziecię prawidłowej budowy, pępek zagojony, usta ściśnięte tak, że ssanie jest niemożliwe, kończyny chłodne, mięśnie kończyn dolnych i górnych oraz karku i tułowia znajdują się w stanie tonicznego skurczu tak, że całe ciało za podparciem potylicy podnieść się daje ku górze. Ręce ściśnięte w pięść, kurcze takie od tygodnia przechodzą co dzień częściej, a obecnie co 5—10 minut, trwając po kwadransie i więcej. Dziecię wcale ssać od trzech dni nie może z powodu szczękoscisku. Jeden z lekarzy, proszony o radę, przepisał lekarstwo i polecił otwierać dziecku usta przemocą. Stolec zaparte, ciepota 38,2° C., tętno 180.

Tegoż dnia o godzinie 12 w południe zastrzyknąłem pod skórę prawego uda $\frac{1}{6}$ grana *extracti calabarisi indicis* za pomocą szpryki Pravatz'a. W ciągu dnia dziecię ssało kilka razy i kurcze, lubo z równą siłą, występowały rzadziej.

Wieczorem o godzinie 9-tej wstrzyknąłem takąż ilość pomienionego środka pod skórę lewego uda. Następnego dnia znalazłem dziecię spokojniejszym, szczękoscisk kilkakrotnie się zjawiał, lecz w przestankach dziecię swobodnie ssać mogło. Kończyny górne prawie wolne od kurczu, jak również i mięśnie karku. Wypróżnienia prawidłowe, kończyny dolne cokolwiek stężałe. Wstrzyknąłem pod skórę uda $\frac{1}{6}$ grana *extr. calabarisi* w południe i takąż ilość wieczorem. W ciągu nocy dziecię spało spokojnie; nazajutrz ssie swobodnie, tęzec powtarza się co parę godzin, szczególnie w kończynach. Szczękoscisku nie ma. Wstrzyknąłem tego dnia $\frac{1}{4}$ gr. *extr. calabarisi*.

Odtąd straciłem z oczu maleca i dopiero w dniu 5. III. przyniosła go matka do ambulatoryjum szpitala z powodu niestrawności, trwającej od dni trzech. Dziecię ssie dobrze, jakkolwiek lekkie ściągnięcie ust trwa jeszcze, kończyny górne i dolne niestężałe, w ogóle od ostatniej bytność u mnie, t. j. 22. II., tęzec nie powtórzył się, dziecię tylko czasami w nocy płacze.

Przyczyna choroby w danym przypadku jest niejasną, prawdopodobnie złe warunki higieniczne mieszkania i zepsute powietrze, jak to potwierdzają spostrzeżenia Steiner'a. Częściej u nas w Warszawie tęzec noworodków wywołanym bywa przez zbyt ciepłe lub zbyt chłodne kąpiele, jak to w kilkunastu przypadkach miałem sposobność stwierdzić.

Co do leczenia choroby w mowie będącej, to ze wszystkich narkotyków *extr. calabarisi* zdaje się najskuteczniej działać. Jeszcze w 1869 roku Monti zalecił ten środek uwadze lekarzy, popierając go spostrzeżeniami, czynionemi nader starannie w ciągu całego przebiegu choroby. Odnoszą się one głównie jednak do dzieci starszych, u noworodków bowiem tęzec uważanym bywa za niewyleczalny. Że jednak tak nie jest, dowodzi powyższe spostrzeżenie, które podaję do wiadomości

kolegów w nadziei, że ich zachęci do próbowania wspomnianego wyżej środka przy tej niezbyt rzadkiej a tak ciężkiej chorobie noworodków. W końcu nadmienię, że dla ścisłego oznaczenia dawki, którą w miarę potrzeby można powiększać do $\frac{1}{2}$ gr. *pro die*, rozpuszczałem grj *extr. calabaris* w 12 kroplach wody, z tego roztworu 2 krople rozcieńczyłem 8 kroplami wody i używałem do jednorazowego wstrzyknięcia; ukłucia goiły się na drugi dzień i ropień ani razu się nie utworzył.

Alfons Malinowski.

LIST OTWARTY

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE !

