

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.

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Tyrolu. Ze znakomitą skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet, w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych, w malaryi, w zastarzałych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając nieustanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co niejednokrotnie doświadczeniami znakomitych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opolcer i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643. 5—1

APTEKA W. BOROWSKIEGO

ulica Przejazd Nr. 643.

Specyjalne Laboratorium wyrobów żelatynowych na sposób Grossa z Wiednia, globuli maciczne, bougies do nosa, uszu i kanału moczowego, przygotowuje się względnie do potrzeby p. p. Lekarzy. Wł. Apteki W. Borowski, Przejazd Nr. 643. 4—1

MATTONI'EGO GIESSHUBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna

NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—20



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, palpacjach, 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 GWARANCJE, 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.

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, wycieńczeniu, 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 obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, 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.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi 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 najwątlesze 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 KAPSULEK 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.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej. — II. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum cordis congenita*). (Dokończenie). — *Notatki lekarskie*. 27. A. Sokołowski. Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznej (*paraplegia hysterica*) u mężczyzny. — *Dział sprawozdawczy*. 47. Jaksch R. O klinicznym znaczeniu wydzielania peptonu z moczem. (*Peptonuria*). (Dokończenie) — 48. Lemcke. Przypadek niezwykłego obniżenia ciepłoty ciała. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

Dra Teodora Dunina

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Szanowni Panowie!

Staję przed Wami z kwestyją, która już raz, choć pod odmiennym tytułem, w gronie Waszem rozbieganą była. Na dwóch posiedzeniach przedwakacyjnych byliście świadkami odczytu i rozpraw w kwestyi zaraźliwości suchot płucnych¹⁾; łatwo jest pojąć, że kto chce mówić o profilaktyce suchot, ten główną uwagę na ich zaraźliwość zwrócić powinien. Tak więc wszechynam po raz drugi tę tak ważną, tak palącą kwestyję, która w całym ucywilizowanym świecie do tylu pobudziła rozpraw.

Kol. Sokołowski, który przedemną głos zabierał, zwrócił uwagę na jeden epizod tej sprawy, przyczem doszedł do nieco odmiennych niż moje wniosków. Przyczyna tego leży w odmiennym punkcie wyjścia; kol. Sokołowski opierał się wyłącznie na obserwacyi klinicznej, która mojem zdaniem nie wystarcza dla rozstrzygnięcia wszystkich pytań, odnoszących się do kwestyi zaraźliwości suchot.

W istocie, Panowie, na suchoty płuc patrzą i badają je od wielu nie lat, ale wieków; najznakomitsi badacze zużywali swe siły na tym przedmiocie i ostatecznie nie przyczynili się wcale do zbadania istotnej natury tej choroby. Parę doświadczeń *Villémaina* i *Koch'a* nauczyły nas więcej niż wieki obserwacyi klinicznej. Nie na gruncie więc klinicznym szukać należy rozwiązania zagadki.

¹⁾ Sokołowski. O zaraźliwości suchot płucnych ze stanowiska klinicznego. *Gazeta Lekarska*. Nr. 30. 1883.

Tak się też na tę rzecz zapatrywał na zeszłych posiedzeniach i prof. B a r a n o w s k i ¹⁾, który z całą słuszością wypowiedział zdanie, że, przyjąwszy za punkt wyjścia pasorzytniczą naturę suchot, nie mamy już co mówić o ich zarażliwości, która jest faktem uznanym, ale winniśmy badać warunki, w jakich pasorzyt do ustroju się dostaje i w nim rozwija. Że zaś na suchoty inaczej dziś zapatrywać się nie można, o tem zaledwie że mówić można. Zresztą myliłby się ten, ktoby sądził, że dopiero od chwili odkrycia K o c h'a mamy prawo uważać suchoty jako chorobę zakaźną. Już od czasu sławnych doświadczeń V i l l e m a i n'a pojedynczy badacze wciąż podnoszą kwestyję zarażliwości suchot płucnych, a umysły tak już na korzyść tego poglądu przygotowane były, że w 1879 r. C o h n h e i m ²⁾ z całą stanowczością mógł powiedzieć, że musi przyjść chwila, w której badanie anatomiczne wykryje nam istnienie pasorzyta, właściwego suchotom płucnym. Nie długo, bo tylko trzy lata na potwierdzenie swych słów proroczych czekać potrzebował. Ale kiedy do okryć K o c h'a fakt zarażliwości suchot płucnych stawał się jako niezbędny postulat w umysłach światlejszych anatomo-patologów, to jednak nie było stanowczego dowodu na to, że przyczyną tej zarażliwości, a zatem i istotą choroby jest nic innego jak tylko najniższy ustrój roślinny. Wszak nawet tak światłe umysły jak V i r c h o w i G r i g e l o tem wątpiły. Od chwili odkrycia K o c h'a rzecz inny obrót przyjmuje; bo, chociaż wtedy, kiedy przez szczepienie gruźliczków lub plwociny suchotników otrzymywano gruźlicę i suchoty płuc, nie można było wątpić o zarażliwości tej choroby, to jednak istotę tej zarażliwości można było upatrywać już to w pasorzytach już innych jakichbądź produktach, zawartych w gruźliczych masach lub plwocinie. Ale od chwili, kiedy K o c h ³⁾ wynalazł pasorzyt stale w gruźliczych masach się znajdujący, kiedy dalej pasorzyt ten wyhodował i co najważniejsza, kiedy przez zaszczepienie samego pasorzyta, bez innych jakich bądź domieszek zdołał setki razy wywołać gruźlicę u zwierząt, kiedy wreszcie badania K o c h'a potwierdzone zostały w całej rozciągłości i przez innych badaczy, a mianowicie R a y m o n d'a i A r t h a u d ⁴⁾, oraz W a t s o n'a - C h e y n e'a ⁵⁾, odtąd wszelka wątpliwość znikła i pasorzytnicza natura suchot stała się faktem, przeciwko której oponować myślącemu lekarzowi nie wolno. Wprawdzie nowy ten obrót nauki wprowadza nas, Szanowni Panowie, w niemaly kłopot, z wieloma dotychczasowymi naszymi pojęciami rozbrat nam wziąć wypada, do wielu innych przyzwyczaić się potrzeba będzie, ale rozumny postęp nie polega na negowaniu faktów dla tego tylko, że nie zgadzają się z naszymi dzisiejszymi pojęciami i my więc starać się winniśmy badać suchoty w świetle teorii pasorzytnicznej, a możemy być pewni, że wiele rzeczy, które dziś są dla nas zagadkami, kiedyś rozjaśnione być muszą.

1) Pam. Tow. Lek. T. 79. Z. III, str. 604 i następ. Spraw z pos. z dnia 1 Maja 1883.

2) Die Tuberkulose von Standpunkt der Infectionslehre.

3) Spr. M a y z l a w Gaz. Lek. Nr. 46. 1882.

4) Arch. gen. de méd. Kwiecień. 1883. Streszcz. w Kr. Lek. Nr. 11. oraz w Gazecie Lekarskiej. Nr. 24. 1883.

5) Deutsch. med. Woch. Nr. 28. 1883.

Co do mnie, Panowie, to nie tuszę sobie bynajmniej, abym jaką bądź zagadkę rozwiązać był w stanie, tem bardziej, że nie rozwiązał jej żaden z tylu uczonych, którzy już w tej sprawie głos zabierali. Zamiarem moim jest pokazać jedynie drogę, po której iść winniśmy, chcąc rozwiązać te wszystkie pytania, jakie się narodziły z chwilą uznania suchot jako choroby pasorzytniczej.

Wybaczcie mi, Szanowni Panowie, że pominię milczeniem całe odkrycie K o c h'a, prognostyczne i dyjagnostyczne znaczenie odkrytych przezeń laseczników, zresztą dzięki demonstracyjom prof. H o y e r'a, który, miło mi to przyznać, pierwszy u nas zajął się poszukiwaniem laseczników, dzięki dalej obszernym i wyczerpującym sprawozdaniem kol. M a y z l'a, pomieszczonym w „Gazecie Lekarskiej“¹⁾, dzięki wreszcie kilku oryginalnym pracom, pomieszczonym również w „Gazecie Lekarskiej“²⁾, znajomość tych faktów stała się u nas już tak powszechną, że dziś badanie laseczników gruźliczych przyjętem zostało nie tylko na wszystkich naszych klinikach, ale nawet w niektórych oddziałach szpitalnych. Moje zadanie jest inne; ja chcę zastosować do suchot płucnych tę metodę badania, jaką stosujemy do innych chorób zakaźnych; chcę skorzystać z faktów, których nam biologija i patologija doświadczalna dostarczyła o najniższych organizmach, aby tą drogą zyskać dane, na których by się mógł wznieść przyszły gmach leczenia i zapobiegania suchotom płucnym.

Pierwsze pytanie, które rozpatrzyć należy, będzie: z kąd i którądy lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju człowieka?

Aczkolwiek warunki życia lasecznika gruźliczego mało nam są znane, tyle jednak z badań K o c h'a³⁾ oraz R a y m o n d'a i A r t h a u d'a⁴⁾ wiadomo, że pasorzyt ten rozmnaża się powoli, trudno i co najważniejsza, że dla życia wymaga ciepłoty od 30 do 42° C., skutkiem czego jedynie w ustroju ludzi i zwierząt znajduje odpowiednie warunki dla wzrostu. Wiadomo Sz. Panom, że istnieją jedne takie pasorzyty, które odradzają się jedynie w ustroju zwierzęcym, jak np. pasorzyt ospy, odry, przymiotu, kiedy inne rozradzają się już to wyłącznie w gruncie (zimnica), już też częściowo jak na np. tyfus brzuszny. W tej klasyfikacji lasecznik gruźliczy należy do pierwszej grupy, a więc razem z pasorzytem ospy, odry, przymiotu nazwany być może „*endantrop*“. I to również Panom wiadomo, że pasorzyty cechują się tem, iż nietylko przenoszone być mogą za pomocą płynów organicznych, w których się odradzają, ale że zachowują swą siłę i po wysuszeniu, wskutek czego dostawać się mogą wraz z powietrzem do ustroju. Dawniej nadawano ważne znaczenie temu, czy zarazek dostaje się do ustroju z powietrzem, czy też przeniesiony zostaje z płynem organicznym, rozróżniając t. zw. *contagium volatile* i *fixum*. Dzisiaj wiemy, że podział ten nie ma żadnego znaczenia, zarazek każdej choroby może być zarówno *fixum* jak i *volatile*, t. j. jeżeli jedne choroby szerzą się więcej drogą,

1) Gaz. Lek. Nr. 46. 1882, dalej Nr. 17. 1883.

2) B u j w i d. Gaz. Lek. Nr. 11. i 34. 1883

J a k o w s k i. G. L. Nr. 10. 1883.

S z w y k o w s k i. G. L. Nr. 11. 1883.

3) l. c.

4) l. c.

że tak powiem, suchą, inne mokrą, bo zależy to jedynie od tego, w jakich narządach ustroju ich pasorzyty się rozwijają. A więc te, które się umiejscowiają na skórze, po jej złuszczeniu się (odra. szkarlatyna), lub po zaschnięciu strupów (ospa) dostają się wprost do powietrza, a ztamtąd i do ustroju; istotnie wiemy, że nieraz dość jest kilkuminutowego pobytu przy chorych na odrę płonicę lub ospę, aby się zarazić. Inne jak np. przymiot rozszerzają się jedynie na drodze mokrej, a ponieważ w takim stanie spotykają się z powierzchniami ciała mającemi dobrą ochronę w wielowarstwowym nabłonku, dla wniknięcia więc do ustroju potrzebują się zetknąć z raną (*inoculatio*).

Mamy jednak wszelkie prawo przypuścić, że i przymiot rozszerzać się może drogą t. zw. suchą; jeżeli zaś w praktyce z tego rodzaju przypadkami się nie spotykamy, to zdaniem mojem zależy od tego, że 1-o pasorzyt przymiotowy, jak to sądzić można z długiego jego okresu wylegania, rozwija się powoli, trudno, a co zatem idzie, potrzebuje być wprowadzony do ustroju w większej ilości i znaleźć bardzo dla siebie dogodne warunki; 2-o wytwory przymiotowe położone są w głębokich narządach, które na zewnątrz nie komunikują, a więc z których pasorzyty do powietrza dostawać się nie mogą: tam zaś, gdzie sprawa przymiotowej ulegają części zewnętrznie położone, tam mamy zawsze do czynienia z owrzodzeniami, mało wydzielającemi ropy, ale zawsze wilgotnemi, z których więc jak to później zobaczymy schizomycety w powietrze unosić się nie mogą. To samo da się powiedzieć i o laseczniku gruźliczym, może on się dostawać do ustroju na drodze mokrej i suchej. Pierwszy sposób u zwierząt tysiące razy został wykazany przy doświadczeniach nad szczepieniem gruźlicy; u ludzi zaś jeżeli zakażenie zdarza się tą drogą, to bardzo rzadko, co: jak już K o c h zauważył, pochodzi ztąd, że lasecznik gruźliczy rozwija się powoli i potrzebuje szczególnej ochrony, czego u ludzi na zranionych powierzchniach nie znajduje. Zresztą znajdujemy wskazówki, że i ludzi małe ranki mogą być drogą dla wnikania laseczników; tak np. L a e n n e c ¹⁾ opowiada, że robiąc sekcję chorego zmarłego na gruźlicę stosu kręgowego, skaleczył się w palec i że na miejscu rany powstał guzik, mający wszystkie cechy gruzelka, który wszelako po wypaleniu go kwasem zupełnie znikł. Jeszcze ciekawsze są spostrzeżenia L i n d m a n n'a ²⁾ który widział, że dwa razy po obrzezaniu, prawdopodobnie wskutek zarażenia się gruźlicą z ust operatora (duchownego żydowskiego), rozwinął się wrzód gruźliczy na napletku; jeden z tych chorych zmarł wkrótce na ogólną gruźlicę, chociaż dodać należy, że pochodził z rodziny usposobionej do gruźlicy ³⁾.

W każdym razie tę drogę u człowieka zupełnie wykluczyć można, tak że pozostają nam dwie tylko drogi, t. j. dla wilgotnych pasorzytów — kanał pokarmowy i dla suchych — płuca. Że pasorzyty przez płuca wnikać mogą do ustroju, o tem nie ma żadnej wątpliwości; co więcej można powiedzieć, że większa ich część tą drogą do ustroju się dostaje. Niektóre, jak np. pasorzyty zi-

1) *Traité de l'auscultation médiate etc.* str. 425. wyd. 2. 1879.

2) *Deutsch. med. Wochenschrift.* Nr. 30. 1883.

3) Wiadomo, że i L a e n n e c umarł na suchoty; byłoby jednak zbyt śmiało upatrywać przyczynowy związek pomiędzy tem przypuszczalnym zakażeniem a późniejszą chorobą.

mniczy wprost inaczej niemal że nie mogą wnikać; co do innych, to chociaż nie można zaprzeczyć, aby nie mogły wraz z pokarmami dostawać się do ustroju. to w każdym razie ten sposób zarażenia ustroju należy do wyjątków; szczególnież czas by już był, aby biedną wodę uwolniono od zarzutu, że jest przenośnikiem zarazków. Dla lasecznika gruźliczego w szczególności patologija doświadczalna dostarczyła nam tak obfitego materiału, że ani wątpić można o dostawaniu się jego przez płuca do ustroju. Zarówno T a p p e i n e r ¹⁾, jak B e r t h e a u ²⁾, a wreszcie i W e i c h s e l b a u m ³⁾, robiąc zwierzętom inhalacje już to z rozpylonej plwociny, już z gruźliczych mas, już wreszcie ze zserowaciałych gruczolów chłonnych (z wyjątkiem T a p p e i n e r'a) zdołali zawsze i prawie napewno wywołać ogólną gruźlicę płuc; w doświadczeniach W e i c h s e l b a u m'a dość było dla tego nieraz jednego jedynego wzięwania. Jeszcze więcej budzą interesu doświadczenia V e r a g u t h'a ⁴⁾, wykonane pod kierunkiem K l e b s'a; autor ten nie robił zwierzętom inhalacyj, ale nasyczał skrzynki, w których takowe przebywały gruźliczą plwociną i w krótkim czasie u zwierząt, oddychających takim powietrzem, wykazywał w pęcherzykach płucnych laseczniki gruźlicze, albo swobodnie leżące, albo takie, które w tkankę płuca już przeniknęły. Ostatecznie, sądzę, rozstrzygają wątpliwości doświadczenia D i e u l a f o y i K r i s h a b e r'a ⁵⁾, którzy wykazali, że małpy przez proste pożycie w jednej izbie z małpami dotkniętymi gruźlicą dostawały też choroby, kiedy tymczasem inne, tylko w dobrych warunkach żyjące, pozostawały zawsze od niej wolnemi. Mamy więc niewątpliwie drogę, przez którą pasorzyty gruźlicze do ustroju się dostają; na korzyść takiego początku gruźlicy przemawia i ten fakt, że płuca tak często są siedliskiem zmian gruźliczych. W tym względzie wszelako winienem zrobić pewne zastrzeżenie; niektórzy autorowie, a w szczególności C o h n h e i m w swej pracy ⁶⁾, która tak wielki wpływ na szerokie koła lekarskie wywarła i nie mało je usposobiła do uznania suchot za chorobę zakaźną, wypowiada zdanie, że pasorzyt gruźliczy tam najpierw działanie swe objawia, któredy do ustroju się dostaje, że więc tak częsty udział w płucach w sprawie gruźliczej przemawia stanowczo za tem, że pasorzyt tą drogą wnika do ustroju. Nie ulega wątpliwości, że w znacznej części przypadków, a mianowicie też przy szczepieniu, najpierw na miejscu zaszczepieniu rozwija się gruźlica, poczem dopiero pokazuje ich się więcej w innych narządach. Tego jednak za bezwzględne prawo uważać nie można. W największej liczbie chorób zakaźnych, w których pasorzyty niewątpliwie przez płuca do ustroju wnikają, nie mamy żadnych zmian w płucach (np. zimnica, ospa). Co więcej mamy cierpienia, o których gruźliczej naturze i tożsamości z suchotami dziś już wątpić nie można, znajdowano

1) Virchow's Arch. T. 73. ref. w Centr. f. d. med. Wiss. Nr. 17. 1879; prócz tego w Deutsch. Arch. f. klin. med. T. 29. ref. w Centr. f. die m. M. Nr. 6. 1882.

2) Deutsch. Arch. f. kl. Med. T. 26 ref. w Centr. f. die wiss. Med. Nr. 17. 1881.

3) Centr. f. die Wiss. med. Nr. 19. 1882.

4) Verhandl. des Congr. f. innere Med. Zweiter Congr. 1883. str. 53.

5) Archives de Physiologie Nr. 3. spr. w Kr. Lek. Nr. 10. 1883 przez H e w e l k e g o.

6) Die Tuberkulose etc.

w nich bowiem laseczniki gruźlicze, a mianowicie t. zw. skrofuliczne obrzmienia gruczołów chłonnych i zapalenia kości; tutaj pasorzyt. bez względu na drogę (płuca, kanał pokarmowy), przez którą wniknął do ustroju, nie zostawił na swej drodze żadnych śladów swego istnienia. To też przyjąć należy, że lasecznik gruźliczy, wniknąwszy do ustroju, rozradza się w tym narządzie, w którym znajduje najdogodniejsze dla siebie warunki; na czym te warunki polegają, oczywiście dokładnie nie wiemy i możemy ich tylko mniej lub więcej się domyślać, o czym zresztą niżej jeszcze będę miał sposobność powiedzieć.

