

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. BRONISŁAW CHROSTOWSKI i MARYJAN JAKOWSKI. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteriologicznych w endemii spostrzeżanej w Warszawie. — II. J. PAWIŃSKI. Dusznica acetonowa (*Asthma acetonicum*). Przyczynę do nauki o acetonurii. [Dokończenie]. III. L. NENCKI i P. RAKOWSKI. Przyczynę do ilościowego oznaczenia acetonu w moczu. — *Notatki lekarskie*. 11. ALFONS MALINOWSKI. Zapalenie gruźlicze otrzewnej u dziecka po przebyciu odry w przebiegu nieżytu kiszki. Wyzdrowienie. — *Dział sprawozdawczy* 24. RIEMER. Badania nad dyfterytem *Wiadomości terapeutyczne.* — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywice, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacyje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Exctr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność. Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalnie martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

**APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,
WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,**

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—24

D-r Bulikowski

ordynuje podczas sezonu tegorocznego jak zazwyczaj
w GLEICHENBERGU.

9—9

D-r T. Zaremba

ordynować będzie w roku bieżącym jak zazwyczaj
w SzczaŹnicy Dom W-go D-ra Trembeckiego.

10—10

Stacja kolei Muszyna-
Krynica z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 godz., z Suda-
Pesztu 12 godzin.

KRYNICA

Apteka, poczta, telegraf,
Sąd powiatowy, notaryjat
w mieście

C. K. Zakład zdrojowo-kąpielowy

Nader obfita i silna „szczawa alkaliczno-żelazista“

Główniejsze środki lecznicze są:

Kąpiele mineralne ogrzewane metodą Schwartza w budynku o 73 gabinetach, kąpiele borowinowe w osobnym budynku o 27 gabinetach, kąpiele gazowe przy głównym źródle, metodyczne picie wód z licznych źródeł mineralnych o różnym składzie chemicznym. Doskonała żentyczarnia, nowa kefirnia, kilka mleczań, nowy wzorowy Zakład gimnastyczny, park wielki z wygodnymi spacerami.

Ku wygodzie i rozrywek gości służy przeszło 1100 pokoi z całkowitem umeblowaniem, w przeważnej części z piecami, liczne restauracje, cukiernie, teatr przez cały sezon, czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, tygodnik kąpielowy „Krynica“, fortepiany, orkiestra zdrojowa, fotograf, liczne i różnorodne sklepy, modniarki, różni rękodzielnicy.

W domu pod „Zamkiem“ są do wynajęcia pokoje tylko na przeciąg 24 godzin.

Połączenie bezpośrednio koleją transwersalną do stacji Muszyna-Krynica.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny pomieszczeń skarbowych jakoteż wszystkich rodzajów kąpeli o 1/3 część niższe. Przez stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządu D-ra Kopffa praktykuje 7 lekarzy.

Frekwencja roczna wynosi wyżej 4000 osób.

W samym zakładzie znajduje się:

C. K. Zakład Wodoleczniczy
pod kierunkiem specjalisty D-ra Ebersa.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień c. k. Zarząd zdrojowy w „Krynicy“

6—6

GAZETA LEKARSKA.

I. EPIDEMICZNE WŁÓKNIKOWE ZAPALENIE PŁUC

i wyniki badań bakteryjologicznych w endemii spostrzeganej w Warszawie.

Podali

Bronisław Chrostowski [Część I],
ordynator szpitala Ś-go Rocha w Warszawie.