W N-rze 6 Gazety Lekarskiej, D-r M. Rejchman w artykule p. t. „Przyrząd o podwójnym strumieniu do przepłukiwania żołądka“ podaje opis przez się nowo wynalezionego przyrządu. Widocznie kol. Rejchmanowi nieznane były dawniejsze usiłowania na tem polu, już bowiem D-r Audhoui w *La Therapeutique contemporaine* Nr. 12 z roku 1881, jak również w rozprawie p. t. *Traité de nettoyage des voies digestives etc. Paris 1881*¹⁾ opisuje i wyjaśnia rysunkiem (str. 149) przyrząd pod nazwą „*la sonde gastrique à double courant*“, z małą tylko niezbędną zmianą zbudowany w tenże sam sposób, co i przyrząd D-ra R. Pozwolę sobie przytoczyć w dosłownem tłumaczeniu opis przyrządu D-ra Audhoui, wzięty z jego broszury wyżej przytoczonej. Rozdział VI, str. 148 i 150. „Zgłębnik żołądkowy o podwójnym strumieniu, który poleciłem wykonać P. Colin'owi był przedstawiony w Akademii medycznej na posiedzeniu 3 VI. 1881 r., przez mojego kierownika P. A. Guérin'a.

„Składa się on z dwóch rur z angielskiego kauczuku nierównej grubości, jednej większej, drugiej mniejszej, złączonych razem w części, która ma dochodzić do żołądka, a rozdzielonych w części wystającej na zewnątrz. W ten sposób zgłębnik ma kształt litery Y.

„Cała długość zgłębnika wynosi 1,45 mm., długość części zespojonych 0,60 mm.. Wreszcie cieńsza rurka w końcu żołądkowym nie dochodzi do końca zgłębnika, lecz otwiera się bocznem okienkiem na 12 ctm. powyżej jego zakończenia.

„Grubsza rurka odpowiada N-r 29 skali Charrière'a ($9\frac{2}{3}$ mm.), średnica jej wewnętrzna ma 6 mm.. Cieńsza rurka odpowiada N-r 15 tejże skali (5 mm.); jej wewnętrzna średnica 3 milimetry.

„Otwór żołądkowy cienkiej rurki jest 5 mm. długi, a 2 mm. szeroki. Grubsza rurka ma trzy otwory, jeden końcowy i dwa boczne. Te ostatnie są owalne i mają po 1 ctm. długości a po 5 mm. szerokości“.

Następnie na str. 151 (rozdział VII) wyjaśnia nam autor, w jaki sposób zastosowywa się jego zgłębnik, mówiąc: „wprowadza się zgłębnik w sposób zwyczajny i łączy się cienką rurką ze zbiornikiem, dającym wielką ilość wody przy odpowiednim ciśnieniu. Wolny koniec zgłębnika pogrąża się do naczynia ustawionego przy chorym“ a kilka wierszy dalej: „woda wpływa do żołądka i tam się nagromadza. Lekkie nadymanie się, lub słaby kaszel wypełnia zgłębnik pływem, którego strumień może trwać przez czas nieoznaczony“.

Widzimy więc z wyżej przytoczonego opisu zgłębnika o podwójnym strumieniu Audhoui, że cała zmiana, jaką D-r R. wprowadził w swoim przyrządzie, polega na zastosowaniu dwóch rur jednakowej grubości, a różnej podatności ścianek, czyli więc, rurka doprowadzająca, mając cieńsze ścianki, ma większą średnicę wewnętrzną od rurki odprowadzającej i ta to właśnie główna modyfikacja przyrządu D-ra R.; a użycie jego w praktyce niemożliwem czyni. Postarałem się dowieść tego doświadczeniem. Wziąłem dwie rurki kauczukowe jednakowej średnicy 10 mm.,

¹⁾ Toż samo znajduje się w rozprawach: Bondareff. *Le lavage stomacal etc. Montpellier.* na str. 25. Mosse. *Le lavage de l'estomac etc. Montpellier, Paris.* 1882. na str. 14.