Po tem zastrzeżeniu wracam do drugiej drogi, przez którą lasecznik gruźliczy wnikać może do ustroju, t. j. do kanału pokarmowego. Jeżeli możliwość wnikania pasorzytów przez płuca nie ulega żadnej kwestyi, to natomiast wnikanie ich przez kanał pokarmowy nasuwa pewne poważne wątpliwości. Poważny bardzo autor, jedyny może, który dotychczas przedstawił całokształt nauki o pasorzytniczej teorii chorób, *N a e g e l i* ¹⁾ jest zdania, że kwaśne oddziaływanie soku żołądkowego, a następnie żółć nie dozwala schizomycetom rozwijać się w kanale pokarmowym, że więc tą drogą zarazki chorób do ustroju wnikać nie mogą. Przeciwnie doświadczenie nie potwierdziło tego poglądu. W najnowszej i jedynej doświadczalnej w tym przedmiocie pracy *F a l c k* ²⁾ wykazał, że gruźelki przetrawione przez całą dobę w rozmaitych sokach kanału pokarmowego, nic ze swej siły nie tracą i zaszczipione królikom wywołują u nich jak najzupełniejszą ogólną gruźlicę. Tak więc ze strony chemicznej pasorzyty nie napotykają w kanale pokarmowym przeszkody dla wnikania do ustroju. Czy nie przeszkadzają im mechaniczne warunki, a mianowicie większa grubość błony śluzowej, na co się powołuje *N a e g e l i*, trudno jest powiedzieć, mamy wszelako pewne prawo sądzić, że istotnie wnikanie pasorzytów nie odbywa się w kanale pokarmowym tak żywo jak w płucach. Tak np. *B u c h n e r* ³⁾ dowiódł, że przy karmieniu królików sporami karbunkulowemi zwierzęta pozostają zdrowe, ale ich wypróżnienia posiadają własność zarażania innych królików: tu więc pasorzyty przechodzą niezmienione przez kanał pokarmowy, ale też i do ustroju nie wnikają. Rzadkość zmian gruźliczych w żołądku i górnej części kiszek cienkich także przemawia za tem, że laseczniki gruźlicze napotykają na jakąś przeszkodę w kanale pokarmowym; chociaż temu ostatniemu względowi zbyt ważnego znaczenia nadawać nie należy z powodu, o którym wyżej mówiłem. Z drugiej jednak strony istnieją i fakta, przemawiające na korzyść tego, że i kanał pokarmowy może być wrotami dla przechodzenia pasorzytów. Znane są przykłady, w których choroba bardzo zbliżona, jeżeli nie zupełnie identyczna z tyfusem brzuszny, powstawała wskutek spożycia zarażonego mięsa; przypominam tylko o powszechnie znanych dwóch epidemijach szwajcarskich, a mianowicie w *A d e l f i n g e n* i *K l o t t e n*; lekarze angielscy opisują wiele epidemij tyfusu, powstałych wskutek przemieszczenia się zarazka za po-

1) *Niższe grzyby i ich rol w zarazitelnych bolieźniach*; przekład z niemieckiego. 1879.

2) *Virch. Arch.* T. 93. 1883.

3) *Ueber die Bedingungen des Ueberganges von Pilzen in die Luft etc.* w *Zur. Act. der Infectionskrankh.* München. 1881.

mocą mleka. Nadto wprost i pod względem gruźlicy mamy także dodatnie dowody; doświadczenia mianowicie nad karmieniem zwierząt produktami i mlekiem, pochodzącym z krów dotkniętych perlicą, chorobą, o której związku z gruźlicą jeszcze niżej będzie mowa, dowiodły, że pasorzyty wnikać mogą i przez kanał pokarmowy. Orth i Aufrecht¹⁾ widywali zawsze przy tem wybuch ogólnej gruźlicy, natomiast Virchow²⁾ i Siedamgrotzki³⁾, który przemawiał w imieniu komisji, wysadzonej przez saskie Ministerystwo rolnictwa, twierdzą, że wybuch gruźlicy nie zawsze się zdarza, nie mogą jednak zaprzeczyć, że czasami bywają przypadki, w których przyjąć należy możliwość zarażenia skutkiem użycia mleka lub mas gruźliczych z krów, dotkniętych perlicą. Ostatecznie więc powiedzieć należy, że chociaż pasorzyty znajdują w ogóle w kanale pokarmowym więcej przeszkód aniżeli w płucach, to jednak przyjąć należy, że, jeżeli w pokarmach znajdzie się ich dużo, wtedy mogą przenikać do ustroju i zarażać go gruźlicą. Nie należy też zapominać, że jeżeli błona śluzowa kanału pokarmowego pozbawiona będzie nabłonka, wtedy wnikanie pasorzytów o wiele będzie łatwiejsze. Czy wtedy pierwszym objawem choroby mają być owrzodzenia w kiszkiach i gruczołach kręzkowych (*phtisis mesaraica*), jak to mianowicie tak często widzujemy u dzieci, tego na pewno nie wiemy; sądzę wszelako, że nie należy zbyt wyłącznie z umiejscowienia zmian sądzić o drodze, przez którą wnikły pasorzyty do ustroju i odwrotnie. Tak na tę rzecz zapatruje się i Klebs⁴⁾, który idzie może nawet zbyt daleko, twierdząc, że wszystkie przypadki gruźlicy powstają wskutek zarażenia się przez kanał pokarmowy.

(C. d. n.)

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

II. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisał

Henryk Pacanowski

Asystent kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Z tem wszystkiem jednak, lubo uznajemy zgrubienia zapalne we wsierdzu u naszego chorego za najgłówniejszy warunek powstania otworu w przegrodzie międzykomórkowej, musimy wszelako wyrazić pewne zastrzeżenie odnośnie do pojmowania natury owego zapalania. Dawniejsi autorowie, jak Meyer, Kussmaul i t. d. ograniczają się na dowolnem wyrażeniu „endo-

1) Path. Mittheilungen; ref. w C. f. d. med. Wiss. Nr. 3, 1882.

2) Ber. kl. Woch. 1880. Nr. 14 i 15.

3) Arch. f. wiss. Thierheilk. T. 8 ref. w C. f. d. med. Wiss. Nr. 31, 1882.

4) Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

carditis”, bez dokładniejszego objaśnienia, jakie mianowicie zapalenia pod tą nazwą rozumieją. Jest to pytanie nader ważne.

Co właściwie pojmujemy pod nazwą „zapalenia wsierdza”? Tu, jak w każdym innym zapaleniu, mamy przede wszystkim przekrwienie, rozpulchnienie tkanki, a następnie wysięk, który po pewnym czasie dalszym ulega zmianom, jako to przeistoczeniu tłuszczowemu, zwapnieniu i t. p., albo też następuje owrzodzenie z częściowym zniszczeniem zastawek lub pozostałych części wsierdza; jest to więc sprawa niszcząca, rozpadowa. Napotykamy ją zwykle przy wysypkach ostrych (tyfus, ospa i inne), gorączce pługowej, ropnicy i posocznicy; do niej należy także t. zw. dyfterytyczne czyli pasorzytne zapalenie wsierdza (*endocarditis mycotica vel diphtheritica*); przebiega ostro, gwałtownie, z objawami gorączkowymi, daje zatory w różnych narządach i często kończy się śmiercią. Lecz obok takiego właściwego zapalenia znaną jest druga postać, tak zwana sprawa wytwórcza czyli hyperplastyczna, która i anatomicznie i klinicznie zupełnie się różni od poprzedniej. Na te różnice już przed 20-tu przeszło laty zwrócił szczególnie uwagę Lamb l¹⁾, którego poglądy podzielał również L u s c h k a. Według L a m b l a sprawa wytwórcza jest wręcz przeciwną zapaleniu wysiękowemu z owrzodzeniem, gdyż polega nie na rozpadzie części składowych wsierdza, lecz na tworzeniu się tkanki s t a ł e j, pozostającej biorącej początek z komórek wsierdza. Nowa tkanka rośnie coraz dalej, czerpiąc swój materiał odżywczy z tych samych, co i wsierdzie, źródeł; składa się albo z samych tylko komórek, albo tworzy tkankę łączną, bądź więcej jednolitą, szklistą, bez wyraźnej budowy, bądź włóknistą, zbitą nawet z domieszką włókien sprężystych. Kształt tych wyrosli bywa rozmaitym: w postaci guziczków, brodawek, stwardnień modzelowatych, wreszcie blaszek lub nitek ścięgnistych.

Tak więc różnica pomiędzy obydwoma postaciami zmian wsierdza: zapaleniem rozpadowym i sprawą wytwórczą, jest ogromną. Pierwsze rozwija się nagle, widocznie, gwałtownie; druga — powoli, stopniowo, skrycie, nawet bez wiedzy chorego niemal. Tam istnieje wysięk, który nie tylko nie może służyć do wytwarzania nowej tkanki, lecz przeciwnie, powodując zaburzenia w odżywianiu, przyczynia się do niszczenia dawnej), tu natomiast widzimy prawidłowy rozwój jednej komórki z drugiej, bez pośrednictwa jakiegokolwiek wysięku.

Otóż w naszym przypadku możemy przypuścić istnienie podobnego stanu rzeczy, który więc nazwiemy nie „zapaleniem wsierdza“, lecz po prostu r o z r o s t e m (*hyperplasia*). Musiał on powstać koniecznie przed końcem drugiego

¹⁾ L a m b l. Aus dem Franz-Joseph Kinder-Spitale. 1860. str. 152 i nast..

²⁾ Coś podobnego spotykamy także na innych błonach surowiczych. Zrosty opluonej znajdujemy przy oględzinach pośmiertnych bardzo często, gdy tymczasem za życia chorego weale zapalenia opluonej nie przechodził. Tak samo u naszego chorego zrosty sieci (*omentum*) z brzo-
giem wątroby zależały jedynie od ustawicznego leżenia na prawym boku, a blaszki ścięgniste na osierdzu od tarcia prze rosiej prawej komórki o listek zewnętrzny tegoż.

miesiąca życia zarodkowego, a wpłynął nań być może—*sit venia verbo* — gościec, jaki w tym czasie przechodziła matka chorego.

Sprawa rozrostowa rozpoczęła się zapewne pierwotnie albo na wsierdziu lejka tętnicy płucnej, albo na niedokończonej przegrodzie międzykomórkowej i ztąd mogła się posunąć dalej na zastawkę trójdzielną, oraz na ujście tętnicy płucnej. Dla czego jednak przeszkodziło to przegrodzie zarosnąć? Owszem zdawałoby się odwrotnie; w obec rozrostu wsierdza, a więc powiększonego odżywiania i produkcji, nie utworzona jeszcze górna część przegrody międzykomórkowej powinna była raczej daleko prędzej się ukończyć. Lecz mniemanie takie jest tylko pozornie słusznem. Musimy bowiem zważyć, że 1) zgrubienia, otaczające dokoła otwór w przegrodzie, były to zbite, twarde, modzełowate masy, posiadające mało żywotności i w których naczynia zazwyczaj ulegają zanikowi; 2) przegroda wyrasta prawidłowo w kierunku prostopadłym od dołu ku górze, gdy tymczasem rozrost wsierdza w postaci blaszek ścięgniętych odbywa się przeciwnie po powierzchni, a zatem w innym zupełnie kierunku; 3) wreszcie, obok tych dwóch głównych powodów, dalszą przeszkodą dla zamknięcia przegrody było skierowanie się krwi ku lewej komórce, skutkiem napotykaney przeszkody w lejku tętnicy płucnej, w którym blaszki zgrubiałego wsierdza zwięzły przeważnie dolny jego otwór, łączący go z właściwą jamą prawej komórki.

Rozrost wsierdza nie zawsze daje tkanki jednolite; w jednym miejscu tworzą się zgrubienia w kształcie błon, w innych w postaci twardego okrągłego sznurka (np. listek wewnętrzny zastawki trójdzielnej) lub guziczków, w których odkładają się sole wapienne (np. zastawki tętnicy płucnej u naszego chorego).

Zwężenie odnosiło się w naszym przypadku wyłącznie do lejka tętnicy płucnej (*resp.* dolnego obwodu), a więc odpowiadało temu, co *Kussmaul*¹⁾ jako odrębną formę pod nazwą „*stenose des conus*” opisał; *Rokitansky* nie zgadza się na to i przedstawia zwężenie lejka zawsze w połączeniu ze zwężeniem samej tętnicy płucnej. Natomiast, co się tyczy ujścia i pnia tętnicy płucnej u naszego chorego, to takiej budowy żaden z poprzednich autorów dotąd nie spostrzegwał. Mianowicie tętnica płucna była bardzo szeroką ze zgrubiałemi ściankami; średnica jej wynosiła 3½ centym. (aorty tylko 2) nawet ujście (*ostium*) tętnicy płucnej, lubo węższe od pnia (*truncus*) ze względu na zgrubienie zastawek, wąskiem nie było, ponieważ średnica jego wynosiła 3 etm. (ujście aorty 2½). Było tu więc tylko zwężenie ujścia względne, lecz rozszerzenie absolutne. Oprócz rozszerzenia ścianki tętnicy płucnej były bardzo grube, prawie dwa razy grubsze, niż w stanie prawidłowym. Podobny stosunkowo stan widzieliśmy także w najdrobniejszych rozgałęzieniach tętnicy płucnej na rozkroju mięszu płuc.

Ponieważ tętnica płucna zawiera krew żylną, przeto budowa jej w stanie prawidłowym bywa raczej do żył zbliżoną, to co *Kussmaul* nazywa „*venenartiger Beschaffenheit*”; tymczasem w naszym przypadku posiadała ona za-

¹⁾ *Kussmaul* l. c. str. 123 148.

pełnie cechy aorty; możnaby to nazwać *arterisatio*. Co wpłynęło na tak niezwykły jej przerost, trudno orzec. Sądząc z powyższego, należałoby wnosić iż główną przyczyną jest obecność w tętnicy płucnej krwi utlenionej z lewej komórki, czyli że tlen wywierałby wpływ drażniący na jej ścianki. Na podobny stan zwrócił już uwagę Bouillaud, który przy tętniaku żyłakowem (*aneurisma varicosum*) znajdował ścianki żył przerosłymi i zbliżonemi budową do tętnicznych, a to wskutek przepływania krwi z tętnicy do żyły. Obok tej przyczyny jednakże sądziłbym, iż do przerostu ścianki tętnicy płucnej mogło się przyczynić także nagromadzenie większej daleko, niż prawidłowo, ilości krwi w niej z powodu napływania tejże przez otwór w przegrodzie z lewej komórki, z drugiej zaś strony z powodu utrudnionego jej odpływu z tętnicy płucnej przy istniejącym ogólnym zastoju krwi żyłnej w ustroju (*resp.* małym napełnieniu aorty i tętnic całego ciała).

Jeśli więc po tem wszystkim, co powiedziałem, będziemy prawą komórkę wraz z wychodzącą z niej tętnicą płucną rozpatrywali w całości i porównamy z lewą, to przekonamy się, iż wzajemny ich do siebie stosunek był zupełnie odwrotnym: 1) komórka prawa przewyższała grubością swych ścianek lewą; 2) ujście i pień tętnicy płucnej były prawie dwa razy szersze od aorty; 3) blaszkowate zgrubienia na błonie wewnętrznej (*intima*) tętnicy płucnej zwykliśmy zawsze napotykać raczej w aorcie, która w naszym przypadku była przeciwnie zupełnie gładką.

Podobna budowa tętnicy płucnej jest zjawiskiem wyjątkowem. W znanych mi opisach nigdzie takiej spotkać nie mogłem. O ile wszyscy prawie autorowie znajdowali prawą komórkę przerosłą, o tyle tętnica płucna prawie zawsze była opisywaną jako węższa i cieńsza od aorty; rzadko szeroka i cienka, lub też zgrubiała i wazka. U Rokitańskiego w kilku przypadkach ze zgrubiałą tętnicą płucną lejek jej był rozszerzonym, a nie wązkim; to samo w przyp. 18 (str. 23) z prawidłowem ustawieniem tętnic i otworem w przegrodzie na 3 millim. szerokim (u jednomiesięcznego dziecka). W przyp. 23 (str. 29) rozszerzona tętnica płucna wychodziła z lewej komórki. Przytoczyłem kilka tylko faktów z Rokitańskiego, aby dowieść, że, bez względu na niezmiernie liczny materiał kazuistyczny, żaden z jego przypadków (jak również żaden z opisanych u innych autorów) nie był podobnym do naszego.

Teraz możemy z niejakiem prawdopodobieństwem przedstawić, w jakim kierunku strumień krwi szedł przez otwór w przegrodzie. Gdzie aorta i tętnica płucna wychodzą obie z prawej komórki, tam naturalnie krew iść musi z lewej do prawej; jeśli obie tętnice wychodzą z lewej, będzie odwrotnie. Gdy wszelako ustawienie ich będzie prawidłowem, lub gdy aorta jednocześnie z obu komórek bierze początek, pytanie jest trudniejszym do rozwiązania. U naszego chorego musiało bezwątpienia być i jedno i drugie, w dwóch różnych okresach życia, t. j. płodowym i zewnątrzmacicznym. W okresie pierwszym kierunek był z prawej do lewej komórki: 1) skutkiem zwięzienia lejka tętnicy płucnej; 2) ponieważ przegroda, oddzielająca właściwą jamę prawej komórki od lewej, była wypukłą na lewo; przeciwnie zaś w drugim okresie, po urodzeniu, kierunek był odwrotnym, a tym, a to wskutek zmienionych warunków krążenia: zam-

knięcia przewodu B o t a l'a i poczynającego się oddechania płucami. M e y e r jest przeciwnego zdania, twierdząc, iż raz ustanowiony w życiu płodowym kierunek z prawej komórki do lewej utrzymuje się i nadal. Że jednak w naszym przypadku kierunek rzeczywiście był odwrotnym, postaram się poprzeć następującymi dowodami:

1) aorta swem ujściem sterczała ponad otworem w przegrodzie tak, jak gdyby stanowiła bezpośrednie jego przedłużenie. Gdyby więc strumień szedł z prawej komórki do lewej, byłyby podczas skurczu serca wszelkie warunki do przeprowadzenia szmeru do aorty i tętnic szyjowych, czego u naszego chorego nie było; 2) rozszerzenie i zgrubienie ścianek pnia tętnicy płucnej nadawało tejże zupełnie cechy aorty. Jeśli przypuścimy, że prawa komórka oddawała lewej część swej krwi, w takim razie niepodobna byłoby objaśnić przerostu tętnicy płucnej, która musiałaby raczej być zwężoną i cienką; aorta natomiast, otrzymując więcej krwi, szeroka. 3) Z tego samego powodu nastąpił przerost prawej komórki, która, oprócz swej własnej, była zmuszoną wydalać do tętnicy płucnej część zawartości lewej komórki. 4) Zgrubienia na błonie wewnętrznej (*intima*) tętnicy płucnej świadczyły, że musiała otrzymywać daleko więcej krwi, niż aorta. 5) Górna część przegrody międzykomórkowej, tworząca tylną ściankę lejka tętnicy płucnej, była wyraźnie wypukłą na prawo, co zależało niewątpliwie od parcia krwi, idącej z lewej komórki do prawej. 6) Wreszcie przy t. zw. tętniakach przegrody komórkowej powstałych w życiu poporodowym takowa (*resp. pars membranacea*) również skierowana jest na prawo. (R o k i t a n s k y l. c. str. 141).

Pozostaje mi jeszcze zwrócić uwagę na inne drogi płodowe — *foramen ovale, ductus Botoli*. Nie posiadają one wybitnego znaczenia przy brakach częściowych przegrody, ponieważ znajdowano je raz otwartymi, to znów zamkniętymi. M e y e r tłumaczy pozostawanie po porodzie otworu, łączącego przedsionki sercowe, tem, iż z powodu małego napływu krwi do płuc przez zwężoną tętnicę płucną niewielka też ilość przechodzi do lewego przedsionka, który tym sposobem nie może z dostateczną siłą opierać się prawemu, zwłaszcza w obec znacznego zastoju w całym układzie krążenia płucnego; zbytnia ilość krwi z przepelnionego prawego serca przechodzi przez otwór owalny do lewego. To samo odnosi się do przewodu B o t a l'a, który nietylko pozostaje często otwartym, lecz nawet rozszerzeniu ulega, część krwi bowiem tędy przedostaje się z aorty do płuc. W tych zaś rzadkich przypadkach, gdzie M e y e r znajdował przewód zarosłym, tłumaczy on to zrównoważeniem krwiobiegu za pomocą rozszerzenia się *aa. bronchiales*.