i

Maryjan Jakowski, [Część II i III],
zarządz. prac. bakteryjol. w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Zanim odkryto pasorzyty wywołujące włóknikowe zapalenie płuc, tu i ówdzie rozrzucone spostrzeżenia kliniczne rozmaitych badaczy przemawiały już dawno za zakaźną przyczyną tej choroby, tembardziej zaś, gdy cierpienie to występowało w większej na raz liczbie przypadków i w pewnych ograniczonych przestrzeniach. W pracach JUERGENSEN'a [1], MENDELSON'a [2], BABES'a i innych znajdujemy zebrane bardzo liczne opisy podobnych epidemij, poczynawszy od epidemii w Szwajcaryi [FOEH'a] w dolinach 4-ech kantonów t. z. „*Alpenstich*“ gdyż powstawały one po silnym prądzie wiatru, aż do epidemij coraz częściej opisywanych przez bardzo licznych autorów, szczególnie w więzieniach, koszarach, szpitalach i pojedynczych miejscowościach. Między innymi tutaj należą epidemie opisane przez: KLEBS'a, WYNTER-BLYTH'a BANTIE'go, MUENNICH'a i HOLLWED'ego, PENKERDT'a, BUTRY'ego, JUERGENSEN'a, BOZZOLLO, SENFFT'a, MOELMAN'a, HERR'a, COULDREY'a, LOEBERG'a, ALLISSON'a, GRUENDLER'a, BRYSON'a, BONNENIAISON'a, KUEHN'a, MUELLER'a, RITTER'a, BIELIŃSKIEGO, GERMAIN SÉE i t. d., i t. d.

Wykrycie zarazków włóknikowego zapalenia płuc przez FRIEDLAENDER'a [3] [1883], A. FRAENKEL'a [4, 5 i 6] [1884—1886] i WEICHELBAUM'a [8] [1886] na drodze ścisłych badań, dało możność wyszukiwania ognisk i źródeł zarazy. Jak dotąd posiadamy w tym kierunku dwa zaledwo, ściśle pod tym względem obróbrane, spostrzeżenia. Pierwsze podane przez EMMERICH'a [8] [epidemia w więzieniu w Amberg 1884] przeprowadzone całą dokładnością, w którym badacz ten bakteryje zapalenia płuc wykazał w salach nawiedzonych przez chorobę, w pyłe zbierającym się pod podłogą. W pyłe tym EMMERICH znalazł, obok mnóstwa innych mikrobów, także i *diplococcus pneumoniae*, który wyhodowany i przeszczepiony na zwierzęta, okazał się zupełnie identycznym z grzybkami FRIEDLAENDER'a. W salach nie nawiedzonych przez chorobę, drobnoustrojów

swoistych odszukać nie było można. Tym sposobem EMMERICH dowiódł, że *diplococcus pneumoniae* może istnieć po za ustrojem i zarazem wykazał w danym razie przyczynę epidemii. Drugie podobne spostrzeżenie, chociaż mniej ściśle, zrobił DRESCHFELD [9] [epidemia w Manchester]. W tym spostrzeżeniu autor jako przyczynę epidemii podaje także bakteryje opisane przez FRIEDLAENDER'a.

Dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, możemy tu podać opis małej, ściśle zbadanej epidemii włóknikowego zapalenia płuc. Spostrzeżenie nasze jest zaledwie trzecim z kolei dotąd ogłoszonym opisem miejscowej epidemii zapalenia płuc, gdzie istotna przyczyna zakażenia i ognisko zarazy zostało określone za pomocą badania bakteriologicznego. Mniemamy zarazem, że praca nasza w pewnej mierze będzie przyczynkiem do wyjaśnienia szczegółów tyle dziś spornej kwestyi pasorzytniczego pochodzenia włóknikowego zapalenia płuc.

I.