złączyłem je ze sobą, tak jak chce tego D-r R.; jedną z nich, doprowadzającą wodę, a zamkniętą kranem, połączyłem ze zbiornikiem wiszącym na wysokości 2-óch metrów i zawierającym 5 litrów wody; drugą rurkę, odprowadzającą wodę, opuściwszy ku dołowi, pogrążyłem w naczynie z odpowiednią podziałką, ze spojone zaś końce obudwu rur pomieściłem w prostej butelce odpowiedniej wielkości. Po otwarciu kranu i wciągnięciu natychmiastowem wody przez rurkę odprowadzającą, otrzymałem prawie jednocześnie podwójny strumień. W przeciągu 15 sekund zbiornik opróżnił się w butelkę przez rurkę doprowadzającą, a przez ten sam czas przez rurkę odprowadzającą wypłynęło tylko z takowej 2 litry, a na opróżnienie butelki z pozostałych 3-ech litrów potrzeba było jeszcze 17 sekund, czyli że w danem doświadczeniu przyływ był dwa razy większy od odpływu i ta różnica spowodowała nagromadzenie się wody w butelce.

Zastosowawszy dane doświadczenie w praktyce z przyrządem D-ra R., przekonamy się, że ponieważ tam rurka doprowadzająca ma większą średnicę od odprowadzającej, przyływ więc może trzy razy będzie większym od odpływu, skutkiem czego po paru już sekundach działania przyrządu nastąpi nagromadzenie się znacznej ilości wody, rozszerzającej żołądek do *maximum*, co zapewne nie będzie pożądanem zjawiskiem, szczególnie jeśli tego rodzaju przyrząd zastosujemy w przypadkach znacznego rozszerzenia żołądka, jak to doradza D-r R e j e h m a n.

Chcąc więc uniknąć tego arcyniemilego rezultatu przy zastosowaniu przyrządu D-ra R. wypadaloby: 1-o albo co parę sekund przerywać strumień przyływający, by przez czas przerwy mogła wypłynąć woda nagromadzona w żołądku, o czem D-r R. zupełnie nie wspomina w swoim artykule, albo 2-o zastosować rurkę doprowadzającą odpowiednio cieńszą od odprowadzającej, t. j. wrócić się do wypróbowanego, a osnutego na prawach fizycznych znanej wartości przyrządu D-ra A u d h o u i, jeżeli już wypadnie nam stosować w celu leczniczym zgłębnik o podwójnym strumieniu.

W interesie prawdy i nauki zecheiej Szanowny Redaktorze pomieścić powyższych parę wyrazów w swoim piśmie. Do D-ra R e j e h m a n a należy nie pomysł nowego zgłębnika ale modyfikacja doskonalszego na gorszy.

K. M. Sierpiński.

ODPOWIEDŹ

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE !

Treść listu D-ra Sierpińskiego przekonywa, iż D-r S. nie mógł zrozumieć ani opisu, ani rysunku mego przyrządu. Tego za złe brać Mu nie można. Dziwić się tylko należy, dlaczego D-r S. przed napisaniem listu nie porozumiał się osobiście ze mną. Gdyby to uczynił, postarałbym się wytłumaczyć Mu budowę i praktyczne znaczenie mego przyrządu, jakoteż prawa fizyczne, na których opiera się jego działanie.

D-r S. zarzuca mi, iż mój przyrząd jest tylko modyfikacją przyrządu A u d h o u i, gdyż tak jeden jak i drugi składa się z 2-óch rurek ¹⁾. Zarzut ten nie tyle jest ważny, ile niesłuszny. Zupełną nowość w moim przyrządzie stanowi to, iż rurka przyływowa przyklejona do zewnętrznej powierzchni rurki odpływowej, posiada miękkie, cienkie, przylegające do siebie ścianki. Praktycznego znaczenia tej budowy mego przyrządu D-r S. widocznie nie zrozumiał. A jest ono bardzo ważne, gdyż rurka przyływowa nadzwyczaj tylko mało zwiększa grubość całego przyrządu, a będąc przyklejoną na zewnątrz rurki odpływowej, zupełnie nie zmniejsza szerokości kanału tej ostatniej. A o to właśnie mi szło i to uwydatniłem w opisie i w rysunku przyrządu. Wskutek takiej budowy średnica zewnętrzna mego przyrządu wynosi tylko $10\frac{2}{3}$ mm., przy średnicy kanału odpływowego = $7\frac{1}{4}$ mm. (średnica zaś zewnętrzna przyrządu A u d h o u i wynosi $14\frac{2}{3}$ mm. przy średnicy kanału odpływowego = 6 milim.). Mój zatem przyrząd łatwo wprowadzić do żołądka, a grube cząstki pokarmowe swobodnie mogą przezeń wypływać. [Przyrząd A u d h o u i zapewne daleko trudniej do żołądka wprowadzić, gdyż iżgłębnik mający w średnicy nie $14\frac{2}{3}$ ale 12 milimetrów (co w obwodzie stanowi wielką różnicę) już nie tak łatwo przechodzi przez gardziel : przełyk].