W naszym przypadku nie mogę powiedzieć nic stanowczego o otworze owalnym, ponieważ podczas nieostrożnego wycinania serca przegroda przedsionkowa została niestety trochę uszkodzona. Co zaś do przewodu B o t a l'a, takowy był zanikłym i miał kształt powrózka, w którym od strony obu tętnic zachowały się małe zagłębienia jako ślad istniejącego niegdyś kanału. Zarosnięcie przewodu prawdopodobnie potęgowało jeszcze zastój w prawym sercu i płucach, oraz wpłynęło na tem większy przerost i rozszerzenie tętnicy płucnej.

Już po ukończeniu niniejszej pracy znalazłem przypadkowo artykuł Orth'a¹⁾ o obchodzącym nas przedmiocie, w którym tenże przedstawia opis dwóch spostrzeżeń. W obu były zgrubienia wsierdza prawej komórki. Szczególniej do naszego zbliżonym jest drugi przypadek (u 20-letniego mężczyzny). Dolny otwór lejka tętnicy płucnej otoczonym był ścięgnistym pierścieniem zgrubiałego wsierdza; sama tętnica nieco szersza, lecz i cieńsza od aorty; ustawienie ich względem siebie prawidłowe. Część błoniasta przegrody zachowana, otwór zaś mieścił się przed nią, w tylnym dziale przegrody przedniej.

Po omówieniu krytycznem istniejących teoryj autor dochodzi do tegoż wniosku co Meckel i Rokitański; mianowicie przypuszcza pierwotny niedorozwój przegrody obok prawidłowego ustawienia tętnic. Odrzuca on teoryję Meyer'a na tej głównie zasadzie, iż lejek tętnicy płucnej, którego tylną ściankę, jak dowiódł Rokitański²⁾, stanowi przedni dział przedniej przegrody, wytwarza się u zarodka jednocześnie z tylną częścią przedniej przegrody (str. 543), a zatem zgrubienia wsierdza, znalezione w obu przypadkach, nie mogły powstać wcześniej i przeszkodzić zarosnięciu przegrody. Otóż pod tym względem autor jest w błędzie, Rokitański bowiem na str. 79 wyraźnie mówi: „Das Septum ventr. inserirt sich an den beiden Atrioventricularlippen und zwar so, dass es sich vorne an dem rechtsseitigen Ende der vorderen Lippe verläuft. Von hier greift es als vorderer Septumschenkel an den Truncus arteriosus“. „Dabei hat es oben einen von der hinteren Lippe bis hierher reichenden Defect“. A niżej: „Nun giebt es von hier ab noch eine Strecke, welche hinten an die eben angedeutete Stelle am rechtsseitigen Umfange des Truncus, die nach der Scheidung desselben an die Aorta geriehet, reicht, innerhalb welcher der Defect noch nicht ausgefüllt ist. Es ist in diesem Stadium die Lungenarterie definitiv in den rechten Ventrikel gelangt, die Aorta aber steckt auch noch im demselben oder gehört noch bei den Ventrikeln an“. Na str. 126 zaś Rokitański mówi o brakach w przedniej części przedniej przegrody: „Der Zeitpunkt der Hemmung (des vorderen Schenkels in der Richtung des Septum Trunci) muss in eine der Vollendung des hinteren Theiles des vorderen Septums vorangehende Periode fallen“.

Widzimy więc, iż utworzenie się tętnicy płucnej, a w szczególności jej lejka, następuje wcześniej, zanim tylna część przedniej przegrody zostaje ukończoną.

NOTATKI LEKARSKIE.

27. Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznej (*paraplegia hysterica*) u mężczyzny.

Jak to powszechnie wiadomo. porażenia kończyn dolnych spostrzegane bywają stosunkowo dosyć często u kobiet histerycznych. Choroba ta, chociaż bardzo rzadko, napotyka się jednakże również i u mężczyzn, nawet w najbardziej typowej formie, jak o tem liczne opisy pomieszczone w specjalnych pra-

¹⁾ Orth. Zwei Fälle von Defect im Septum ventr. nebst Verengerung der Lungenarterienbahn. (Virch. Archiv Bd. 82. str. 529).

²⁾ Rokitański. Die Defecte der Scheidewände des Herzens etc.

cach pod tym względem świadczą: do rzadkich jednakże przypadków należą porażenia kończyn dolnych u mężczyzn historyków, jak to właśnie miałem sposobność spostrzegać temi czasy tego rodzaju przypadek na moim oddziale w szpitalu, a które pokrótce do wiadomości Sz. Czytelników podaję.

R. oficyjalista prywatny, lat 29 mający, przybył do szpitala d. 6. XII. 1882 z powodu bezgłosu i silnej duszności od kilku tygodni trwającej. Chory wśród niezwykle silnej duszności, ledwo dosłyszalnym szeptem opowiedział nam następujący przebieg. W dzieciństwie często bardzo zapadał na kaszel; z czasem kaszel ustąpił zupełnie, pozostał jednakże stale nieznaczny brak tchu; zresztą innych chorób wcale nie przechodził. Przed niespełna miesiącem w czasie pobytu w Wiedniu uległ mocnemu zaziębieniu, zaczął mocno kaszlać i nieco ochryplę; w czasie tejże choroby nagle dowiedział się o śmierci swego przyjaciela, co go w niezwykle sposób przeraziło i od tej chwili stan jego znakomicie się pogorszył, duszność wzmogła się znacznie, głos zupełnie zniknął; w tym stanie przywieziono go do Warszawy. Przy badaniu chorego znaleźliśmy stan następujący. Stan bezgorączkowy, duszność niezwykle silna, chory leżeć nie może, od kilku dni zupełna bezsenność. Ogólne odżywianie licke, dość znaczny stopień bezkrwistości, badanie klatki piersiowej wykazało granice płuc nieco poniżone, nigdzie objawów zgęszczenia, wszędzie słyszeć się daje słaby oddech pęcherzykowy, nigdzie rzeżeń nie słychać, tony serca dosyć słabe lecz czyste, granice serca nie powiększone.

Badanie krtani wykazało: lekkie zaczerwienienie jednostajne obu strun głosowych prawdziwych, jakoteż na głośni i tylnej ścianki, silne porażenie mięśni głośni wiezowej i chrząstkowej (*paresis musculorum glottidis*). Kaszel nieznaczny ze skąpą śluzową plwociną. Język czysty, brak łaknienia zupełny, brzuch zapadnięty, bezbolesny z wyjątkiem okolicy dołu biodrowego lewego, przy ucisku której występuje silna bolesność, oraz znaczne wyprężenie się chorego. Śledziona prawidłowa, stolce prawidłowe. Kolumna kręgową, szczególnie w części środkowej bolesna przy dotykaniu, przy mocniejszym nacisku występuje podobnie wyprężanie się całego ciała, jak i przy dotykaniu wyżej wzmiankowanej okolicy brzucha. Chory niezwykle osłabiony głównie bezsennością nocami, podnieść się z łóżka prawie nie może; mocz czysty, białka nie zawiera; choremu zaleciłem bromek potasu w połączeniu z wodanem chlorału. Tegoż dnia w nocy po kilku godzinach zupełnej bezsenności u chorego wystąpił silny napad nerwowy; chory w przeciągu godziny doświadczał co kilka minut silnego wyprężenia się całego ciała, jednocześnie duszność wzmagała się znacznie, przybierając od czasu do czasu charakter oddechu *Cheyne-Stoke's'a*, przytomność przytem pozostawała zupełna. W ciągu całego tygodnia stan chorego pozostawał bez zmiany; pod wpływem chlorału spał on wprawdzie nieco, napady jednakże powyżej opisane (z których jeden sam widziałem) występowały codziennie nawet po kilka razy dziennie w różnym stopniu natężenia, poczynając od lekkiego wyprężania się aż do niezwykle silnych wyprężeń trwających prawie godzinę, przy których chory przygryzał z bólu sobie język. Widząc bezskuteczność środków zalecanych (chlorał, bromek potasu, środki odciągające i t. p.), a przytem przyjmując napady owe za czysto hysteryczne, postanowiłem podziałać na chorego psychicznie i w tym celu wobec mocno wystraszonej rodziny chorego, silnie go wykrzyczałem, mówiąc mu, że powinien stanowczo zapamiętać nad sobą, udaje bowiem więcej aniżeli naprawdę jest chory. Środek ten w istocie poskutkował; na drugi dzień rano głos choremu powrócił zupełnie, opowiedział mi przytem zupełnie czystym głosem, że czuł się tak dotkniętym moimi wymówkami, że postanowił użyć całej siły woli, aby nie dopuścić do rozwoju napadu i w istocie pasował się kilka godzin sam z sobą przy poczynających się wyprężeniach ciała i zawsze przy silnym wysiłku był w stanie nie dopuścić do rozwoju zupełnego napadu, wreszcie około północy niezwykle

zmęczony zasnął i pierwszy raz bez pomocy chloralu przespał kilka godzin, obudziwszy się ku swojemu wielkiemu zdziwieniu z zupełnie czystym głosem; jednocześnie i duszność ustąpiła, a chory oddechał prawidłowo; jednym słowem z wyjątkiem silnego osłabienia, choremu nic więcej nie dolegało. Przy dotykaniu jednakże wyżej wzmiankowanej okolicy brzucha występowało lekkie wyprężenie tułowia, a chory jednocześnie stawał się mocno niespokojnym. Od tej pory stan chorego poprawiał się z dnia na dzień, siły wzmagaly się, duszność nie wracała wcale, sen i łaknienie były wyborne, od czasu jednakże do czasu występowało jeszcze lekkie wyprężenie tułowia. Chory w końcu Grudnia w zupełnie dobrym stanie opuścił szpital.

Jednakowoż po upływie zaledwie trzech tygodni znowu przywieziono go do szpitala, chory bowiem, będąc zupełnie zdrowym przez dwa tygodnie, w trzecim tygodniu po jakimś przejściu moralnem zaczął znowu doznawać napadów duszności i wyprężania tułowia coraz silniej się wzmagających jednocześnie i głos zniknął zupełnie. Dnia 21 Stycznia znalazłem stan następujący: chory był niemal zupełnie obezwładniony, w stanie apatycznym, nic nie mówi. Przytomność zupełna, stan bezgorączkowy, tętno 60, oddech silnie utrudniony; od kilku dni bezsenność zupełna, język suchy, brak łaknienia zupełny, od czasu do czasu szczególnie w nocy występują napady duszności i wyprężanie tułowia podobne do wyżej szczegółowo opisanych. Choremu zalecono bromek potasu, oraz kozłek (*valeriana*). W ciągu dnia następnego napady występowały rzadziej, głos powrócił raptownie. W ciągu kilku dni następnych znowu napady się wzmożyły, chory leży bezwładnie, nic wziąć do ust nie chce; w dniu 27 rano znowu utrata głosu, chory leży apatycznie; przy ucisku na okolice biodrową lewą występuje silne wyprężenie tułowia; toż samo lecz w mniejszym stopniu przy ucisku na kolumnę kręgową. Zalecono wyjodynować silnie skórę wzdłuż kolumny kręgowej, wewnątrz *inf. valerianae*; taki stan niemal bez zmiany trwał do pierwszych dni Lutego; chory literalnie w ciągu ostatnich dni nic do ust nie brał; wycieńczył się on niezwykle, sen jednakże nieco powrócił, napady stawały się rzadkimi, bezgłos trwał ciągle. Poczynając od 8 Lutego stan zaczął się powoli poprawiać, napady ustąpiły, łaknienie wróciło, toż samo sen, chory stopniowo przychodził do sił. 18 Lutego po silnym przestachu (napad manijakalny u sąsiedniego chorego) znowu wystąpiła silna duszność i znaczniejsze osłabienie. 22 Lutego głos wrócił raptownie, siły coraz lepsze, sen dobry, tak samo łaknienie.

W ostatnich dniach Lutego chory czuje się coraz lepiej, próbował wstać po raz pierwszy z łóżka, uczuł jednakże, że tego uczynić nie jest w stanie, nogi bowiem były prawie zupełnie bezwładne. Badanie szczegółowo wykazało: chory ustać na nogach prawie zupełnie nie może, upada natychmiast. Czucie na stopie prawej i goleni szczególnie na stronie wewnętrznej znacznie osłabione, istnieje niemal zupełna analgezyja; toż samo spostrzegać się daje na prawej ręce, a przeważnie w wysokim stopniu na całej powierzchni małego palca i połowie palca następnego. Na lewym udzie i innych miejscach prawej połowy ciała czucie prawidłowe. Cała lewa połowa ciała wykazuje jednostajny, nieznaczny stopień niedoczulości (anestezji). Przy ucisku na obie okolice dołów biodrowych, a szczególnie lewego występuje silne wyprężanie tułowia. Odruch kolanowy w prawej nodze wzmożony, w lewej prawidłowy. Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zaburzeń nie ma. W ciągu tygodnia siła w nogach nieco się poprawiła; chory był w stanie przy pomocy kul nieco chodzić. 5. III. chód lepszy, chociaż przy wstawaniu chory mocno się chwieje i upada, chcąc stąpnąć bez pomocy kuli. W ciągu dziesięciu dni następnych chód stawał się coraz lepszym; w dniu 16-ym chód prawie zupełnie dobry pozostaje, lekkie utykanie na prawą nogę. Zresztą żadnych innych zбоceń nie ma. Od tej pory chory coraz szybciej się poprawiał, a wypisując się w dniu 28 Marca przedstawiał stan następujący: stan ogólny wyborny, sen i łaknienie

prawidłowe, kaszlu nie ma, oddech prawidłowy. Chód zupełnie prawidłowy z bardzo nieznacznym utykaniem na prawą nogę; siła w nogach dobra, chodzić może bez zmęczenia godzinami. Anestezja i analgezyja prawej strony zupełnie zniknęła, tak samo nieznaczna anestezja z lewej strony. Przy ucisku na okolicę dołu biodrowego lewego występuje nieznaczne wyprężenie tułowia. Głos chorego zupełnie czysty, badanie krtani wykazało zupełnie prawidłowy obraz laryngoskopijny. Chory zupełnie czując się zdrowym, powrócił do swego zajęcia, widziałem go od tego czasu jeszcze kilkakrotnie, czuł się ciągle dobrze i, o ile mi wiadomo, dotychczas w tymże stanie zadawalniającym pozostaje.

A. Sokołowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

47. Jaksch R. O klinicznym znaczeniu wydzielania peptonu z moczem (*Peptonuria*).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Z przytoczonych tedy liczb i spostrzeżeń Jaksch'a wynika, że peptonuryja bezwarunkowo najczęściej zjawia się przy sprawach chorobowych, którym towarzyszy wchłanianie ropnych, lub przynajmniej w komórki obfitych wysięków, że zatem zjawienie się peptonu w moczu budzi uzasadnione podejrzenie istnienia takiej sprawy w ustroju. Jest to tem pewniejszą rzeczą, że sprawy, przy którychby zresztą występowała peptonuryja, są takiego rodzaju, iż ich rozpoznanie żadnych nie stanowi trudności; są to mianowicie podług Maixner'a i Jaksch'a: otrucie fosforowe, gnilec i rak żołądka. Obecność peptonu w moczu w jednym przypadku tyfusu (Maixner) uważać należy za wyjątkowe. Jakkolwiek wszakże występowanie tego objawu podług tego, co powiedziano wyżej, pozwala z nadzwyczajnym prawdopodobieństwem wnioskować o istnieniu ogniska, w którym komórki ropne ulegają rozpadowi, to chyba rzadko kiedy znaleźć się możemy w położeniu użycia go w celu różnicoworozpoznawczym, ponieważ zwykle sprawy odnośne na zasadzie innych oznak z łatwością rozpoznaniem bywają. Tam wszakże, gdzie z jakichkolwiek powodów tych cech rozpoznawczych nie dostaje, znalezienie peptonu w moczu istotną może oddać przysługę. Zdarza się to np. wtedy, gdy ognisko zapalne jest dla fizykalnego badania niedostępne, lub gdy chodzi o nagromadzenie cieczy, a przekłucie próbne nie może być dokonane. Ale, jeśli rzadko tylko na tym jednym objawie rozpoznanie opierać nam przychodzi, to znowu wobec zresztą dobrze rozpoznanego cierpienia daje nam peptonuryja wskazówki bardzo cenne co do przebiegu choroby. I tak: występowanie peptonu w moczu przy zapaleniu płuc jest znakiem, że nacieczenie zapalne ulega wessaniu; ustanie natomiast peptonuryi wskazuje przerwę w wessaniu, czy to, że już cały wysięk wchłonięty został, czyli też, co daleko rzadziej się zdarza, uległ innym przemianom. O znaczeniu peptonuryi przy ocenie biegu wchłaniania wysięków opłucnej, mianowicie zaś przy ocenie skutku przekłucia, już była mowa powyżej.

W jednym też przypadku peptonuryja posłużyła Jaksch'owi do rozpoznania ropnej torbieli jajnika i jej przerwania do otrzewnej, stwierdzonego we wszystkich szczegółach pośmiertnymi oględzinami. Podobnie widział on w jednym przypadku zapalenia opon mózgowodzeniowych przepuszczającego u 27-letniego mężczyzny, że przy kilkakrotnie powtarzających się napadach zjawisk mózgowych i gorączkowych, po każdym takim powrocie zjawiała się pepto-

nuryja. Każdemu powrotowi gorączki towarzyszył nowy wybuch objawów chorobowych, a więc świeże nacieczenie ropne opon, za czym przemawiały objawy kliniczne, po każdym bowiem nasileniu gorączki nasilały się też przypadki nerwowe, jak sztywność karku i porażenie twarzy. Towarzysząca za każdym razem spadkowi ciepłoty peptonuryja wskazywała, że część wysięku, ponownie wessaniu uległa. Stosownie do tego sekcyjna istotnie wykryła świeższe i starsze ogniska zapalne w oponach. Zdaniem J a k s c h'a, na zasadzie tego spostrzeżenia i jeszcze 5 innych nagminnego zapalenia opon można przypuścić, że występowanie peptonuryi należy uważać za oznakę, iż chodzi o świeże zbiorniki ropne w oponach. Gdy w dalszym przebiegu choroby peptonuryja ustaje, wnosić wypada, że albo sprawa zapalna w oponach zupełnie się ukończyła, albo też, jeśli jeszcze objawy mózgowie trwają, że sprawa z okresu ostrego przeszła w przewlekły, że więc powstały łącznotkankowe nowotworzenia w oponach. Co do różnicowo rozpoznawczego znaczenia peptonuryi pomiędzy zapaleniem gruźliczem a nagminnem opon, na które dawniej M a i x n e r i J a k s c h kładli nacisk, to podług nowszych badań tego ostatniego rzadko kiedy istotnie ważnego dostarczono wyniku.

(*Zeitschrift f. klinische Medicin, Tom VI, Zeszyt 5*).

A. Fabian.

Ze względu na praktyczną doniosłość peptonuryi dodajemy tu jako przypisek opis ważniejszych odczynów chemicznych peptonu, jako też sposoby systematycznego jego poszukiwania w moczu, podług ostatniego wydania Uroskopii N e n b a u e r'a, opracowanego przez H u p p e r t'a i T h o m a s'a (1881 r.).