W końcu Października 1887 roku, w ciągu paru dni przybyło do szpitala Ś-go Rocha dwóch uczni piekarskich i jeden robotnik z piekarni pana Ł., wszyscy chorzy na włóknikowe zapalenie płuc. Przy rozpytywaniu powyższych chorych dowiedziałem się, że w tym samym domu i w tymże czasie zapadło jeszcze 2-ch uczni piekarskich na podobną chorobę. Ci ostatni jednak przenieśli się w celu leczenia na miasto do domu swoich rodziców. Jednoczesne zachorowanie 5-ciu osób zrodziło przypuszczenie, że w danym razie rozwinęła się epidemia włóknikowego zapalenia płuc, jako choroba miejscowa w piekarni. Nastręczyło się odrazu pytanie, wskutek czego choroba w danej chwili tak gwałtownie wystąpiła. Dalsze wywiady wyjaśniły nam tę kwestyję. Dowiedziałem się mianowicie, że w owej piekarni, w celu rozszerzenia starego wychodka, wykopano świeży dół obok poprzedniego dołu kloaczego i prowizorycznie urządzono inny wychodek, do którego piekarze uczęszczając, byli zmuszeni przechodzić obok świeżo wykopanego dołu, a nawet jak jeden z naszych chorych opowiadał, przez ciekawość przyglądał się tej robocie i zaglądał do wykopanego dołu. W celu sprawdzenia tylko co podanych faktów, osobiście udałem się 2-go Listopada do piekarni, z której przybyli chorzy i tam istotnie znalazłem ów dół już w części obmurowany. Dół ten rozpoczęto kopać przed 8 dniami i ziemię z niego w części wywieziono poza miasto. Z resztek wykopanej ziemi zebrałem część do kolbki wyjałowionej, dla przekonania się czy w niej nie tkwi przyczyna epidemii *resp.* jeden z opisywanych dotąd drobnoustrojów charakterystycznych dla zapalenia płuc. B a d a n i e, jak to szczegółowo opisanem będzie w drugiej części naszej pracy, wykazało w ziemi *diplococcus* FRIEDLAENDER'a.

Ze względu, iż przebieg choroby w trzech spostrzeganych przypadkach przedstawiał wydatne różnice, uważam za stosowne podać w krótkości opis każdego przypadku.

I. Józef Reich lat 18, uczeń piekarski, przybył do szpitala Ś-go Rocha 30 Października 1888. Chory dobrze zbudowany, z nieznaczną sinicą twarzy i z wypryskiem wargowym, skarży się na ogólne osłabienie, ból kłójący w boku lewym, szczególnie przy ruchach i przy kaszlu, nadto na przypadłości gorączki.

Tętno pełne 88, oddechów 36 na minutę. Ciepłota wieczorem 39,2° C.. Chory opowiada, że przed 5 dniami nagle dostał silnych dreszczów, następnie kaszlu, kłócia w boku i t. p. i od tego czasu leży w łóżku. Przy badaniu fizykalnem płuc znaleziono *hepatisatio lobi inferioris pulmonis sinistri* i śledzionę miernie obrzękniętą. Inne narządy nie szczególnego nie przedstawiały. Płwocina nieobfita rdzawa. Mocz nie przedstawiał żadnych zmian szczególnych.

Dnia 31 Października rano ciepłota 38° C., tętno 80, oddechów 26. Chory w nocy pocił się mocno, czuje się o wiele zdrowszym, ból kłójący i kaszel znacznie mniejsze. W płucach na miejscu zwątrobienia objawy rozejścia. Chory odpluwa łatwo płwocinę śluzo-ropną, prawie bez przymieszki krwi. Łaknienie powraca. Ciepłota wieczorem 37,8° C..

Dnia 1 Listopada ciepłota 37° C., tętno 72, oddechów 20. Chory czuje się dobrze, kaszel ma o wiele mniejszy, kłócie w boku ustało zupełnie. W dolnym zrazie lewego płuca trzeszczenia bardzo nieliczne i oddech pęcherzykowy zaostrzony. Dalszy przebieg choroby nie szczególnego nie przedstawiał. Chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrow dnia 8 Listopada.