¹⁾ D-r S. zdaje się nie wiedzieć, że każdy przyrząd o podwójnym strumieniu musi się składać z 2-óch rurek.

W drugim zarzucie D-r S. zdradza zupełną niezajomość zasad fizyki i wypowiada zbyt już dziwny sąd o przyrządzie, którego budowy nie mógł zrozumieć i którego działania nie widział.

Gdybym z D-rem S. dysputował prywatnie, tobym Mu objaśnił, w jaki sposób urządzić równowagę pomiędzy przyływem a odpływem w Jego doświadczeniu z dwiema rurkami o jednakowej średnicy, ale tutaj czynić tego nie potrzebuję, z tego względu, iż każdy o tem doskonale wie. W moim zaś przyrządzie równowaga ta jest zachowaną przez wycięcie małego otworu (przez który woda wchodzi do żołądka) w rurce przyływowej zamkniętej u dolnego końca. Woda może przepływać z wielką siłą przez bardzo szeroką rurę, nie wypływa jej jednak dużo w danej jednostce czasu, jeżeli dolny otwór w rurce jest bardzo mały. W moim właśnie przyrządzie otwór w rurce przyływowej ma taką średnicę, aby przy potrzebnem (do rozszerzenia tej rurki) ciśnieniu wody, przy zwykłej długości zglębniaka F a u c h e r'a (rurki odpływowej), przy zwykłej wielkości 2-óch otworów dolnych tego zglębniaka,) przez które woda z żołądka wypływa), aby, mówię, przy tych wszystkich warunkach tyle wody z żołądka wypływało ile jej doń wpływa.

M. Rejchman.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się z pewnego źródła, iż prof. D-r N a w r o e k i stara się o uzyskanie pozwolenia odbywania w gmachu uniwersyteckim lekcyj z najważniejszych działów fizjologii, głównie dla lekarzy. Lekeyje te odbywałyby się w 2 seryjach zimowej i letniej, 1 raz tygodniowo o późnej godzinie wieczorem. W nadchodzącem półroczu letniem prof. N a w r o e k i traktowałby o najnowszych teoriach trawienia, a w pierwszym półroczu zimowem o fizjologii układu nerwowego.

— D-r O r ł o w s k i Władysław, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus.

Kraków. W końcu Lutego r. b. prof. M i k u l i e z wykonał z pomyslnym skutkiem operację wycięcia odźwiernika żołądka rakowato zwyrodniałego. Jest to 5 operacja na człowieku dokonana z pomyslnem zejściem. (B i l l r o t h 2 razy, W ö l f l e r 1, C z e r n y 1, R y d y g i e r 1).
(Przegląd lekarski).

Petersburg. Zacznie tu wychodzić czasopismo specjalnie poświęcone chorobom nerwowym i umysłowym, wydawane i redagowane przez dobrze znanych: prof. M i e r z e j e w s k i e g o, D-ra E r l i e k i e g o, D a n i ł ł e i t. d.

Praga. Otwarcie wydziału lekarskiego czeskiego przy tutejszym uniwersytecie ma nastąpić na pewno w jesieni. Prof. T o m s a z Kijowa przyjął zaproszenie do Pragi.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd Lekarski.* Nr. 10. M a c h e k: Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry. (Dalszy ciąg).
R o s e n b l a t t: Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od 1879—1882 (Ciąg dalszy).
Medycyna: Nr. 10. F l o r k i e w i e z i R o g o w i e z: Przypadek przybloniaka szyjki macicznej (*epithelioma colli uteri*). (Dokończenie).