1) Pepton, choć według D r e s c h e l'a do krystalizacyi zdolny, zwykle otrzymuje się w postaci bezkształtnej; rozpuszcza się on w wodzie, natomiast z trudnością (choć lepiej jak zwykle białko) w wysokoku; z roztworu obojętnego wyskok strąca zlewające się kłaczkę, które jeszcze po dłuższem pozostawianiu pod wyskokiem łatwo się w wodzie rozpuszczają. Wodne roztwory peptonu dyfundują choć nie zbyt łatwo, ale zawsze łatwiej niż zwykle białko lub globulina. Polaryzuje światło na lewo. Przez kilkogodzinne ogrzanie suchego peptonu do 140° pepton białkowy zamienia się w ciało dające odczyn hemialbuminozy.

2) Peptony łączyć się mogą z zasadami, kwasami i solami, podobnie jak inne ciała białkowate.

3) Przy ciepłocie wrzenia bez względu na odczyn cieczy (kwaśny czy zasadowy) roztwór peptonu nie daje osadu.

4) Sole obojętne nie osadzają peptonu z jego roztworów.

5) Pepton nie strąca się ani na zimno, ani na gorąco z kwasami: solnym, siarczanym, azotnym i octowym; ale w roztworze peptonu nasyconym solą gorzką po dodaniu kwasu powstaje osad. Podobnie nie daje osadu z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu.

6) Strąca się natomiast z kwasem metafosfornym, wobec wolnego kwasu z kwasem fosforno-wolframowym, fosforno-molibdenowym, z garbnikiem (*ac. tannicum*) i z kwasem pikrynowym.

7) Z pomiędzy soli metalicznych strącają pepton i chlornik rtęci azotan tlennika rtęci, jodek rtęci i potasu, jodek bizmutopotasu, octan ołowiu i ammonu, azotan srebra z małą ilością ammonii, chlornik złota i chlornik platyny; zasadowy octan ołowiu mać jedynie roztwory peptonu, sole tlennika żelaza nie tworzą osadu.

8) Wreszcie pepton daje odczyny barwne właściwe białku zwyklemu, a więc odczyn ksantoproteinowy (z kwasem azotnym stężonym) i odczyn biuretowy (zabarwienie pięknie fioletowe płynu powstałego przez rozpuszczenie

osadu białka z siarczanem miedzi w ługu alkalicznym lub roztworze węglańki alkalicznej), dla tego też poszukiwanie peptonu w moczu odbywać się może jedynie po usunięciu zeń białka, jeśli jest obecne: nie powinien też mocz zawierać tyle mucyny, by się za dodaniem kwasu octowego mącił. Wogóle mało tylko z powyższych odczynów peptonu daje się zastosować do jego poszukiwania w moczu, bo jedne nie są dość czułe, inne, jak garbnik i kwas pikrynowy, już w prawidłowym moczu tworzą osady, lub zmętnienie, inne wreszcie są wspólne dla wszystkich ciał białkowatych. Tylko kwas fosfornowolframowy w obecności kwasu octowego daje dodatni wynik. Od albuminy, globuliny i hemialbuminozy różni się pepton głównie odczynem pod 5 wspomnianym, t. j., że nie daje osadu z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu, nadto i swą niestrącalnością przy ciepłocie wrzenia.

Poszukiwanie peptonu w moczu odbywa się więc w następujący sposób:

1-o przynajmniej 0,5 litra moczu mieszamy z taką ilością obojętnego octanu ołowiu, aż powstanie osad gęsty kłaczkowaty i przesączamy. Koniecznym jest właściwie to strącanie octanem ołowiu jedynie wobec większej ilości śluzu, ale pożytecznym jest zawsze, bo mocz staje się jaśniejszym i przejrzystszy.

Teraz *a*. Jedną próbkę przecedzonego płynu mieszamy z kwasem octowym i kilku kroplami roztworu żelazocyanku potasu. Jeśli powstaje zmętnienie lub osad (mocz zawiera białko), wtedy postępujemy jak poniżej opisano pod *e*, jeżeli zaś nie powstaje osad, wtedy postępujemy podług *b*.

b. Do próbki przesączu dodajemy około $\frac{1}{5}$ objętości stężonego kwasu octowego, a potem kwasem octowym zakwaszony roczyn kwasu fosfornowolframowego. Gdy próbka po dłuższym stanie pozostaje niezmaczona, to mocz nie zawiera peptonu; gdy natomiast po jakimś czasie (10 minut) zjawi się mleczne zmętnienie to w moczu może być pepton, którego dalej szukamy podług *c* lub *d*.

c. Do całego, z nad ołowianego osadu przesączonego płynu tak długo dodajemy stężonego roztworu garbnika, dopóki jeszcze osad powstaje; osad ten wlewamy na sączek po 24 godzinnem odstaniu i wymywamy wodą, w której rozpuściliśmy nieco garbnika i siarczanu magnezyi, potem rozcieramy go na miseczce doskonale z nasyconą wodą barytową i po dodaniu kilku kawałków wodanu baryty przez kilka minut utrzymujemy w ciepłocie wrzenia; gdy osad już na zimno niedość dokładnie w wodzie barytowej rozarty został, to przy ogrzewaniu stapia się na żywicowate bryły, które zwolna tylko działaniu baryty ulegają. Po zagotowaniu cedi się znów płyn, dodaje jeszcze cokolwiek wody barytowej i miesza ciecz doskonale tak długo aż przesącz wyda się tylko słabo żółtym. Późem można ciecz przez dokładne zubożenie rozcieńczonym kwasem siarczanym oswobodzić całkowicie od baryty i dalszemu badaniu poddać dla oznaczenia peptonu.

d. Przesącz z nad osadu ołowianego mieszamy z 0,05—0,1 objętości stężonego kwasu solnego, a potem z kwaśnym roczynem kwasu fosfornowolframowego, dopóki już nie powstaje osad i zaraz przesączamy. Gdy bowiem ciecz nad osadem dłużej pozostawimy, to powstaje na nim nowy czerwony osad, który przy dalszem wykazaniu peptonu przeszkadza. Otóż osad zbieramy na sączku, obmywamy roczynem 3—5 objętości stężonego kwasu siarczanego w 100 centymetrach sześciennych wody dopóty, dopóki woda przesączana odpływa bezbarwną, potem jeszcze wilgotny osad rozcieramy z wodanem baryty, mieszamy z małą ilością wody, ogrzewamy zlekką i przesączamy. Kwas fosfornowolframowy przyrządzamy sobie w ten sposób, że do wrzącego roczynu kupnego wolframianu sodu dodajemy kwasu fosforowego aż do wystąpienia kwaśnego odczynu i ciecz po ostudzeniu mocno zakwaszamy kwasem solnym (lub octowym), a po jednodniowym odstaniu przesączamy.

Z dwóch powyższych metod wydzielenia peptonu druga jest bezwarunkowo lepszą, łatwiej wykonaną i dokładniejszą.

e) Gdy mocz zawiera białko, należy wówczas przede wszystkim jednym ze znanych sposobów (wodanem ołowiu, lub octanem tlenika żelaza) ciecz tak dokładnie od białka oswobodzić, by już za dodaniem kwasu octowego i żelazocyanku potasu nie dawała zmacenia. Od białka oswobodzoną ciecz poddajemy dopiero badaniu dalszemu podług *b, c, d.*

2-o Ponieważ kwasy użyte do wydzielania peptonu z moczu, oprócz niego, tracąca też inne substancyje, potrzeba więc otrzymane przy *c i d* ciecze poddać dalszemu badaniu co do ich zawartości peptonu. Najlepiej służy do tego próba biuretowa, bo w cieczy pozbawionej zwykłego białka chroni od pomyłek i jest bardzo czułą.

W tym celu do cieczy zawierającej barytę lub zalkalizowanej sodą, dodajemy kroplami bardzo rozcieńczony roztwór siarczanu miedzi; gdy ciecz przy pierwszych kroplach barwi się na kolor czerwony, to dodajemy roztwór miedzi dalej aż do największego nasilenia czerwono-fioletowej barwy płynu. Gdy w cieczy nie ma peptonu, to barwi się ona tylko na zielono lub na niebieskawo zielono. Powstający współcześnie osad baryty nie przeszkadza ścisłości odczynu. Przy sporządzaniu cieczy starać się należy o możliwą ich pierwotną bezbarwność wówczas bowiem odczyn bardzo wyraźnie występuje, ciecze żółte mogą zatrzeć całkowicie nawet mocno fioletowe zabarwienie. Wszakże nie godzi się odbarwiać płynów węglem zwierzęcym, bo tenże łatwo sam pepton pochłania. Wreszcie pamiętać należy, że otrzymany odczyn barwny nie zawsze jest wyraźnie fioletowy i przez wprawę nauczyć się trzeba dostrzegania mniej wybitnych zabarwień. Dalej otrzymane ciało okaże się stanowczo jako pepton, gdy po wysuszeniu i po kilkogodzinnem ogrzaniu do 140° przybierze odczyn hemialbuminozy, czem pepton białkowy różni się od klejowego peptonu. Naturalnie ta próba może być użytą tylko przy znaczniejszej ilości peptonu.

A. Fabian.

48. Lemcke. Przypadek niezwykłego obniżenia ciepłoty ciała.

L. opisuje przypadek, w którym ciepłota ciała, mierzona w kiszce prostej, w ciągu 27 godzin przed śmiercią wynosiła 23°—28° C. Po śmierci znaleziono świeży ograniczony wylew krwawy w średniej części rdzenia przedłużonego z lewej strony, w pobliżu dna 4-ej komórki, powyżej i na zewnątrz od jądra nerwu błędnego, poniżej i na wewnątrz od górnego jądra nerwu słuchowego. Spostrzeżenie to przemawiałoby za istnieniem w rdzeniu przedłonowym osrodka termicznego i mogłoby służyć za przyczynek do jego umiejscowienia. Szkoda tylko, że przypadek nie był zupełnie czysty. Chory był nałogowym pijakiem, nadto w moście V a r o l'a znalazło się małe ognisko rozmiękczenia.

(Deutsches Archiv für klin. Med. Tom 34).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W jednej z tutejszych klinik znajduje się chora, niestara, cierpiąca strasznie z powodu morfinizmu. Chora ta jeczy od samego rana, oczekując tęsknie ordynatora, aby jej zastrzyknął morfiac; w czasie tej operacyi sama ujmuje skórę w fałdę, a robi to z wprawą, jaką daje długie ćwiczenie. W rzeczy samej, w ciągu siedmiu lat oddaje się temu nałogowi, a ma skórę tak skłutą na plecach, piersiach i brzuchu, że formalnie organ ten jest zwyrodniony, stwardniały w tych okolicach. Dochodziła ona już do 7 gran dziennie, a i teraz na śniadanie robią jej 3—4 wstrzyknięć. Do takiego stanu doprowadził ją felezer, mieszkający na ulicy Browarnej, który lata całe bezkarnie robił jej zastrzykiwania; przychodził on do niej po 3 razy na dzień, biorąc za dobę od bie-

dnej żony mularza po rublu; ani chciał ruszyć pieniędzy, jeżeli grosza do rubla brakowało i w ten sposób wyzyskiwał głód morfinowy nieszczęsnej chorej, która w ten sposób trwoniła pieniądze ciężko zapracowane przez siebie i przez męża. Za tego rubla już dawał swoją morfinę. Komentarze do tego wypadku są zbyt liczne.

— D-r G e l i b t e r z Uściługa za pośrednictwem naszej Redakcyi odniósł się z prośbą do prof. N a w r o c k i e g o, aby lekcye zamierzone z różnych działów fizjologii przez wzgląd na lekarzy prowincjonalnych miewał codziennie. Oto odpowiedź prof. N a w r o c k i e g o: „Żądanie kolegi uważam za słusne i uzasadnione, lecz w obecnej chwili porządku, w jakim czytać będę lekcye, zmienić nie mogę, gdyż w tej formie otrzymałem pozwolenie od odpowiedniej władzy. I ja uważam krótkotrwałe kursa dla lekarzy prowincjonalnych za pożyteczne; w wielu miejscach za granicą odbywają się one regularnie. Wszakże projekt ten mógłby tylko wtedy przyjść do skutku, gdyby większa ilość specjalistów, przede wszystkim praktyków, zgodziła się na przeczytanie kursu jednocześnie w 3 lub 4 tygodnie. W takim razie i ja bym się chętnie zgodził na warunki podane przez kolegę G e l i b t e r a, gdyż mam nadzieję, że lekarz prowincjonalny, przybywszy do Warszawy dla odświeżenia sobie wiadomości z niektórych działów medycyny praktycznej, znalazłby wolną godzinę dla moich lekcji. W każdym razie koledze G e l i b t e r o w i należy się szczerza wdzięczność za to, że pierwszy poruszył kwestyję bardzo ważną; jeżeli głos Jego nie będzie głosem na puszczy i nawoływania z prowincyi powtarzać się będą, to mam nadzieję, że i w Warszawie zdołamy urządzić krótkotrwałe kursa dla lekarzy prowincjonalnych na wzór istniejących oddawna za granicą“.

F. Nawrocki.

Kwestyję tę i w tymże duchu, co prof. N. poruszaliśmy już w naszym piśmie przed 2 laty, a nawet za naszym staraniem prof. N. miał wykłady o elektroterapii, prof. H o y e r o embryologii, a kol. Z. K r a m s z t y k o oftalmoskopii. Wyznać musimy szczerze, iż zamieszczonego cyklu zaniechać musieliśmy dla braku wykładających i słuchaczy.

(Red.)

Praga. Dzień 15 b. m. złotymi głoskami wyrzył się w sercach Czechów, był to bowiem dzień otwarcia Czeskiego uniwersytetu. W tymże dniu wmurowaną została pamiątkowa tablica w domu, w którym mieszkał i zmarł P u r k y n ě, przy zwykłych w takich razach uroczystościach.

Berlin. Komisya naukowa pod przewodnictwem R. K o c h'a w celu zbadania istoty cholery do Egiptu wysłana, doprowadziwszy swe prace do pewnego punktu, obecnie udaje się do ojczyzny cholery, do Indyi, gdzie spodziewać się można zdobycia pomyślniejszych rezultatów poszukiwań. K o c h, motywując potrzebę dalszej podróży komisji, nadesłał urzędowe sprawozdanie, w którym donosi, że w wypróżnieniach i w ścianach kiszek świeżych trupów cholerycznych znalazł ściśle określone, pręcikowate bakteryje, bardzo podobne do laseczników nosaciznowych. K o c h stwierdził prócz tego tożsamość cholery w Egipcie panującej z cholera azyjatycką, oraz przekonał się, że bakteryje obecnie znalezione są takie same jak te, które rok temu znalazł w nadesłanych mu do zbadania kiszkaach cholerycznego zmarłego w Indyjach. Dotychczas nie udało się K o c h'owi znalezionego lasecznika cholerycznego otrzymać w czystej hodowli; niemniej też szczepienie i karmienie psów, kotów i małp nie sprowadzało cholery ani innej podobnej do niej choroby. Dla zbadania warunków życia lasecznika cholerycznego, ewentualnego wytwarzania zarodników (spory), oraz możności jego przenoszenia się na zwierzęta, Indyje będą bezwątpienia właściwsze aniżeli Egipt, gdzie epidemia cholery już wygasa, a więc i zarazek musi być osłabiony. Komisya wyruszyła najprzód do Bombaju. Komisya francuzka udała się już 9 Października z powrotem do Francyi.

— Rektorem tutejszego uniwersytetu na r. 1883/4 został znakomity fizyk prof. K i r c h h o f, a dziekanem wydziału lekarskiego prof. H i r s c h.

— Dnia 21 b. m. obchodzono tu uroczystość 25-letniej profesury E. d u B o i s - R a y m o n d'a, który w r. 1858 po zmarłym I. M ü l l e r'ze prócz katedry fizjologii objął kierownictwo czasopisma „*Archiv für Anatomie et Physiologie*“.

Bielefeld. W istniejącej tu od lat 16 kolonii dla chorych dotkniętych padaczką (*epilepsia*), leczono w r. 1882 osób 695 (różnej narodowości, pozycyi socyalnej i t. d.). Z tych wypisało się 110, a mianowicie 21 osób w takim stanie, iż jeszcze po pół roku nie potrzebowali przyjmować za-

dnego lekarstwa; 31 ze znacznem polepszeniem (lecz musieli używać środków lekarskich), 25 bez poprawy, a 33 umarło. Z 300 kandydatów dla braku miejsca i pieniędzy przyjęto tylko 200, tak że obecnie znajduje się w kolonii 586 chorych. Ubóstwo nie było ani razu powodem odmówienia przyjęcia do kolonii. Pomimo, iż po większej części chorzy sami lub gminy za nich płacą, zakład musiał dolożyć 200 marek przecięciowo do każdego chorego, co go zmusiło, iż odwołał się do dobroczynności publicznej.

Frankfurt nad Menem. Hrabina Bose zapisała testamentem 800000 marek tutejszemu Towarzystwu naturalistów *Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft*.

Greifswald. Prywatny docent tutejszego wydziału lekarskiego baron von Preuschen von und zu Lieberstein mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Liège. Senator Montefiore Levi zapisał 80000 marek na założenie w tutejszem mieście laboratorium elektrycznego, wskutek czego rząd Belgijski utworzył tu szkołę elektro-techniczną z kursem 4-letnim. Przez pierwsze 2 lata przygotowane wykładać będą w niej matematykę, fizykę i chemię, a przez następne 2 lata specjalnie: teorię elektryczności, źródła jej powstawania, przewodnictwo, telegrafję, telefonję, sygnały, światło elektryczne, przenoszenie sił i t. d. Szkoła ta, zostająca pod kierunkiem specjalisty inżyniera Gerard'a, została już otwartą w d. 15 b. m.

Paryż. Klinikę lekarską w szpitalu „Notre Dame de la Pitié” po zmarłym profesorze Lasègue objął prof. Jaccoud.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 42. W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Blumenstock. Czy płuca noworodka, który oddechał mogą stać się bezpowietrznymi. — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od 1879—1882. (Dalszy ciąg). — Jabłonowski. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

— *Medycyna.* Nr. 42. Jan Kwaśnicki. Janiszewski. Trzy przypadki drgawek jednostronnych.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

L. Wolberg. Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Nervennakt und Nervenregeneration. Leipzig. 1883.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Ogłoszenia.

Wszystkim, którzy raczyli uczestniczyć w dniu 16 b. m. w smutnym obrzędzie pochowania zwłok zmarłego **ś. p. Józefa Piramowicza** D-ra medycyny, jako też Sz. kolegom i profesorom **Baranowskiemu, Chałubińskiemu, Kosińskiemu, Wieniawskiemu, Fabianowi, Matlakowskiemu, Nenckiemu i Zawiszy**, noszącym chętną, serdeczną i bezinteresowną w chorobie pomoc, jak również Sz. księdzu **Ksaweremu Budyście** za religijną pociechę, pozostała matka, żona i bracia składają niniejszem najserdeczniejsze podziękowanie.

10443—1

Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plastrów naśladowałym Thapsia
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskię,
Spięssa i Syna, Sierżputowskię, Zeuschnera,
Ziemnińskię i Lilpęa.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich

w San Remo.

20—11

W PRACOWNI

CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go
Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa
rozbiórów chemicznych, poszukiwań
mikroskopowych i t. p. badań wcho-
dzących w zakres patologii i hy-
gieny. Zawiadująją pracownią

Dr. L. Nencki

12—3 chemik szpitali warszawskich.

RÓŻNE KSIĄŻKI LEKARSKIE

po zmarłym lekarzu są do sprzedania, wiado-
mość w domu Nr. 43, ulica Marszałkowska,
na pierwszym piętrze, mieszkania Nr. 4, w go-
dzinach od 10 do 1 rano.

3—1

OPNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—18
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W SZPITALU I DOMU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A Z DRUGIEGO WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena egzemplarza zbroszurowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 k. 30.—

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—2

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana.

0—1

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—27

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.

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Tyrolu. Ze znakomitą skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet, w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych, w malaryi, w zastarzałych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając nieustanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co niejednokrotnie doświadczeniami znakomitych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opolcer i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643. 5—1

APTEKA W. BOROWSKIEGO

ulica Przejazd Nr. 643.