II. Antoni Zakrzewski, lat 18, uczeń piekarski przybył do szpitala Ś-go Rocha 30 Października 1887. Ciepłota wieczorem 39,4° C., tętno pełne 100, oddechów 38 na minutę. Chory dobrze zbudowany i odżywiony, z wyraźną sinicą twarzy i rąk. Skarży się na ogólne osłabienie, silny kłójący ból w boku prawym, męczący i suchy kaszel, na duszność, zupełny brak łaknienia, pragnienie, ból głowy, sen zły i t. p.. Choroba rozpoczęła się odrazu silnym wstrząsającym dreszczem przed 5 dniami i odrazu zwała chorego z nóg. Od początku choroby do obecnej chwili chory czuje się mniej więcej jednakowo. Przy badaniu fizycznym znaleziono *hepatisatio lobi inferioris pulmonis dextri completa*, a także *crepitatione indurata* i *respiratio vesicularis aspera* w średnim zrazie tegoż płuca. Nadto objawy pozwalające przypuszczać istnienie niewielkiego wysięku do jamy opłucnej prawej. Płwocina rdzawa nieobfita. W sercu nie nieprawidłowego. Język suchy obłożony. Brzuch wzdęty, niebolesny; kiszki miernie napełnione. Śledziona w trójnasób powiększona i twarda. W moczu nie nieprawidłowego. Ciepłota wieczorem 39,8 C.

Dnia 31 Października ciepłota 39,1° C., tętno 100, oddechów 36. Kłócie w boku mniejsze, kaszel zaś i inne przypadłości jednakowe. Stolce obfite wskutek użytego środka. W płucach znaleziono *hepatisatio lobi medii et inferioris pulmonis dextri completa*. Wysięk do jamy opłucnej prawej na pewno daje się wykazać, co i próbne przekłócie stwierdziło. Ciepłota wieczorem 40,2° C..

1 Listopada ciepłota rano 39,5° C., tętno mniej pełne 108, oddechów 40. Chory czuje się więcej osłabionym, w nocy spał źle, kaszel ma bardzo męczący i ból w boku prawym ciągly. Sinica twarzy większa. W płucu prawem te same objawy, w płucu lewem oddech silny i zaostrzony. Stolec zaparty. Śledziona w tej samej mierze powiększona. Ciepłota wieczorem 39,5° C..

Dnia 2 Listopada ciepłota 39,5° C., tętno 112 słabe, regularne, oddechów 44. Osłabienie większe, sen zły, brak łaknienia zupełny, język suchy, sinica powiększyła się znacznie. W płucu prawem na granicy zwątrobienia bardzo nieliczne

trzeszczenia (*redux*). Wysiłek w jamie opłucnej prawej w tej samej mierze. Ciepłota wieczorem 39,6° C..

Dnia 3 Listopada ciepłota 37,2° C.. Tętno 84, silniejsze aniżeli dnia poprzedniego, oddechów 30 na minutę. Chory w nocy pocił się mocno, czuje się znacznie lepiej. Kłócia w boku nie ma wcale, kaszel niewielki, sinica mniejsza. W płucu prawem w miejscu zwątrobienia liczne trzeszczenia i oddech w górnej części nieokreślony, a w dolnej oskrzelowy i *aegophoniu*. Śledziona zmniejszyła się wyraźnie, lecz twarda. Ciepłota wieczorem 37,8° C..

Dnia 4 Listopada ciepłota 37° C.. Tętno 80, oddechów 28. Chory czuje się lepiej. W miejscu zwątrobienia płuca prawego *crepitationo redux*, oddech pęcherzykowy, objawy wysięku mniej wydatne. Ciepłota wieczorem 37,5° C..

Dnia 5 Listopada ciepłota 37° C.. Chory czuje się zupełnie dobrze. Po zastosowanym środku (*vesicans*), wysięk opłucnej znacznie mniejszy. Na linii pachowej przedniej prawej w dolnej części wyraźne tarcie opłucnej. Śledziona coraz mniejsza. Dalszy przebieg choroby nie szczególnego nie przedstawiał, tylko wysięk opłucnej, zresztą bardzo mały, utrzymywał się czas dłuższy i ustąpił w zupełności po zastosowaniu odciągania pod formą wesykatoryi i następnie jodowania. Chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrow dnia 23 Listopada 1887 roku.