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. D-ra K o r e z y ń s k i e g o w Krakowie. Zesz. VII. VIII.

ODPOWIEDŹ.

W-nemu D-rowi H. w Goniądzu. List i N-r 7 otrzymali śmy.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 3 Марта 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

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

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

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

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

(Gazeta Szpitali Paryskich).

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

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

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

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

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

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

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

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

PLASTER THAPSIA DESNOIX

*Uznany za najpewniejszy, najoszczędniejszy
i najskuteczniejszy środek przeciwko:*

**Kaszlom, Zaatakowaniu dróg oddechowych,
Katarom zwyczajnym i Oskrzeli, Nerwo-
bólom łądźwiowym i Reumatyzmom.**

DESNOIX & C^{IE}

SPARADRAP
REVULSIF
AU THAPSIA



Demix allie

SPARADRAP
REVULSIF
AU THAPSIA

17, Rue Vieille du Temple, 17
PARIS

Jednorazowe przykładanie przynosi choremu
wielką ulgę.

*Dla uniknięcia podrobień należy wymagać wy-
żej podanego podpisu i wizerunku.*

Znajduje się u wszystkich drogistów i apte-
karzy w Rosyji.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A

Chloral w perelkach Limousin'a jest za-
warty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje
pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cu-
kierków zawiera w sobie 25 centygrammów
czystego i skryształizowanego chloralu. Zaży-
ty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dla-
wienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego
smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpu-
szczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim wa-
runkom czystości a sprawdzenie czystości pro-
duktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera
wpływ uspakajający i sprowadza sen. Każdy
flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków,
które mają po 25 centygramm najczystszo-
go woda chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje
się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue
Blanche, w Rosyji we wszystkich główniej-
szych aptekach, i składach materiałów aptecz-
nych.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych
*na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-
jących bladaczkę, najlepszem i najprzy-
jemniejszym śniadaniem jest RACA-
HOOT des Arabes (Rakatu Arabskie),*
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-
gotowany przez Delangreniera w Pary-
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.

**ANEMIA. WYCZERPANIE SIŁ. NEWRALGIE
UREGULOWANIE TRAWIENIA.**

WINO Z COCA TROUETTE-PERRET

(VIN DE COCA TROUETTE-PERRET).

(Na lepsze ze wszystkich tonicznych i wzmacniających).

UZNANE PRZEZ PARYŻSKĄ AKADEMJE MEDYCZNĄ.
Złote Medale i Dyplomy ze wszystkich Wystaw.

Sprzedaż hurtowa: Trouette-Perret, 163 & 165 r. St.-Antoine, Paris — Dataliczna
u wszystkich Drogistów i w aptekach.

„w Warszawie u pp. Mrozowskiego i Ziemińskiego oraz u wszystkich drogistów i aptekarzy.“

V

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej
D^{ra} E. PRZEWOSKIEGO,

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie,
dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, mocz, krwi, śluzu, nasienia
kału i t. d.

Wspólna Nr. 1. 3—1

Wakuje posada

DLA LEKARZA

ze stałą pensją, w ludnem miasteczku na Litwie, należącym do hrabiów Zamojskich, posiadającym aptekę. Okolica ludna, w miasteczku dwa razy tygodniowo odbywają się targi a kilka razy do roku bywa jarmark. Lekarz życzący sobie zająć to miejsce raczy zwrócić się o bliższe szczegóły do aptekarza Elijasza Ajzenstadtta, w powiatowem mieście Oszmianie, gub. Wileńskiej. 2—1

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA nadzwyczaj WZMACNIAJĄCA
zawierająca

Chloran Dwuwęglan i Arsenian Sodu

Od pół szklanki do trzech szklanek dziennie
odżywia dzieci wątłe i osoby osłabione

skuteczny środek przeciw

**Bezkrwistości, Skrofulom,
Diabetis, Gorączce Peryodycznej**

Chorobom skórnym i organów oddechowych
Sezon kuracyjny
OD 25 MAJA DO 25 WRZEŚNIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Czerwcu 1883 r.

nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO.

Dzieło zawierać będzie około 54 arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

0—6