Specyjalne Laboratorium wyrobów żelatynowych na sposób Grossa z Wiednia, globuli maciczne, bougies do nosa, uszu i kanału moczowego, przygotowuje się względnie do potrzeby p. p. Lekarzy. Wł. Apteki W. Borowski, Przejazd Nr. 643. 4—1

MATTONI'EGO GIESSHUBLER

Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna

NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rosyji

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—20



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 GWARANCJE, 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.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, 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 obstrukcyi. 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.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi 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 najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

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

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK 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.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej. — II. H. Pacanowski. Wrodzone połączenie komórek sercowych. (*Communicatio ventriculorum cordis congenita*). (Dokończenie). — *Notatki lekarskie*. 27. A. Sokołowski. Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznej (*paraplegia hysterica*) u mężczyzny. — *Dział sprawozdawczy*. 47. Jaksch R. O klinicznym znaczeniu wydzielania peptonu z moczem. (*Peptonuria*). (Dokończenie) — 48. Lemcke. Przypadek niezwykłego obniżenia ciepłoty ciała. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

Dra Teodora Dunina

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Szanowni Panowie!

Staję przed Wami z kwestyją, która już raz, choć pod odmiennym tytułem, w gronie Waszem rozbiegana była. Na dwóch posiedzeniach przedwakacyjnych byliście świadkami odczytu i rozpraw w kwestyi zaraźliwości suchot płucnych¹⁾; łatwo jest pojąć, że kto chce mówić o profilaktyce suchot, ten główną uwagę na ich zaraźliwość zwrócić powinien. Tak więc wszczynam po raz drugi tę tak ważną, tak palącą kwestyję, która w całym ucywilizowanym świecie do tylu pobudziła rozpraw.

Kol. Sokołowski, który przedemną głos zabierał, zwrócił uwagę na jeden epizod tej sprawy, przyczem doszedł do nieco odmiennych niż moje wniosków. Przyczyna tego leży w odmiennym punkcie wyjścia; kol. Sokołowski opierał się wyłącznie na obserwacji klinicznej, która mojem zdaniem nie wystarcza dla rozstrzygnięcia wszystkich pytań, odnoszących się do kwestyi zaraźliwości suchot.

W istocie, Panowie, na suchoty płuc patrzą i badają je od wielu nie lat, ale wieków; najznakomitsi badacze zużywali swe siły na tym przedmiocie i ostatecznie nie przyczynili się wcale do zbadania istotnej natury tej choroby. Parę doświadczeń *Villema i Koc'h'a* nauczyły nas więcej niż wieki obserwacji klinicznej. Nie na gruncie więc klinicznym szukać należy rozwiązania zagadki.

¹⁾ Sokołowski. O zaraźliwości suchot płucnych ze stanowiska klinicznego. *Gazeta Lekarska*. Nr. 30. 1883.

Tak się też na tę rzecz zapatrywał na zeszłych posiedzeniach i prof. B a r a n o w s k i ¹⁾, który z całą słusnością wypowiedział zdanie, że, przyjąwszy za punkt wyjścia pasorzytniczą naturę suchot, nie mamy już co mówić o ich zarażliwości, która jest faktem uznanym, ale winniśmy badać warunki, w jakich pasorzyt do ustroju się dostaje i w nim rozwija. Że zaś na suchoty inaczej dziś zapatrywać się nie można, o tem zaledwie że mówić można. Zresztą myliłby się ten, ktoby sądził, że dopiero od chwili odkrycia K o c h'a mamy prawo uważać suchoty jako chorobę zakaźną. Już od czasu sławnych doświadczeń V i l l e m a i n'a pojedynczy badacze wciąż podnoszą kwestyję zarażliwości suchot płucnych, a umysły tak już na korzyść tego poglądu przygotowane były, że w 1879 r. C o h n h e i m ²⁾ z całą stanowczością mógł powiedzieć, że musi przyjść chwila, w której badanie anatomiczne wykryje nam istnienie pasorzyta, właściwego suchotom płucnym. Nie długo, bo tylko trzy lata na potwierdzenie swych słów proroczych czekać potrzebował. Ale kiedy do okryć K o c h'a fakt zarażliwości suchot płucnych stawiał się jako niezbędny postulat w umysłach światlejszych anatomo-patologów, to jednak nie było stanowczego dowodu na to, że przyczyną tej zarażliwości, a zatem i istotą choroby jest nic innego jak tylko najniższy ustrój roślinny. Wszak nawet tak światłe umysły jak V i r c h o w i G r i g e l o tem wątpiły. Od chwili odkrycia K o c h'a rzecz inny obrót przyjmuje; bo, chociaż wtedy, kiedy przez szczepienie gruźliczków lub plwociny suchotników otrzymywano gruźlicę i suchoty płuc, nie można było wątpić o zarażliwości tej choroby, to jednak istotę tej zarażliwości można było upatrywać już to w pasorzytach już innych jakichbądź produktach, zawartych w gruźliczych masach lub plwocinie. Ale od chwili, kiedy K o c h ³⁾ wynalazł pasorzyt stale w gruźliczych masach się znajdujący, kiedy dalej pasorzyt ten wyhodował i co najważniejsza, kiedy przez zaszczepienie samego pasorzyta, bez innych jakichbądź domieszek zdołał setki razy wywołać gruźlicę u zwierząt, kiedy wreszcie badania K o c h'a potwierdzone zostały w całej rozciągłości i przez innych badaczy, a mianowicie R a y m o n d'a i A r t h a u d ⁴⁾, oraz W a t s o n'a - C h e y n e'a ⁵⁾, odtąd wszelka wątpliwość znikła i pasorzytnicza natura suchot stała się faktem, przeciwko której oponować myślącemu lekarzowi nie wolno. Wprawdzie nowy ten obrót nauki wprowadza nas, Szanowni Panowie, w niemaly kłopot, z wieloma dotychczasowymi naszymi pojęciami rozbrat nam wziąć wypada, do wielu innych przyzwyczaić się potrzeba będzie, ale rozumny postęp nie polega na negowaniu faktów dla tego tylko, że nie zgadzają się z naszymi dzisiejszymi pojęciami i my więc starać się winniśmy badać suchoty w świetle teorii pasorzytnicznej, a możemy być pewni, że wiele rzeczy, które dziś są dla nas zagadkami, kiedyś rozjaśnione być muszą.

1) Pam. Tow. Lek. T. 79. Z. III, str. 604 i następ. Spraw z pos. z dnia 1 Maja 1883.

2) Die Tuberkulose von Standpunkt der Infectionslehre.

3) Spr. M a y z l a w Gaz. Lek. Nr. 46. 1882.

4) Arch. gen. de méd. Kwiecień. 1883. Streszcz. w Kr. Lek. Nr. 11. oraz w Gazecie Lekarskiej. Nr. 24. 1883.

5) Deutsch. med. Woch. Nr. 28. 1883.

Co do mnie, Panowie, to nie tuszę sobie bynajmniej, abym jaką bądź zagadkę rozwiązać był w stanie, tem bardziej, że nie rozwiązał jej żaden z tylu uczonych, którzy już w tej sprawie głos zabierali. Zamiarem moim jest pokazać jedynie drogę, po której iść winniśmy, chcąc rozwiązać te wszystkie pytania, jakie się narodziły z chwilą uznania suchot jako choroby pasorzytniczej.

Wybaczcie mi, Szanowni Panowie, że pominię milczeniem całe odkrycie K o c h'a, prognostyczne i dyjagnostyczne znaczenie odkrytych przezeń laseczników, zresztą dzięki demonstracyjom prof. H o y e r'a, który, miło mi to przyznać, pierwszy u nas zajął się poszukiwaniem laseczników, dzięki dalej obszernym i wyczerpującym sprawozdaniem kol. M a y z l'a, pomieszczonemu w „Gazecie Lekarskiej“¹⁾, dzięki wreszcie kilku oryginalnym pracom, pomieszczonym również w „Gazecie Lekarskiej“²⁾, znajomość tych faktów stała się u nas już tak powszechną, że dziś badanie laseczników gruźliczych przyjętem zostało nie tylko na wszystkich naszych klinikach, ale nawet w niektórych oddziałach szpitalnych. Moje zadanie jest inne; ja chcę zastosować do suchot płucnych tę metodę badania, jaką stosujemy do innych chorób zakaźnych; chcę skorzystać z faktów, których nam biologija i patologija doświadczalna dostarczyła o najniższych organizmach, aby tą drogą zyskać dane, na których by się mógł wznieść przyszły gmach leczenia i zapobiegania suchotom płucnym.

Pierwsze pytanie, które rozpatrzyć należy, będzie: z kąd i którądy lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju człowieka?

Aczkolwiek warunki życia lasecznika gruźliczego mało nam są znane, tyle jednak z badań K o c h'a³⁾ oraz R a y m o n d'a i A r t h a u d'a⁴⁾ wiadomo, że pasorzyt ten rozmnaża się powoli, trudno i co najważniejsza, że dla życia wymaga ciepłoty od 30 do 42° C., skutkiem czego jedynie w ustroju ludzi i zwierząt znajduje odpowiednie warunki dla wzrostu. Wiadomo Sz. Panom, że istnieją jedne takie pasorzyty, które odradzają się jedynie w ustroju zwierzęcym, jak np. pasorzyt ospy, odry, przymiotu, kiedy inne rozradzają się już to wyłącznie w gruncie (zimnica), już też częściowo jak na np. tyfus brzuszny. W tej klasyfikacyi lasecznik gruźliczy należy do pierwszej grupy, a więc razem z pasorzytem ospy, odry, przymiotu nazwany być może „*endantrop*“. I to również Panom wiadomo, że pasorzyty cechują się tem, iż nietylko przenoszone być mogą za pomocą płynów organicznych, w których się odradzają, ale że zachowują swą siłę i po wysuszeniu, wskutek czego dostawać się mogą wraz z powietrzem do ustroju. Dawniej nadawano ważne znaczenie temu, czy zarazek dostaje się do ustroju z powietrzem, czy też przeniesiony zostaje z płynem organicznym, rozróżniając t. zw. *contagium volatile* i *fixum*. Dzisiaj wiemy, że podział ten nie ma żadnego znaczenia, zarazek każdej choroby może być zarówno *fixum* jak i *volatile*, t. j. jeżeli jedne choroby szerzą się więcej drogą,

1) Gaz. Lek. Nr. 46. 1882, dalej Nr. 17. 1883.

2) B u j w i d. Gaz. Lek. Nr. 11. i 34. 1883

J a k o w s k i. G. L. Nr. 10. 1883.

S z w y k o w s k i. G. L. Nr. 11. 1883.

3) l. c.

4) l. c.

że tak powiem, suchą, inne mokrą, bo zależy to jedynie od tego, w jakich narządach ustroju ich pasorzyty się rozwijają. A więc te, które się umiejscowiają na skórze, po jej złuszczeniu się (odra. szkarlatyna), lub po zaschnięciu strupów (ospa) dostają się wprost do powietrza, a ztamtąd i do ustroju; istotnie wiemy, że nieraz dość jest kilkuminutowego pobytu przy chorych na odrę płonicę lub ospę, aby się zarazić. Inne jak np. przymiot rozszerzają się jedynie na drodze mokrej, a ponieważ w takim stanie spotykają się z powierzchniami ciała mającemi dobrą ochronę w wielowarstwowym nabłonku, dla wniknięcia więc do ustroju potrzebują się zetknąć z raną (*inoculatio*).

Mamy jednak wszelkie prawo przypuścić, że i przymiot rozszerzać się może drogą t. zw. suchą; jeżeli zaś w praktyce z tego rodzaju przypadkami się nie spotykamy, to zdaniem mojem zależy od tego, że 1-o pasorzyt przymiotowy, jak to sądzić można z długiego jego okresu wylegania, rozwija się powoli, trudno, a co zatem idzie, potrzebuje być wprowadzony do ustroju w większej ilości i znaleźć bardzo dla siebie dogodne warunki; 2-o wytwory przymiotowe położone są w głębokich narządach, które na zewnątrz nie komunikują, a więc z których pasorzyty do powietrza dostawać się nie mogą: tam zaś, gdzie sprawa przymiotowej ulegają części zewnętrznie położone, tam mamy zawsze do czynienia z owrzodzeniami, mało wydzielającemi ropy, ale zawsze wilgotnemi, z których więc jak to później zobaczymy schizomycety w powietrze unosić się nie mogą. To samo da się powiedzieć i o laseczniku gruźliczym, może on się dostawać do ustroju na drodze mokrej i suchej. Pierwszy sposób u zwierząt tysiące razy został wykazany przy doświadczeniach nad szczepieniem gruźlicy; u ludzi zaś jeżeli zakażenie zdarza się tą drogą, to bardzo rzadko, co: jak już Koch zauważył, pochodzi ztąd, że lasecznik gruźliczy rozwija się powoli i potrzebuje szczególnej ochrony, czego u ludzi na zranionych powierzchniach nie znajduje. Zresztą znajdujemy wskazówki, że i ludzi małe ranki mogą być drogą dla wnikania laseczników; tak np. Laënnec¹⁾ opowiada, że robiąc sekcję chorego zmarłego na gruźlicę stosu kręgowego, skaleczył się w palec i że na miejscu rany powstał guzik, mający wszystkie cechy gruzelka, który wszelako po wypaleniu go kwasem zupełnie znikł. Jeszcze ciekawsze są spostrzeżenia Lindmanna²⁾ który widział, że dwa razy po obrzezaniu, prawdopodobnie wskutek zarażenia się gruźlicą z ust operatora (duchownego żydowskiego), rozwinął się wrzód gruźliczy na napletku; jeden z tych chorych zmarł wkrótce na ogólną gruźlicę, chociaż dodać należy, że pochodził z rodziny usposobionej do gruźlicy³⁾.

W każdym razie tę drogę u człowieka zupełnie wykluczyć można, tak że pozostają nam dwie tylko drogi, t. j. dla wilgotnych pasorzytów — kanał pokarmowy i dla suchych — płuca. Że pasorzyty przez płuca wnikać mogą do ustroju, o tem nie ma żadnej wątpliwości; co więcej można powiedzieć, że większa ich część tą drogą do ustroju się dostaje. Niektóre, jak np. pasorzyty zi-

1) *Traité de l'auscultation médiate etc.* str. 425. wyd. 2. 1879.

2) *Deutsch. med. Wochenschrift.* Nr. 30. 1883.

3) Wiadomo, że i Laënnec umarł na suchoty; byłoby jednak zbyt śmiało upatrywać przyczynowy związek pomiędzy tem przypuszczalnem zakażeniem a późniejszą chorobą.

mniczy wprost inaczej niemal że nie mogą wnikać; co do innych, to chociaż nie można zaprzeczyć, aby nie mogły wraz z pokarmami dostawać się do ustroju. to w każdym razie ten sposób zarażenia ustroju należy do wyjątków; szczególnież czas by już był, aby biedną wodę uwolniono od zarzutu, że jest przenośnikiem zarazków. Dla lasecznika gruźliczego w szczególności patologija doświadczalna dostarczyła nam tak obfitego materiału, że ani wątpić można o dostawaniu się jego przez płuca do ustroju. Zarówno T a p p e i n e r ¹⁾, jak B e r t h e a u ²⁾, a wreszcie i W e i c h s e l b a u m ³⁾, robiąc zwierzętom inhalacje już to z rozpylonej plwociny, już z gruźliczych mas, już wreszcie ze zserowaciałych gruczolów chłonnych (z wyjątkiem T a p p e i n e r'a) zdołali zawsze i prawie napewno wywołać ogólną gruźlicę płuc; w doświadczeniach W e i c h s e l b a u m'a dość było dla tego nieraz jednego jedynego wzięwania. Jeszcze więcej budzą interesu doświadczenia V e r a g u t h'a ⁴⁾, wykonane pod kierunkiem K l e b s'a; autor ten nie robił zwierzętom inhalacyj, ale nasyczał skrzynki, w których takowe przebywały gruźliczą plwociną i w krótkim czasie u zwierząt, oddychających takim powietrzem, wykazywał w pęcherzykach płucnych laseczniki gruźlicze, albo swobodnie leżące, albo takie, które w tkankę płuca już przeniknęły. Ostatecznie, sądzę, rozstrzygają wątpliwości doświadczenia D i e u l a f o y i K r i s h a b e r'a ⁵⁾, którzy wykazali, że małpy przez proste pożycie w jednej izbie z małpami dotkniętymi gruźlicą dostawały też choroby, kiedy tymczasem inne, tylko w dobrych warunkach żyjące, pozostawały zawsze od niej wolnemi. Mamy więc niewątpliwie drogę, przez którą pasorzyty gruźlicze do ustroju się dostają; na korzyść takiego początku gruźlicy przemawia i ten fakt, że płuca tak często są siedliskiem zmian gruźliczych. W tym względzie wszelako winienem zrobić pewne zastrzeżenie; niektórzy autorowie, a w szczególności C o h n h e i m w swej pracy ⁶⁾, która tak wielki wpływ na szerokie koła lekarskie wywarła i nie mało je usposobiła do uznania suchot za chorobę zakaźną, wypowiada zdanie, że pasorzyt gruźliczy tam najpierw działanie swe objawia, któredy do ustroju się dostaje, że więc tak częsty udział w płucach w sprawie gruźliczej przemawia stanowczo za tem, że pasorzyt tą drogą wnika do ustroju. Nie ulega wątpliwości, że w znacznej części przypadków, a mianowicie też przy szczepieniu, najpierw na miejscu zaszczepieniu rozwija się gruźlica, poczem dopiero pokazuje ich się więcej w innych narządach. Tego jednak za bezwzględne prawo uważać nie można. W największej liczbie chorób zakaźnych, w których pasorzyty niewątpliwie przez płuca do ustroju wnikają, nie mamy żadnych zmian w płucach (np. zimnica, ospa). Co więcej mamy cierpienia, o których gruźliczej naturze i tożsamości z suchotami dziś już wątpić nie można, znajdowano

1) Virchow's Arch. T. 73. ref. w Centr. f. d. med. Wiss. Nr. 17. 1879; prócz tego w Deutsch. Arch. f. klin. med. T. 29. ref. w Centr. f. die m. M. Nr. 6. 1882.

2) Deutsch. Arch. f. kl. Med. T. 26 ref. w Centr. f. die wiss. Med. Nr. 17. 1881.

3) Centr. f. die Wiss. med. Nr. 19. 1882.

4) Verhandl. des Congr. f. innere Med. Zweiter Congr. 1883. str. 53.

5) Archives de Physiologie Nr. 3. spr. w Kr. Lek. Nr. 10. 1883 przez H e w e l k e g o.

6) Die Tuberkulose etc.

w nich bowiem laseczniki gruźlicze, a mianowicie t. zw. skrofuliczne obrzmienia gruczołów chłonnych i zapalenia kości; tutaj pasorzyt. bez względu na drogę (płuca, kanał pokarmowy), przez którą wniknął do ustroju, nie zostawił na swej drodze żadnych śladów swego istnienia. To też przyjąć należy, że lasecznik gruźliczy, wniknąwszy do ustroju, rozradza się w tym narządzie, w którym znajduje najdogodniejsze dla siebie warunki; na czym te warunki polegają, oczywiście dokładnie nie wiemy i możemy ich tylko mniej lub więcej się domyślać, o czym zresztą niżej jeszcze będę miał sposobność powiedzieć.