III. Wojciech Szymerski, lat 28, robotnik. Przybył do szpitala Ś-go Rocha dnia 1 Listopada 1887 r.. Chory dobrze zbudowany, miernie odżywiany, z nieznaczną sinicą twarzy i rąk i z wypryskiem na wargach. Żali się na ogólne osłabienie, nieznaczny ból kłójący boku lewego i niewielki kaszel. Tętno pełne 92 na minutę. Oddechów 80. Ciepłota rano 38,8° C.. Chory opowiada, że choroba rozpoczęła się powoli przed 4 dniami; dostał on najprzód dreszczy, które kilkakrotnie się powtórzyły, następnego zaś dnia kłócia w boku, kaszlu, osłabił i stracił łaknienie. Do łóżka chory położył się dopiero przed dwoma dniami. Przy badaniu płuc znaleziono *hepatisatio lobi inferioris pulmonis sinistri*. Płwocina rdzawa; śledziona cokolwiek obrzęknięta. W moczu nie szczególnego. Ciepłota wieczorem 39,2° C..

Dnia 2 Listopada ciepłota rano 37,8° C.. Tętno 84, oddechów 30. W nocy nieznaczne poty. Stolce obfite. Ból boku lewego bardzo mały. Kaszel męczący. w płucu lewym przy dolnej granicy od tyłu nieliczne trzeszczenia (*redux*), zresztą zwątrobienie całego dolnego płatu płuca lewego jak poprzednio. Ciepłota wieczorem 38° C..

Dnia 3 Listopada ciepłota rano 38° C.. Tętno 84, oddechów 30 na minutę. Kaszel męczący i czysty. W nocy niewielkie poty. W płucu lewym w dolnym zrazie bardzo liczne trzeszczenia i oddech nieokreślony. Chory czuje się lepiej. Łaknienie powraca, sen lepszy. Ból boku ustał zupełnie. Ciepłota wieczorem 38,5° C..

Dnia 4 Listopada ciepłota 37° C.. Tętno 80, oddechów 26. Kaszel jeszcze silny i męczący. W nocy obfite poty. Płwocina bez przymieszki krwi, śluzoporna i pieniająca się. Chory czuje się dobrze. Na miejscu zwątrobienia płuca lewego jeszcze liczne trzeszczenia i oddech pęcherzykowy zaostrozony, a miejscami nie określony. Ciepłota wieczorem 37,7° C..

Dnia 5 Listopada ciepłota 37° C.. Tętno 72, oddechów 28. W nocy chory pocił się mocno, czuje się dobrze. Kaszel lekki i rzadki. *Resolutio hepatitisationis* coraz wyraźniejsze. Ciepłota wieczorem 37,4° C..

Dnia 6 Listopada ciepłota 37,2° C.. Kaszlu prawie nie ma. Rozejście się zwątrobień płuca zupełne. Chory uważa się za zdrowego. Dalszy przebieg zdrowienia był prawidłowy. Chory wypisał się ze szpitala 13 Listopada.

Dnia 2 Listopada u 2-ch ostatnich chorych wyciągnęłam zawartość z miejsca najwyraźniejszego zwątrobień płuca, za pomocą szpryki PRAVATZ'a ściśle zdezynfekowanej ¹⁾. Zarówno w płynie wyciągniętym z płuca w obu wspomnianych przypadkach, jak i w ziemi z rozkopanego dołu, o czym już wspomniano, znaleziono bakteryje zapalenia płuca opisane przez FRIEDLAENDER'a, jak to szczegółowo przedstawionem będzie w drugiej części naszej pracy.

Z opisu powyższych 3-ch przypadków widzimy, że zapalenie płuca u 1-go i 2-go chorego rozpoczęło się nagle od wstrząsającego dreszczu i skończyło się odrazu *per crisis*, u 3-go zaś początek chory był nie wyraźny, zakończenie *per lysin* i sam przebieg nietypowy. Co to czasu trwania, to u 1-go chorego zapalenie płuca trwało 5 dni, u drugiego 8 dni, a u trzeciego 7 dni. Co do natężenia choroby, to 1-szy i 3-ci chory przebyli lekką postać choroby, a 2-gi stosunkowo ciężką. Z powyższego możemy wnosić, że chorzy nasi, pomimo, iż wszyscy pochodzili z jednego domu, zapadli prawie w tym samym czasie, czyli podlegali temu samemu czynnikowi zakaźnemu, ulegli mu jednak w niejednakiej mierze.