Po tem zastrzeżeniu wracam do drugiej drogi, przez którą lasecznik gruźliczy wnikać może do ustroju, t. j. do kanału pokarmowego. Jeżeli możliwość wnikania pasorzytów przez płuca nie ulega żadnej kwestyi, to natomiast wnikanie ich przez kanał pokarmowy nasuwa pewne poważne wątpliwości. Poważny bardzo autor, jedyny może, który dotychczas przedstawił całokształt nauki o pasorzytniczej teorii chorób, *N a e g e l i* ¹⁾ jest zdania, że kwaśne oddziaływanie soku żołądkowego, a następnie żółć nie dozwala schizomycetom rozwijać się w kanale pokarmowym, że więc tą drogą zarazki chorób do ustroju wnikać nie mogą. Przeciwnie doświadczenie nie potwierdziło tego poglądu. W najnowszej i jedynej doświadczalnej w tym przedmiocie pracy *F a l c k* ²⁾ wykazał, że gruźelki przetrawione przez całą dobę w rozmaitych sokach kanału pokarmowego, nic ze swej siły nie tracą i zaszczipione królikom wywołują u nich jak najzupełniejszą ogólną gruźlicę. Tak więc ze strony chemicznej pasorzyty nie napotykają w kanale pokarmowym przeszkody dla wnikania do ustroju. Czy nie przeszkadzają im mechaniczne warunki, a mianowicie większa grubość błony śluzowej, na co się powołuje *N a e g e l i*, trudno jest powiedzieć, mamy wszelako pewne prawo sądzić, że istotnie wnikanie pasorzytów nie odbywa się w kanale pokarmowym tak żywo jak w płucach. Tak np. *B u c h n e r* ³⁾ dowiódł, że przy karmieniu królików sporami karbunkulowemi zwierzęta pozostają zdrowe, ale ich wypróżnienia posiadają własność zarażania innych królików: tu więc pasorzyty przechodzą niezmienione przez kanał pokarmowy, ale też i do ustroju nie wnikają. Rzadkość zmian gruźliczych w żołądku i górnej części kiszek cienkich także przemawia za tem, że laseczniki gruźlicze napotykają na jakąś przeszkodę w kanale pokarmowym; chociaż temu ostatniemu względowi zbyt ważnego znaczenia nadawać nie należy z powodu, o którym wyżej mówiłem. Z drugiej jednak strony istnieją i fakta, przemawiające na korzyść tego, że i kanał pokarmowy może być wrotami dla przechodzenia pasorzytów. Znane są przykłady, w których choroba bardzo zbliżona, jeżeli nie zupełnie identyczna z tyfusem brzuszny, powstawała wskutek spożycia zarażonego mięsa; przypominam tylko o powszechnie znanych dwóch epidemijach szwajcarskich, a mianowicie w *A d e l f i n g e n* i *K l o t t e n*; lekarze angielscy opisują wiele epidemij tyfusu, powstałych wskutek przemieszczenia się zarazka za po-

1) *Niższe grzyby i ich rol w zarazitelnych bolieźniach*; przekład z niemieckiego. 1879.

2) *Virch. Arch.* T. 93. 1883.

3) *Ueber die Bedingungen des Ueberganges von Pilzen in die Luft etc.* w *Zur. Act. der Infectionskrankh.* München. 1881.

mocą mleka. Nadto wprost i pod względem gruźlicy mamy także dodatnie dowody; doświadczenia mianowicie nad karmieniem zwierząt produktami i mlekiem, pochodzącym z krów dotkniętych perlicą, chorobą, o której związku z gruźlicą jeszcze niżej będzie mowa, dowiodły, że pasorzyty wnikać mogą i przez kanał pokarmowy. Orth i Aufrecht¹⁾ widywali zawsze przy tem wybuch ogólnej gruźlicy, natomiast Virchow²⁾ i Siedamgrotzki³⁾, który przemawiał w imieniu komisji, wysadzonej przez saskie Ministerystwo rolnictwa, twierdzą, że wybuch gruźlicy nie zawsze się zdarza, nie mogą jednak zaprzeczyć, że czasami bywają przypadki, w których przyjąć należy możliwość zarażenia skutkiem użycia mleka lub mas gruźliczych z krów, dotkniętych perlicą. Ostatecznie więc powiedzieć należy, że chociaż pasorzyty znajdują w ogóle w kanale pokarmowym więcej przeszkód aniżeli w płucach, to jednak przyjąć należy, że, jeżeli w pokarmach znajdzie się ich dużo, wtedy mogą przenikać do ustroju i zarażać go gruźlicą. Nie należy też zapominać, że jeżeli błona śluzowa kanału pokarmowego pozbawiona będzie nabłonka, wtedy wnikanie pasorzytów o wiele będzie łatwiejsze. Czy wtedy pierwszym objawem choroby mają być owrzodzenia w kiszkiach i gruczołach kręzkowych (*phtisis mesaraica*), jak to mianowicie tak często widzujemy u dzieci, tego na pewno nie wiemy; sądzę wszelako, że nie należy zbyt wyłącznie z umiejscowienia zmian sądzić o drodze, przez którą wnikły pasorzyty do ustroju i odwrotnie. Tak na tę rzecz zapatruje się i Klebs⁴⁾, który idzie może nawet zbyt daleko, twierdząc, że wszystkie przypadki gruźlicy powstają wskutek zarażenia się przez kanał pokarmowy.

(C. d. n.)

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ WYDZIAŁOWEJ PROFESORA LAMBLA.

II. WRODZONE POŁĄCZENIE KOMÓREK SERCOWYCH

(*Communicatio ventriculorum cordis congenita*).

Napisał

Henryk Pacanowski

Asystent kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Z tem wszystkiem jednak, lubo uznajemy zgrubienia zapalne we wsierdzu u naszego chorego za najgłówniejszy warunek powstania otworu w przegrodzie międzykomórkowej, musimy wszelako wyrazić pewne zastrzeżenie odnośnie do pojmowania natury owego zapalania. Dawniejsi autorowie, jak Meyer, Kussmaul i t. d. ograniczają się na dowolnem wyrażeniu „endo-

1) Path. Mittheilungen; ref. w C. f. d. med. Wiss. Nr. 3, 1882.

2) Ber. kl. Woch. 1880. Nr. 14 i 15.

3) Arch. f. wiss. Thierheilk. T. 8 ref. w C. f. d. med. Wiss. Nr. 31, 1882.

4) Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

carditis”, bez dokładniejszego objaśnienia, jakie mianowicie zapalenia pod tą nazwą rozumieją. Jest to pytanie nader ważne.

Co właściwie pojmujemy pod nazwą „zapalenia wsierdza”? Tu, jak w każdym innym zapaleniu, mamy przedewszystkiem przekrwienie, rozpulchnienie tkanki, a następnie wysięk, który po pewnym czasie dalszym ulega zmianom, jako to przeistoczeniu tłuszczowemu, zwapnieniu i t. p., albo też następuje owrzodzenie z częściowem zniszczeniem zastawek lub pozostałych części wsierdza; jest to więc sprawa niszcząca, rozpadowa. Napotykamy ją zwykle przy wysypkach ostrych (tyfus, ospa i inne), gorączce pługowej, ropnicy i posocznicy; do niej należy także t. zw. dyfterytyczne czyli pasorzytne zapalenie wsierdza (*endocarditis mycotica vel diphtheritica*); przebiega ostro, gwałtownie, z objawami gorączkowemi, daje zatory w różnych narządach i często kończy się śmiercią. Lecz obok takiego właściwego zapalenia znaną jest druga postać, tak zwana sprawa wytwórcza czyli hyperplastyczna, która i anatomicznie i klinicznie zupełnie się różni od poprzedniej. Na te różnice już przed 20-tu przeszło laty zwrócił szczególnie uwagę Lamb l¹⁾, którego poglądy podzielał również L u s c h k a. Według L a m b l a sprawa wytwórcza jest wręcz przeciwną zapaleniu wysiękowemu z owrzodzeniem, gdyż polega nie na rozpadzie części składowych wsierdza, lecz na tworzeniu się tkanki s t a ł e j, pozostającej biorącej początek z komórek wsierdza. Nowa tkanka rośnie coraz dalej, czerpiąc swój materiał odżywczy z tych samych, co i wsierdzie, źródeł; składa się albo z samych tylko komórek, albo tworzy tkankę łączną, bądź więcej jednolitą, szklistą, bez wyraźnej budowy, bądź włóknistą, zbitą nawet z domieszką włókien sprężystych. Kształt tych wyrosli bywa rozmaitym: w postaci guziczków, brodawek, stwardnień modzelowatych, wreszcie blaszek lub nitek ścięgnistych.

Tak więc różnica pomiędzy obydwoma postaciami zmian wsierdza: zapaleniem rozpadowem i sprawą wytwórczą, jest ogromną. Pierwsze rozwija się nagle, widocznie, gwałtownie; druga — powoli, stopniowo, skrycie, nawet bez wiedzy chorego niemal. Tam istnieje wysięk, który nie tylko nie może służyć do wytwarzania nowej tkanki, lecz przeciwnie, powodując zaburzenia w odżywianiu, przyczynia się do niszczenia dawnej), tu natomiast widzimy prawidłowy rozwój jednej komórki z drugiej, bez pośrednictwa jakiegokolwiek wysięku.

Otóż w naszym przypadku możemy przypuścić istnienie podobnego stanu rzeczy, który więc nazwiemy nie „zapaleniem wsierdza“, lecz po prostu r o z r o s t e m (*hyperplasia*). Musiał on powstać koniecznie przed końcem drugiego

¹⁾ L a m b l. Aus dem Franz-Joseph Kinder-Spitale. 1860. str. 152 i nast..

²⁾ Coś podobnego spotykamy także na innych błonach surowiczych. Zrosty opluonej znajdujemy przy oględzinach pośmiertnych bardzo często, gdy tymczasem za życia chorego wcale zapalenia opluonej nie przechodził. Tak samo u naszego chorego zrosty sieci (*omentum*) z brzo-
giem wątroby zależały jedynie od ustawicznego leżenia na prawym boku, a blaszki ścięgniste na osierdzu od tarcia prze rosiej prawej komórki o listek zewnętrzny tegoż.

miesiąca życia zarodkowego, a wpłynął nań być może—*sit venia verbo* — gościec, jaki w tym czasie przechodziła matka chorego.

Sprawa rozrostowa rozpoczęła się zapewne pierwotnie albo na wsierdziu lejka tętnicy płucnej, albo na niedokończonej przegrodzie międzykomórkowej i ztąd mogła się posunąć dalej na zastawkę trójdzielną, oraz na ujście tętnicy płucnej. Dla czego jednak przeszkodziło to przegrodzie zarosnąć? Owszem zdawałoby się odwrotnie; w obec rozrostu wsierdzia, a więc powiększonego odżywiania i produkcji, nientworzona jeszcze górna część przegrody międzykomórkowej powinna była raczej daleko prędzej się ukończyć. Lecz mniemanie takie jest tylko pozornie słusznem. Musimy bowiem zważyć, że 1) zgrubienia, otaczające dokoła otwór w przegrodzie, były to zbite, twarde, modzełowate masy, posiadające mało żywotności i w których naczynia zazwyczaj ulegają zanikowi; 2) przegroda wyrasta prawidłowo w kierunku prostopadłym od dołu ku górze, gdy tymczasem rozrost wsierdzia w postaci blaszek ścięgniastych odbywa się przeciwnie po powierzchni, a zatem w innym zupełnie kierunku; 3) wreszcie, obok tych dwóch głównych powodów, dalszą przeszkodą dla zamknięcia przegrody było skierowanie się krwi ku lewej komórce, skutkiem napotykaney przeszkody w lejku tętnicy płucnej, w którym blaszki zgrubiałego wsierdzia zewęzwały przeważnie dolny jego otwór, łączący go z właściwą jamą prawej komórki.

Rozrost wsierdzia nie zawsze daje tkanki jednolite; w jednym miejscu tworzą się zgrubienia w kształcie błon, w innych w postaci twardego okrągłego sznurka (np. listek wewnętrzny zastawki trójdzielnej) lub guziczków, w których odkładają się sole wapienne (np. zastawki tętnicy płucnej u naszego chorego).

Zwężenie odnosiło się w naszym przypadku wyłącznie do lejka tętnicy płucnej (*resp.* dolnego obwodu), a więc odpowiadało temu, co *Kussmaul*¹⁾ jako odrębną formę pod nazwą „*stenose des conus*” opisał; *Rokitansky* nie zgadza się na to i przedstawia zwężenie lejka zawsze w połączeniu ze zwężeniem samej tętnicy płucnej. Natomiast, co się tyczy ujścia i pnia tętnicy płucnej u naszego chorego, to takiej budowy żaden z poprzednich autorów dotąd nie spostrzegwał. Mianowicie tętnica płucna była bardzo szeroką ze zgrubiałemi ściankami; średnica jej wynosiła 3½ centym. (aorty tylko 2) nawet ujście (*ostium*) tętnicy płucnej, lubo węższe od pnia (*truncus*) ze względu na zgrubienie zastawek, wąskiem nie było, ponieważ średnica jego wynosiła 3 etm. (ujście aorty 2½). Było tu więc tylko zwężenie ujścia względne, lecz rozszerzenie absolutne. Oprócz rozszerzenia ścianki tętnicy płucnej były bardzo grube, prawie dwa razy grubsze, niż w stanie prawidłowym. Podobny stosunkowo stan widzieliśmy także w najdrobniejszych rozgałęzieniach tętnicy płucnej na rozkroju mięszu płuc.

Ponieważ tętnica płucna zawiera krew żylną, przeto budowa jej w stanie prawidłowym bywa raczej do żył zbliżoną, to co *Kussmaul* nazywa „*venenartiger Beschaffenheit*”; tymczasem w naszym przypadku posiadała ona za-

¹⁾ *Kussmaul* l. c. str. 123 148.

pełnie cechy aorty; możnaby to nazwać *arterisatio*. Co wpłynęło na tak niezwykły jej przerost, trudno orzec. Sądząc z powyższego, należałoby wnosić iż główną przyczyną jest obecność w tętnicy płucnej krwi utlenionej z lewej komórki, czyli że tlen wywierałby wpływ drażniący na jej ścianki. Na podobny stan zwrócił już uwagę Bouillaud, który przy tętniaku żyłakowem (*aneurisma varicosum*) znajdował ścianki żył przerosłymi i zbliżonemi budową do tętnicznych, a to wskutek przepływania krwi z tętnicy do żyły. Obok tej przyczyny jednakże sądziłbym, iż do przerostu ścianki tętnicy płucnej mogło się przyczynić także nagromadzenie większej daleko, niż prawidłowo, ilości krwi w niej z powodu napływania tejże przez otwór w przegrodzie z lewej komórki, z drugiej zaś strony z powodu utrudnionego jej odpływu z tętnicy płucnej przy istniejącym ogólnym zastoju krwi żyłnej w ustroju (*resp.* małym napełnieniu aorty i tętnic całego ciała).

Jeśli więc po tem wszystkim, co powiedziałem, będziemy prawą komórkę wraz z wychodzącą z niej tętnicą płucną rozpatrywali w całości i porównamy z lewą, to przekonamy się, iż wzajemny ich do siebie stosunek był zupełnie odwrotnym: 1) komórka prawa przewyższała grubością swych ścianek lewą; 2) ujście i pień tętnicy płucnej były prawie dwa razy szersze od aorty; 3) blaszkowate zgrubienia na błonie wewnętrznej (*intima*) tętnicy płucnej zwykliśmy zawsze napotykać raczej w aorcie, która w naszym przypadku była przeciwnie zupełnie gładką.

Podobna budowa tętnicy płucnej jest zjawiskiem wyjątkowem. W znanych mi opisach nigdzie takiej spotkać nie mogłem. O ile wszyscy prawie autorowie znajdowali prawą komórkę przerosłą, o tyle tętnica płucna prawie zawsze była opisywaną jako węższa i cieńsza od aorty; rzadko szeroka i cienka, lub też zgrubiała i wazka. U Rokitańskiego w kilku przypadkach ze zgrubiałą tętnicą płucną lejek jej był rozszerzonym, a nie wązkim; to samo w przyp. 18 (str. 23) z prawidłowem ustawieniem tętnic i otworem w przegrodzie na 3 millim. szerokim (u jednomiesięcznego dziecka). W przyp. 23 (str. 29) rozszerzona tętnica płucna wychodziła z lewej komórki. Przytoczyłem kilka tylko faktów z Rokitańskiego, aby dowieść, że, bez względu na niezmiernie liczny materiał kazuistyczny, żaden z jego przypadków (jak również żaden z opisanych u innych autorów) nie był podobnym do naszego.

Teraz możemy z niejakim prawdopodobieństwem przedstawić, w jakim kierunku strumień krwi szedł przez otwór w przegrodzie. Gdzie aorta i tętnica płucna wychodzą obie z prawej komórki, tam naturalnie krew iść musi z lewej do prawej; jeśli obie tętnice wychodzą z lewej, będzie odwrotnie. Gdy wszelako ustawienie ich będzie prawidłowem, lub gdy aorta jednocześnie z obu komórek bierze początek, pytanie jest trudniejszym do rozwiązania. U naszego chorego musiało bezwątpienia być i jedno i drugie, w dwóch różnych okresach życia, t. j. płodowym i zewnątrzmacicznym. W okresie pierwszym kierunek był z prawej do lewej komórki: 1) skutkiem zwięzienia lejka tętnicy płucnej; 2) ponieważ przegroda, oddzielająca właściwą jamę prawej komórki od lewej, była wypukłą na lewo; przeciwnie zaś w drugim okresie, po urodzeniu, kierunek był odwrotnym, a tym, a to wskutek zmienionych warunków krążenia: zam-

knięcia przewodu B o t a l'a i poczynającego się oddechania płucami. M e y e r jest przeciwnego zdania, twierdząc, iż raz ustanowiony w życiu płodowym kierunek z prawej komórki do lewej utrzymuje się i nadal. Że jednak w naszym przypadku kierunek rzeczywiście był odwrotnym, postaram się poprzeć następującymi dowodami:

1) aorta swem ujściem sterczała ponad otworem w przegrodzie tak, jak gdyby stanowiła bezpośrednie jego przedłużenie. Gdyby więc strumień szedł z prawej komórki do lewej, byłyby podczas skurczu serca wszelkie warunki do przeprowadzenia szmeru do aorty i tętnic szyjowych, czego u naszego chorego nie było; 2) rozszerzenie i zgrubienie ścianek pnia tętnicy płucnej nadawało tejże zupełnie cechy aorty. Jeśli przypuścimy, że prawa komórka oddawała lewej część swej krwi, w takim razie niepodobna byłoby objaśnić przerostu tętnicy płucnej, która musiałaby raczej być zwężoną i cienką; aorta natomiast, otrzymując więcej krwi, szeroka. 3) Z tego samego powodu nastąpił przerost prawej komórki, która, oprócz swej własnej, była zmuszoną wydalać do tętnicy płucnej część zawartości lewej komórki. 4) Zgrubienia na błonie wewnętrznej (*intima*) tętnicy płucnej świadczyły, że musiała otrzymywać daleko więcej krwi, niż aorta. 5) Górna część przegrody międzykomórkowej, tworząca tylną ściankę lejka tętnicy płucnej, była wyraźnie wypukłą na prawo, co zależało niewątpliwie od parcia krwi, idącej z lewej komórki do prawej. 6) Wreszcie przy t. zw. tętniakach przegrody komórkowej powstałych w życiu poporodowym takowa (*resp. pars membranacea*) również skierowana jest na prawo. (R o k i t a n s k y l. c. str. 141).

Pozostaje mi jeszcze zwrócić uwagę na inne drogi płodowe — *foramen ovale, ductus Botuli*. Nie posiadają one wybitnego znaczenia przy brakach częściowych przegrody, ponieważ znajdowano je raz otwartymi, to znów zamkniętymi. M e y e r tłumaczy pozostawanie po porodzie otworu, łączącego przedsionki sercowe, tem, iż z powodu małego napływu krwi do płuc przez zwężoną tętnicę płucną niewielka też ilość przechodzi do lewego przedsionka, który tym sposobem nie może z dostateczną siłą opierać się prawemu, zwłaszcza w obec znacznego zastój w całym układzie krążenia płucnego; zbytnia ilość krwi z przepelnionego prawego serca przechodzi przez otwór owalny do lewego. To samo odnosi się do przewodu B o t a l'a, który nietylko pozostaje często otwartym, lecz nawet rozszerzeniu ulega, część krwi bowiem tędy przedostaje się z aorty do płuc. W tych zaś rzadkich przypadkach, gdzie M e y e r znajdował przewód zarosłym, tłumaczy on to zrównoważeniem krwiobiegu za pomocą rozszerzenia się *aa. bronchiales*.

W naszym przypadku nie mogę powiedzieć nic stanowczego o otworze owalnym, ponieważ podczas nieostrożnego wycinania serca przegroda przedsionkowa została niestety trochę uszkodzona. Co zaś do przewodu B o t a l'a, takowy był zanikłym i miał kształt powrózka, w którym od strony obu tętnic zachowały się małe zagłębienia jako ślad istniejącego niegdyś kanału. Zarosnięcie przewodu prawdopodobnie potęgowało jeszcze zastój w prawym sercu i płucach, oraz wpłynęło na tem większy przerost i rozszerzenie tętnicy płucnej.

Już po ukończeniu niniejszej pracy znalazłem przypadkowo artykuł Orth'a¹⁾ o obchodzącym nas przedmiocie, w którym tenże przedstawia opis dwóch spostrzeżeń. W obu były zgrubienia wsierdzia prawej komórki. Szczególniej do naszego zbliżonym jest drugi przypadek (u 20-letniego mężczyzny). Dolny otwór lejka tętnicy płucnej otoczonym był ścięgnistym pierścieniem zgrubiałego wsierdzia; sama tętnica nieco szersza, lecz i cieńsza od aorty; ustawienie ich względem siebie prawidłowe. Część błoniasta przegrody zachowana, otwór zaś mieścił się przed nią, w tylnym dziale przegrody przedniej.

Po omówieniu krytycznem istniejących teoryj autor dochodzi do tegoż wniosku co Meckel i Rokitański; mianowicie przypuszcza pierwotny niedorozwój przegrody obok prawidłowego ustawienia tętnic. Odrzuca on teoryję Meyer'a na tej głównie zasadzie, iż lejek tętnicy płucnej, którego tylną ściankę, jak dowiódł Rokitański²⁾, stanowi przedni dział przedniej przegrody, wytwarza się u zarodka jednocześnie z tylną częścią przedniej przegrody (str. 543), a zatem zgrubienia wsierdzia, znalezione w obu przypadkach, nie mogły powstać wcześniej i przeszkodzić zarosnięciu przegrody. Otóż pod tym względem autor jest w błędzie, Rokitański bowiem na str. 79 wyraźnie mówi: „Das Septum ventr. inserirt sich an den beiden Atrioventricularlippen und zwar so, dass es sich vorne an dem rechtsseitigen Ende der vorderen Lippe verläuft. Von hier greift es als vorderer Septumschenkel an den Truncus arteriosus“. „Dabei hat es oben einen von der hinteren Lippe bis hieher reichenden Defect“. A niżej: „Nun giebt es von hier ab noch eine Strecke, welche hinten an die eben angedeutete Stelle am rechtsseitigen Umfange des Truncus, die nach der Scheidung desselben an die Aorta geriehet, reicht, innerhalb welcher der Defect noch nicht ausgefüllt ist. Es ist in diesem Stadium die Lungenarterie definitiv in den rechten Ventrikel gelangt, die Aorta aber steckt auch noch im demselben oder gehört noch bei den Ventrikeln an“. Na str. 126 zaś Rokitański mówi o brakach w przedniej części przedniej przegrody: „Der Zeitpunkt der Hemmung (des vorderen Schenkels in der Richtung des Septum Trunci) muss in eine der Vollendung des hinteren Theiles des vorderen Septums vorangehende Periode fallen“.

Widzimy więc, iż utworzenie się tętnicy płucnej, a w szczególności jej lejka, następuje wcześniej, zanim tylna część przedniej przegrody zostaje ukończoną.

NOTATKI LEKARSKIE.

27. Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznej (*paraplegia hysterica*) u mężczyzny.

Jak to powszechnie wiadomo, porażenia kończyn dolnych spostrzegane bywają stosunkowo dosyć często u kobiet histerycznych. Choroba ta, chociaż bardzo rzadko, napotyka się jednakże również i u mężczyzn, nawet w najbardziej typowej formie, jak o tem liczne opisy pomieszczone w specjalnych pra-

¹⁾ Orth. Zwei Fälle von Defect im Septum ventr. nebst Verengung der Lungenarterienbahn. (Virch. Archiv Bd. 82. str. 529).

²⁾ Rokitański. Die Defecte der Scheidewände des Herzens etc.

cach pod tym względem świadczą: do rzadkich jednakże przypadków należą porażenia kończyn dolnych u mężczyzn historyków, jak to właśnie miałem sposobność spostrzegać temi czasy tego rodzaju przypadek na moim oddziale w szpitalu, a które pokrótce do wiadomości Sz. Czytelników podaję.

R. oficyjalista prywatny, lat 29 mający, przybył do szpitala d. 6. XII. 1882 z powodu bezgłosu i silnej duszności od kilku tygodni trwającej. Chory wśród niezwykle silnej duszności, ledwo dosłyszalnym szeptem opowiedział nam następujący przebieg. W dzieciństwie często bardzo zapadał na kaszel; z czasem kaszel ustąpił zupełnie, pozostał jednakże stale nieznaczny brak tchu; zresztą innych chorób wcale nie przechodził. Przed niespełna miesiącem w czasie pobytu w Wiedniu uległ mocnemu zaziębieniu, zaczął mocno kaszlać i nieco ochryplę; w czasie tejże choroby nagle dowiedział się o śmierci swego przyjaciela, co go w niezwykle sposób przeraziło i od tej chwili stan jego znakomicie się pogorszył, duszność wzmogła się znacznie, głos zupełnie zniknął; w tym stanie przywieziono go do Warszawy. Przy badaniu chorego znaleźliśmy stan następujący. Stan bezgorączkowy, duszność niezwykle silna, chory leżeć nie może, od kilku dni zupełna bezsenność. Ogólne odżywianie licke, dość znaczny stopień bezkrwistości, badanie klatki piersiowej wykazało granice płuc nieco poniżone, nigdzie objawów zgęszczenia, wszędzie słyszeć się daje słaby oddech pęcherzykowy, nigdzie rzeżeń nie słychać, tony serca dosyć słabe lecz czyste, granice serca nie powiększone.

Badanie krtani wykazało: lekkie zaczerwienienie jednostajne obu strun głosowych prawdziwych, jakoteż na głośni i tylnej ścianki, silne porażenie mięśni głośni wiezowej i chrząstkowej (*paresis musculorum glottidis*). Kaszel nieznaczny ze skąpą śluzową plwociną. Język czysty, brak łaknienia zupełny, brzuch zapadnięty, bezbolesny z wyjątkiem okolicy dołu biodrowego lewego, przy ucisku której występuje silna bolesność, oraz znaczne wyprężenie się chorego. Śledziona prawidłowa, stolce prawidłowe. Kolumna kręgową, szczególnie w części środkowej bolesna przy dotykaniu, przy mocniejszym nacisku występuje podobne wyprężanie się całego ciała, jak i przy dotykaniu wyżej wzmiankowanej okolicy brzucha. Chory niezwykle osłabiony głównie bezsennością nocami, podnieść się z łóżka prawie nie może; mocz czysty, białka nie zawiera; choremu zaleciłem bromek potasu w połączeniu z wodanem chlorału. Tegoż dnia w nocy po kilku godzinach zupełnej bezsenności u chorego wystąpił silny napad nerwowy; chory w przeciągu godziny doświadczał co kilka minut silnego wyprężenia się całego ciała, jednocześnie duszność wzmagała się znacznie, przybierając od czasu do czasu charakter oddechu *Cheyne-Stoke's'a*, przytomność przytem pozostawała zupełna. W ciągu całego tygodnia stan chorego pozostawał bez zmiany; pod wpływem chlorału spał on wprawdzie nieco, napady jednakże powyżej opisane (z których jeden sam widziałem) występowały codziennie nawet po kilka razy dziennie w różnym stopniu natężenia, poczynając od lekkiego wyprężania się aż do niezwykle silnych wyprężeń trwających prawie godzinę, przy których chory przygryzał z bólu sobie język. Widząc bezskuteczność środków zalecanych (chlorał, bromek potasu, środki odciągające i t. p.), a przytem przyjmując napady owe za czysto hysteryczne, postanowiłem podziałać na chorego psychicznie i w tym celu wobec mocno wystraszonej rodziny chorego, silnie go wykrzychałem, mówiąc mu, że powinien stanowczo zapamiętać nad sobą, udaje bowiem więcej aniżeli naprawdę jest chory. Środek ten w istocie poskutkował; na drugi dzień rano głos choremu powrócił zupełnie, opowiedział mi przytem zupełnie czystym głosem, że czuł się tak dotkniętym moimi wymówkami, że postanowił użyć całej siły woli, aby nie dopuścić do rozwoju napadu i w istocie pasował się kilka godzin sam z sobą przy poczynających się wyprężeniach ciała i zawsze przy silnym wysiłku był w stanie nie dopuścić do rozwoju zupełnego napadu, wreszcie około północy niezwykle

zmęczony zasnął i pierwszy raz bez pomocy chloralu przespał kilka godzin, obudziwszy się ku swojemu wielkiemu zdziwieniu z zupełnie czystym głosem; jednocześnie i duszność ustąpiła, a chory oddechał prawidłowo; jednym słowem z wyjątkiem silnego osłabienia, choremu nic więcej nie dolegało. Przy dotykaniu jednakże wyżej wzmiankowanej okolicy brzucha występowało lekkie wyprężenie tułowia, a chory jednocześnie stawał się mocno niespokojnym. Od tej pory stan chorego poprawiał się z dnia na dzień, siły wzmagaly się, duszność nie wracała wcale, sen i łaknienie były wyborne, od czasu jednakże do czasu występowało jeszcze lekkie wyprężenie tułowia. Chory w końcu Grudnia w zupełnie dobrym stanie opuścił szpital.

Jednakowoż po upływie zaledwie trzech tygodni znowu przywieziono go do szpitala, chory bowiem, będąc zupełnie zdrowym przez dwa tygodnie, w trzecim tygodniu po jakimś przejściu moralnem zaczął znowu doznawać napadów duszności i wyprężania tułowia coraz silniej się wzmagających jednocześnie i głos zniknął zupełnie. Dnia 21 Stycznia znalazłem stan następujący: chory był niemal zupełnie obezwładniony, w stanie apatycznym, nic nie mówi. Przytomność zupełna, stan bezgorączkowy, tętno 60, oddech silnie utrudniony; od kilku dni bezsenność zupełna, język suchy, brak łaknienia zupełny, od czasu do czasu szczególnie w nocy występują napady duszności i wyprężanie tułowia podobne do wyżej szczegółowo opisanych. Choremu zalecono bromek potasu, oraz kozłek (*valeriana*). W ciągu dnia następnego napady występowały rzadziej, głos powrócił raptownie. W ciągu kilku dni następnych znowu napady się wzmogły, chory leży bezwładnie, nic wziąć do ust nie chce; w dniu 27 rano znowu utrata głosu, chory leży apatycznie; przy ucisku na okolice biodrową lewą występuje silne wyprężenie tułowia; toż samo lecz w mniejszym stopniu przy ucisku na kolumnę kręgową. Zalecono wyjodynować silnie skórę wzdłuż kolumny kręgowej, wewnątrz *inf. valerianae*; taki stan niemal bez zmiany trwał do pierwszych dni Lutego; chory literalnie w ciągu ostatnich dni nic do ust nie brał; wycieńczył się on niezwykle, sen jednakże nieco powrócił, napady stawały się rzadkimi, bezgłos trwał ciągle. Poczynając od 8 Lutego stan zaczął się powoli poprawiać, napady ustąpiły, łaknienie wróciło, toż samo sen, chory stopniowo przychodził do sił. 18 Lutego po silnym przestraszeniu (napad manijakalny u sąsiedniego chorego) znowu wystąpiła silna duszność i znaczniejsze osłabienie. 22 Lutego głos wrócił raptownie, siły coraz lepsze, sen dobry, tak samo łaknienie.

W ostatnich dniach Lutego chory czuje się coraz lepiej, próbował wstać po raz pierwszy z łóżka, uczuł jednakże, że tego uczynić nie jest w stanie, nogi bowiem były prawie zupełnie bezwładne. Badanie szczegółowo wykazało: chory ustać na nogach prawie zupełnie nie może, upada natychmiast. Czucie na stopie prawej i goleni szczególnie na stronie wewnętrznej znacznie osłabione, istnieje niemal zupełna analgezyja; toż samo spostrzegać się daje na prawej ręce, a przeważnie w wysokim stopniu na całej powierzchni małego palca i połowie palca następnego. Na lewym udzie i innych miejscach prawej połowy ciała czucie prawidłowe. Cała lewa połowa ciała wykazuje jednostajny, nieznaczny stopień niedoczulości (anestezji). Przy ucisku na obie okolice dołów biodrowych, a szczególnie lewego występuje silne wyprężanie tułowia. Odruch kolanowy w prawej nodze wzmożony, w lewej prawidłowy. Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zaburzeń nie ma. W ciągu tygodnia siła w nogach nieco się poprawiła; chory był w stanie przy pomocy kul nieco chodzić. 5. III. chód lepszy, chociaż przy wstawaniu chory mocno się chwieje i upada, chcąc stąpnąć bez pomocy kuli. W ciągu dziesięciu dni następnych chód stawał się coraz lepszym; w dniu 16-ym chód prawie zupełnie dobry pozostaje, lekkie utykanie na prawą nogę. Zresztą żadnych innych zбоceń nie ma. Od tej pory chory coraz szybciej się poprawiał, a wypisując się w dniu 28 Marca przedstawiał stan następujący: stan ogólny wyborny, sen i łaknienie

prawidłowe, kaszlu nie ma, oddech prawidłowy. Chód zupełnie prawidłowy z bardzo nieznaczem utykaniem na prawą nogę; siła w nogach dobra, chodzić może bez zmęczenia godzinami. Anestezja i analgezyja prawej strony zupełnie zniknęła, tak samo nieznaczna anestezja z lewej strony. Przy ucisku na okolice dołu biodrowego lewego występuje nieznaczne wyprężenie tułowia. Głos chorego zupełnie czysty, badanie krtani wykazało zupełnie prawidłowy obraz laryngoskopijny. Chory zupełnie czując się zdrowym, powrócił do swego zajęcia, widziałem go od tego czasu jeszcze kilkakrotnie, czuł się ciągle dobrze i, o ile mi wiadomo, dotychczas w tymże stanie zadawalniającym pozostaje.

A. Sokołowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

47. Jaksch R. O klinicznym znaczeniu wydzielania peptonu z moczem (*Peptonuria*).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Z przytoczonych tedy liczb i spostrzeżeń Jaksch'a wynika, że peptonuryja bezwarunkowo najczęściej zjawia się przy sprawach chorobowych, którym towarzyszy wchłanianie ropnych, lub przynajmniej w komórki obfitych wysięków, że zatem zjawienie się peptonu w moczu budzi uzasadnione podejrzenie istnienia takiej sprawy w ustroju. Jest to tem pewniejszą rzeczą, że sprawy, przy którychby zresztą występowała peptonuryja, są takiego rodzaju, iż ich rozpoznanie żadnych nie stanowi trudności; są to mianowicie podług Maixner'a i Jaksch'a: otrucie fosforowe, gnilec i rak żołądka. Obecność peptonu w moczu w jednym przypadku tyfusu (Maixner) uważać należy za wyjątkowe. Jakkolwiek wszakże występowanie tego objawu podług tego, co powiedziano wyżej, pozwala z nadzwyczajnem prawdopodobieństwem wnioskować o istnieniu ogniska, w którym komórki ropne ulegają rozpadowi, to chyba rzadko kiedy znaleźć się możemy w położeniu użycia go w celu różnicoworozpoznawczym, ponieważ zwykle sprawy odnośne na zasadzie innych oznak z łatwością rozpoznaniem bywają. Tam wszakże, gdzie z jakichkolwiek powodów tych cech rozpoznawczych nie dostaje, znalezienie peptonu w moczu istotną może oddać przysługę. Zdarza się to np. wtedy, gdy ognisko zapalne jest dla fizykalnego badania niedostępne, lub gdy chodzi o nagromadzenie cieczy, a przekłucie próbne nie może być dokonaniem. Ale, jeśli rzadko tylko na tym jednym objawie rozpoznanie opierać nam przychodzi, to znowu wobec zresztą dobrze rozpoznanego cierpienia daje nam peptonuryja wskazówki bardzo cenne co do przebiegu choroby. I tak: występowanie peptonu w moczu przy zapaleniu płuc jest znakiem, że nacieczenie zapalne ulega wessaniu; ustanie natomiast peptonuryi wskazuje przerwę w wessaniu, czy to, że już cały wysięk wchłonięty został, czyli też, co daleko rzadziej się zdarza, uległ innym przemianom. O znaczeniu peptonuryi przy ocenie biegu wchłaniania wysięków opłucnej, mianowicie zaś przy ocenie skutku przekłucia, już była mowa powyżej.

W jednym też przypadku peptonuryja posłużyła Jaksch'owi do rozpoznania ropnej torbieli jajnika i jej przerwania do otrzewnej, stwierdzonego we wszystkich szczegółach pośmiertnymi oględzinami. Podobnie widział on w jednym przypadku zapalenia opon mózgowodzeniowych przepuszczającego u 27-letniego mężczyzny, że przy kilkakrotnie powtarzających się napadach zjawisk mózgowych i gorączkowych, po każdym takim powrocie zjawiała się pepto-

nuryja. Każdemu powrotowi gorączki towarzyszył nowy wybuch objawów chorobowych, a więc świeże nacieczenie ropne opon, za czym przemawiały objawy kliniczne, po każdym bowiem nasileniu gorączki nasilały się też przypadki nerwowe, jak sztywność karku i porażenie twarzy. Towarzysząca za każdym razem spadkowi ciepłoty peptonuryja wskazywała, że część wysięku, ponownie wessaniu uległa. Stosownie do tego sekcya istotnie wykryła świeższe i starsze ogniska zapalne w oponach. Zdaniem J a k s c h'a, na zasadzie tego spostrzeżenia i jeszcze 5 innych nagminnego zapalenia opon można przypuścić, że występowanie peptonuryi należy uważać za oznakę, iż chodzi o świeże zbiorniki ropne w oponach. Gdy w dalszym przebiegu choroby peptonuryja ustaje, wnosić wypada, że albo sprawa zapalna w oponach zupełnie się ukończyła, albo też, jeśli jeszcze objawy mózgowie trwają, że sprawa z okresu ostrego przeszła w przewlekły, że więc powstały łącznotkankowe nowotworzenia w oponach. Co do różnicowo rozpoznawczego znaczenia peptonuryi pomiędzy zapaleniem grzliczem a nagminnem opon, na które dawniej M a i x n e r i J a k s c h kładli nacisk, to podług nowszych badań tego ostatniego rzadko kiedy istotnie ważnego dostarczono wyniku.

(*Zeitschrift f. klinische Medicin, Tom VI, Zeszyt 5*).

A. Fabian.

Ze względu na praktyczną doniosłość peptonuryi dodajemy tu jako przypisek opis ważniejszych odczynów chemicznych peptonu, jako też sposoby systematycznego jego poszukiwania w moczu, podług ostatniego wydania Uroskopii N e n b a u e r'a, opracowanego przez H u p p e r t'a i T h o m a s'a (1881 r.).

1) Pepton, choć według D r e s c h e l'a do krystalizacyi zdolny, zwykle otrzymuje się w postaci bezkształtnej; rozpuszcza się on w wodzie, natomiast z trudnością (choć lepiej jak zwykle białko) w wysokoku; z roztworu obojętnego wyskok strąca zlewające się kłaczkę, które jeszcze po dłuższem pozostawianiu pod wyskokiem łatwo się w wodzie rozpuszczają. Wodne roztwory peptonu dyfundują choć nie zbyt łatwo, ale zawsze łatwiej niż zwykle białko lub globulina. Polaryzuje światło na lewo. Przez kilkogodzinne ogrzanie suchego peptonu do 140° pepton białkowy zamienia się w ciało dające odczyn hemialbuminozy.

2) Peptony łączyć się mogą z zasadami, kwasami i solami, podobnie jak inne ciała białkowate.

3) Przy ciepłocie wrzenia bez względu na odczyn cieczy (kwaśny czy zasadowy) roztwór peptonu nie daje osadu.

4) Sole obojętne nie osadzają peptonu z jego roztworów.

5) Pepton nie strąca się ani na zimno, ani na gorąco z kwasami: solnym, siarczanym, azotnym i octowym; ale w roztworze peptonu nasyconym solą gorzką po dodaniu kwasu powstaje osad. Podobnie nie daje osadu z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu.

6) Strąca się natomiast z kwasem metafosfornym, wobec wolnego kwasu z kwasem fosforno-wolframowym, fosforno-molibdenowym, z garbnikiem (*ac. tannicum*) i z kwasem pikrynowym.

7) Z pomiędzy soli metalicznych strącają pepton i chlornik rtęci azotan tlennika rtęci, jodek rtęci i potasu, jodek bizmutopotasu, octan ołowiu i ammonu, azotan srebra z małą ilością ammonii, chlornik złota i chlornik platyny; zasadowy octan ołowiu mać jedynie roztwory peptonu, sole tlennika żelaza nie tworzą osadu.

8) Wreszcie pepton daje odczyn barwne właściwe białku zwyklemu, a więc odczyn ksantoproteinowy (z kwasem azotnym stężonym) i odczyn biuretowy (zabarwienie pięknie fioletowe płynu powstałego przez rozpuszczenie

osadu białka z siarczanem miedzi w ługu alkalicznym lub roztworze węglańki alkalicznej), dla tego też poszukiwanie peptonu w moczu odbywać się może jedynie po usunięciu zeń białka, jeśli jest obecne: nie powinien też mocz zawierać tyle mucyny, by się za dodaniem kwasu octowego mącił. Wogóle mało tylko z powyższych odczynów peptonu daje się zastosować do jego poszukiwania w moczu, bo jedne nie są dość czułe, inne, jak garbnik i kwas pikrynowy, już w prawidłowym moczu tworzą osady, lub zmętnienie, inne wreszcie są wspólne dla wszystkich ciał białkowatych. Tylko kwas fosfornowolframowy w obecności kwasu octowego daje dodatni wynik. Od albuminy, globuliny i hemialbuminozy różni się pepton głównie odczynem pod 5 wspomnianym, t. j., że nie daje osadu z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu, nadto i swą niestrącalnością przy ciepłocie wrzenia.

Poszukiwanie peptonu w moczu odbywa się więc w następujący sposób:

1-o przynajmniej 0,5 litra moczu mieszamy z taką ilością obojętnego octanu ołowiu, aż powstanie osad gęsty kłaczkowaty i przesączamy. Koniecznym jest właściwie to strącanie octanem ołowiu jedynie wobec większej ilości śluzu, ale pożytecznym jest zawsze, bo mocz staje się jaśniejszym i przejrzystszy.

Teraz *a*. Jedną próbkę przecedzonego płynu mieszamy z kwasem octowym i kilku kroplami roztworu żelazocyanku potasu. Jeśli powstaje zmętnienie lub osad (mocz zawiera białko), wtedy postępujemy jak poniżej opisano pod *e*, jeżeli zaś nie powstaje osad, wtedy postępujemy podług *b*.

b. Do próbki przesączu dodajemy około $\frac{1}{5}$ objętości stężonego kwasu octowego, a potem kwasem octowym zakwaszony roczyn kwasu fosfornowolframowego. Gdy próbka po dłuższym stanie pozostaje niezmaczona, to mocz nie zawiera peptonu; gdy natomiast po jakimś czasie (10 minut) zjawi się mleczne zmętnienie to w moczu może być pepton, którego dalej szukamy podług *c* lub *d*.

c. Do całego, z nad ołowianego osadu przesączonego płynu tak długo dodajemy stężonego roztworu garbnika, dopóki jeszcze osad powstaje; osad ten wlewamy na sączek po 24 godzinnem odstaniu i wymywamy wodą, w której rozpuściliśmy nieco garbnika i siarczanu magnezyi, potem rozcieramy go na miseczce doskonale z nasyconą wodą barytową i po dodaniu kilku kawałków wodanu baryty przez kilka minut utrzymujemy w ciepłocie wrzenia; gdy osad już na zimno niedość dokładnie w wodzie barytowej rozarty został, to przy ogrzewaniu stapia się na żywicowate bryły, które zwolna tylko działaniu baryty ulegają. Po zagotowaniu cedi się znów płyn, dodaje jeszcze cokolwiek wody barytowej i miesza ciecz doskonale tak długo aż przesącz wyda się tylko słabo żółtym. Późem można ciecz przez dokładne zubożenie rozcieńczonym kwasem siarczanym oswobodzić całkowicie od baryty i dalszemu badaniu poddać dla oznaczenia peptonu.

d. Przesącz z nad osadu ołowianego mieszamy z 0,05—0,1 objętości stężonego kwasu solnego, a potem z kwaśnym roczynem kwasu fosfornowolframowego, dopóki już nie powstaje osad i zaraz przesączamy. Gdy bowiem ciecz nad osadem dłużej pozostawimy, to powstaje na nim nowy czerwony osad, który przy dalszem wykazaniu peptonu przeszkadza. Otóż osad zbieramy na sączku, obmywamy roczynem 3—5 objętości stężonego kwasu siarczanego w 100 centymetrach sześciennych wody dopóty, dopóki woda przesączana odpływa bezbarwną, potem jeszcze wilgotny osad rozcieramy z wodanem baryty, mieszamy z małą ilością wody, ogrzewamy zlekką i przesączamy. Kwas fosfornowolframowy przyrządzamy sobie w ten sposób, że do wrzącego roczynu kupnego wolframianu sody dodajemy kwasu fosforowego aż do wystąpienia kwaśnego odczynu i ciecz po ostudzeniu mocno zakwaszamy kwasem solnym (lub octowym), a po jednodniowym odstaniu przesączamy.

Z dwóch powyższych metod wydzielenia peptonu druga jest bezwarunkowo lepszą, łatwiej wykonaną i dokładniejszą.

e) Gdy mocz zawiera białko, należy wówczas przede wszystkim jednym ze znanych sposobów (wodanem ołowiu, lub octanem tlenika żelaza) ciecz tak dokładnie od białka oswobodzić, by już za dodaniem kwasu octowego i żelazocyanku potasu nie dawała zmażenia. Od białka oswobodzoną ciecz poddajemy dopiero badaniu dalszemu podług *b*, *c*, *d*.

2-o Ponieważ kwasy użyte do wydzielania peptonu z moczu, oprócz niego, strącają też inne substancyje, potrzeba więc otrzymane przy *c* i *d* cieczy poddać dalszemu badaniu co do ich zawartości peptonu. Najlepiej służy do tego próba biuretowa, bo w cieczy pozbawionej zwykłego białka chroni od pomyłek i jest bardzo czułą.

W tym celu do cieczy zawierającej barytę lub zalkalizowanej sodą, dodajemy kroplami bardzo rozcieńczony roztwór siarczanu miedzi; gdy ciecz przy pierwszych kroplach barwi się na kolor czerwony, to dodajemy roztwór miedzi dalej aż do największego nasilenia czerwono-fioletowej barwy płynu. Gdy w cieczy nie ma peptonu, to barwi się ona tylko na zielono lub na niebieskawo zielono. Powstający współcześnie osad baryty nie przeszkadza ścisłości odczynu. Przy sporządzaniu cieczy starać się należy o możliwą ich pierwotną bezbarwność wówczas bowiem odczyn bardzo wyraźnie występuje, cieczy żółte mogą zatrzeć całkowicie nawet mocno fioletowe zabarwienie. Wszakże nie godzi się odbarwiać płynów węglem zwierzęcym, bo tenże łatwo sam pepton pochłania. Wreszcie pamiętać należy, że otrzymany odczyn barwny nie zawsze jest wyraźnie fioletowy i przez wprawę nauczyć się trzeba dostrzegania mniej wybitnych zabarwień. Dalej otrzymane ciało okaże się stanowczo jako pepton, gdy po wysuszeniu i po kilkogodzinnem ogrzaniu do 140° przybierze odczyn hemialbuminozy, czem pepton białkowy różni się od klejowego peptonu. Naturalnie ta próba może być użytą tylko przy znaczniejszej ilości peptonu.

A. Fabian.

48. Lemcke. Przypadek niezwykłego obniżenia ciepłoty ciała.

L. opisuje przypadek, w którym ciepłota ciała, mierzona w kiszce prostej, w ciągu 27 godzin przed śmiercią wynosiła 23°—28° C. Po śmierci znaleziono świeży ograniczony wylew krwawy w średniej części rdzenia przedłużonego z lewej strony, w pobliżu dna 4-ej komórki, powyżej i na zewnątrz od jądra nerwu błędnego, poniżej i na wewnątrz od górnego jądra nerwu słuchowego. Spostrzeżenie to przemawiałoby za istnieniem w rdzeniu przedłonowym osrodka termicznego i mogłoby służyć za przyczynek do jego umiejscowienia. Szkoda tylko, że przypadek nie był zupełnie czysty. Chory był nałogowym pijakiem, nadto w moście V a r o l'a znalazło się małe ognisko rozmiękczenia.

(*Deutsches Archiv für klin. Med. Tom 34*).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W jednej z tutejszych klinik znajduje się chora, niestara, cierpiąca strasznie z powodu morfinizmu. Chora ta jeczy od samego rana, oczekując tęsknie ordynatora, aby jej zastrzyknął morfiac; w czasie tej operacyi sama ujmuje skórę w fałdę, a robi to z wprawą, jaką daje długie ćwiczenie. W rzeczy samej, w ciągu siedmiu lat oddaje się temu nałogowi, a ma skórę tak skłutą na plecach, piersiach i brzuchu, że formalnie organ ten jest zwyrodniony, stwardniały w tych okolicach. Dochodziła ona już do 7 gran dziennie, a i teraz na śniadanie robią jej 3—4 wstrzyknięć. Do takiego stanu doprowadził ją felezer, mieszkający na ulicy Browarnej, który lata całe bezkarnie robił jej zastrzykiwania; przychodził on do niej po 3 razy na dzień, biorąc za dobę od bie-

dnej żony mularza po rublu; ani chciał ruszyć pieniędzy, jeżeli grosza do rubla brakowało i w ten sposób wyzyskiwał głód morfinowy nieszczęsnej chorej, która w ten sposób trwoniła pieniądze ciężko zapracowane przez siebie i przez męża. Za tego rubla już dawał swoją morfinę. Komentarze do tego wypadku są zbyt liczne.

— D-r G e l i b t e r z Uściługa za pośrednictwem naszej Redakcyi odniósł się z prośbą do prof. N a w r o c k i e g o, aby lekcye zamierzone z różnych działów fizjologii przez wzgląd na lekarzy prowincjonalnych miewał codziennie. Oto odpowiedź prof. N a w r o c k i e g o: „Żądanie kolegi uważam za słusne i uzasadnione, lecz w obecnej chwili porządku, w jakim czytać będę lekcye, zmienić nie mogę, gdyż w tej formie otrzymałem pozwolenie od odpowiedniej władzy. I ja uważam krótkotrwałe kursa dla lekarzy prowincjonalnych za pożyteczne; w wielu miejscach za granicą odbywają się one regularnie. Wszakże projekt ten mógłby tylko wtedy przyjść do skutku, gdyby większa ilość specjalistów, przede wszystkim praktyków, zgodziła się na przeczytanie kursu jednocześnie w 3 lub 4 tygodnie. W takim razie i ja bym się chętnie zgodził na warunki podane przez kolegę G e l i b t e r a, gdyż mam nadzieję, że lekarz prowincjonalny, przybywszy do Warszawy dla odświeżenia sobie wiadomości z niektórych działów medycyny praktycznej, znalazłby wolną godzinę dla moich lekcji. W każdym razie koledze G e l i b t e r o w i należy się szczerza wdzięczność za to, że pierwszy poruszył kwestyję bardzo ważną; jeżeli głos Jego nie będzie głosem na puszczy i nawoływania z prowincyi powtarzać się będą, to mam nadzieję, że i w Warszawie zdołamy urządzić krótkotrwałe kursa dla lekarzy prowincjonalnych na wzór istniejących oddawna za granicą“.

F. Nawrocki.

Kwestyję tę i w tymże duchu, co prof. N. poruszaliśmy już w naszym piśmie przed 2 laty, a nawet za naszym staraniem prof. N. miał wykłady o elektroterapii, prof. H o y e r o embryologii, a kol. Z. K r a m s z t y k o oftalmoskopii. Wyznać musimy szczerze, iż zamieszczonego cyklu zaniechać musieliśmy dla braku wykładających i słuchaczy.

(Red.)

Praga. Dzień 15 b. m. złotymi głoskami wyrzył się w sercach Czechów, był to bowiem dzień otwarcia Czeskiego uniwersytetu. W tymże dniu wmurowaną została pamiątkowa tablica w domu, w którym mieszkał i zmarł P u r k y n ě, przy zwykłych w takich razach uroczystościach.

Berlin. Komisya naukowa pod przewodnictwem R. K o c h'a w celu zbadania istoty cholery do Egiptu wysłana, doprowadziwszy swe prace do pewnego punktu, obecnie udaje się do ojczyzny cholery, do Indyi, gdzie spodziewać się można zdobycia pomyślniejszych rezultatów poszukiwań. K o c h, motywując potrzebę dalszej podróży komisji, nadesłał urzędowe sprawozdanie, w którym donosi, że w wypróżnieniach i w ścianach kiszek świeżych trupów cholerycznych znalazł ściśle określone, pręcikowate bakteryje, bardzo podobne do laseczników nosaciznowych. K o c h stwierdził prócz tego tożsamość cholery w Egipcie panującej z cholera azyjatycką, oraz przekonał się, że bakteryje obecnie znalezione są takie same jak te, które rok temu znalazł w nadesłanych mu do zbadania kiszkaach cholerycznego zmarłego w Indyjach. Dotychczas nie udało się K o c h'owi znalezionego lasecznika cholerycznego otrzymać w czystej hodowli; niemniej też szczepienie i karmienie psów, kotów i małp nie sprowadzało cholery ani innej podobnej do niej choroby. Dla zbadania warunków życia lasecznika cholerycznego, ewentualnego wytwarzania zarodników (spory), oraz możności jego przenoszenia się na zwierzęta, Indyje będą bezwątpienia właściwsze aniżeli Egipt, gdzie epidemia cholery już wygasa, a więc i zarazek musi być osłabiony. Komisya wyruszyła najprzód do Bombaju. Komisya francuzka udała się już 9 Października z powrotem do Francyi.

— Rektorem tutejszego uniwersytetu na r. 1883/4 został znakomity fizyk prof. K i r c h h o f, a dziekanem wydziału lekarskiego prof. H i r s c h.

— Dnia 21 b. m. obchodzono tu uroczystość 25-letniej profesury E. d a B o i s - R a y m o n d'a, który w r. 1858 po zmarłym I. M ü l l e r'ze prócz katedry fizjologii objął kierownictwo czasopisma „*Archiv für Anatomie et Physiologie*“.

Bielefeld. W istniejącej tu od lat 16 kolonii dla chorych dotkniętych padaczką (*epilepsia*), leczono w r. 1882 osób 695 (różnej narodowości, pozycyi socyalnej i t. d.). Z tych wypisało się 110, a mianowicie 21 osób w takim stanie, iż jeszcze po pół roku nie potrzebowali przyjmować za-

dnego lekarstwa; 31 ze znacznem polepszeniem (lecz musieli używać środków lekarskich), 25 bez poprawy, a 33 umarło. Z 300 kandydatów dla braku miejsca i pieniędzy przyjęto tylko 200, tak że obecnie znajduje się w kolonii 586 chorych. Ubóstwo nie było ani razu powodem odmówienia przyjęcia do kolonii. Pomimo, iż po większej części chorzy sami lub gminy za nich płacą, zakład musiał dolożyć 200 marek przecięciowo do każdego chorego, co go zmusiło, iż odwołał się do dobroczynności publicznej.

Frankfurt nad Menem. Hrabina Bose zapisała testamentem 800000 marek tutejszemu Towarzystwu naturalistów *Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft*.

Greifswald. Prywatny docent tutejszego wydziału lekarskiego baron von Preuschen von und zu Lieberstein mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Liège. Senator Montefiore Levi zapisał 80000 marek na założenie w tutejszem mieście laboratorium elektrycznego, wskutek czego rząd Belgijski utworzył tu szkołę elektro-techniczną z kursem 4-letnim. Przez pierwsze 2 lata przygotowane wykładać będą w niej matematykę, fizykę i chemię, a przez następne 2 lata specjalnie: teorię elektryczności, źródła jej powstawania, przewodnictwo, telegrafję, telefonję, sygnały, światło elektryczne, przenoszenie sił i t. d. Szkoła ta, zostająca pod kierunkiem specjalisty inżyniera Gerard'a, została już otwartą w d. 15 b. m.

Paryż. Klinikę lekarską w szpitalu „Notre Dame de la Pitié” po zmarłym profesorze Lasègue objął prof. Jaccoud.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 42. W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Blumenstock. Czy płuca noworodka, który oddechał mogą stać się bezpowietrznymi. — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od 1879—1882. (Dalszy ciąg). — Jabłonowski. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

— *Medycyna.* Nr. 42. Jan Kwaśnicki. Janiszewski. Trzy przypadki drgawek jednostronnych.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

L. Wolberg. Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Nervennakt und Nervenregeneration. Leipzig. 1883.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Ogłoszenia.

Wszystkim, którzy raczyli uczestniczyć w dniu 16 b. m. w smutnym obrzędzie pochowania zwłok zmarłego **ś. p. Józefa Piramowicza** D-ra medycyny, jako też Sz. kolegom i profesorom **Baranowskiemu, Chałubińskiemu, Kosińskiemu, Wieniawskiemu, Fabianowi, Matlakowskiemu, Nenckiemu i Zawiszy**, noszącym chętną, serdeczną i bezinteresowną w chorobie pomoc, jak również Sz. księdzu **Ksaweremu Budyście** za religijną pociechę, pozostała matka, żona i bracia składają niniejszem najserdeczniejsze podziękowanie.

10443—1

Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom
reumatycznym i artretycznym
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-
canych plastrów naśladowałym Thapsia
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskię,
Spięssa i Syna, Sierżputowskię, Zeuschnera,
Ziemęskiego i Lilpęa.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich

w San Remo.

20—11

W PRACOWNI

CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go
Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa
rozbięrow chemicznych, poszukiwań
mikroskopowych i t. p. badań wcho-
dzających w zakres patologii i hy-
gieny. Zawiadująją pracownią

Dr. L. Nencki

12—3 chemik szpitali warszawskich.

RÓŻNE KSIĄŻKI LEKARSKIE

po zmarłym lekarzu są do sprzedania, wiado-
mość w domu Nr. 43, ulica Marszałkowska,
na pierwszym piętrze, mieszkania Nr. 4, w go-
dzinach od 10 do 1 rano.

3—1

OPNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
i aptekach w Rossyi.

SKŁADY

u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3

20—18

u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W SZPITALU I DOMU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A Z DRUGIEGO WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena egzemplarza zbroszurowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 k. 30.—

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 0—2

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana. 0—1

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

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

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—27