Obecnie wszyscy już podzielają zdanie, najpierw wypowiedziane przez JUERGEMEN'a, że istnieje tylko zakaźne włóknikowe zapalenie płuca, gdyż pasorzyty znajdujemy tak w lekkich jak i w ciężkich postaciach. Co się tyczy przyczyny różnych odmian tego cierpienia, w związku z przyjmowaniem obecnie bakteryjnym pochodzeniem zapalenia płuca, to przebieg łagodny lub ciężki, według JUERGENSEN'a, MENDELSON'a i innych, może zależeć od tego, że bakteryje ze względu na czas i miejsce mogą posiadać różny stopień jadowitości i że może się ich dostać do ustroju chorego raz więcej, drugi raz mniej, że więc ilość zarazka może być różną; pewna ilość pasorzytów wywołuje typowe włóknikowe zapalenie płuca, większa zaś ich ilość postacie ciężkie, asteniczne, adynamiczne. Oprócz tego, jak wiemy, odporność samego ustroju warunkuje także przebieg cierpienia; według LEICHTERSTERN'a [10] zmniejszenie odporności ustroju wpływa na przebieg choroby. Zmniejszenie to odporności, jak dotąd, daje się określić tylko jako mniejsza lub większa wrażliwość gruntu, *resp.* ustroju danego osobnika na rozwój grzybków; im grunt jest więcej sprzyjający tem rozwój grzybków jest szybszy, a zatem i choroba cięższa. Czy i o ile różne opisane dotąd rodzaje drobnoustrojów chorobotwórczych wywołujących zapalenie płuca mogą wpływać na różnorodność przebiegu i zejścia [to jest lżejsze i cięższe postacie choroby] tego cierpienia, wnosić obecnie na pewno nie można. JUERGENSEN i SÉE [1]

¹⁾ W pierwszym przypadku, z powodu nastąpiętego rozejścia się zwątrobień na drugi dzień po przybyciu chorego do szpitala, tego uskuteczyć nie zdążyłam.

przypuszczają, że wpływ ten zupełnie nie istnieje. JUERGENSEN nawet twierdzi, że różnice te nie zachodzą i w tych przypadkach, jak to opisał WEICHELBAUM [7], gdzie dwa lub trzy rodzaje grzybków występują jednocześnie w chorobie płuc.

W drugim przypadku zapalenie płuc było powikłaniem przez wysięk opłucnej. Zapalenie opłucnej, zarówno jak i inne powikłania (*meningitis, pericarditis, endocarditis, nephritis etc.*), jak wiadomo z prac przytoczonych autorów, zależą od tychże droboustrojów, które wywołują pierwotne cierpienie. W naszym przypadku wysięk znajdował się ze strony chorego płuca, był surowiczy, co do ilości mierny i na przebieg pierwotnej choroby nie miał widocznego wpływu, jak to zresztą bywa zwykle. Wysięk wessał się zupełnie, stosunkowo dosyć prędko.

W celu zbadania czy w domu zkąd pochodzili nasi chorzy, nie chorował kto dawniej na zapalenie włóknikowe płuc, czyli czy nie istniało tam cierpienie to jako choroba miejscowa, rozpytywałem w tym względzie właściciela domu; odpowiedź brzmiała przecząco. Nie zadawalniając się powyższem orzeczeniem, w przypuszczeniu, że chorzy z piekarni, podobnie jak i tym razem, byli odsyłani do sąsiednich szpitali, przejrzałem karty szpitalne, poczynając od roku 1860 aż do chwili obecnej, w 2-ch najbliższych położonych od omawianej piekarni szpitalach t. j. Ś-go Rocha i Dz. Jezus ¹⁾. Poszukiwania te pokazały, że w szpitalu Ś-go Rocha przebywali na zapalenie włóknikowe płuc, z piekarni P. Ł. następujący chorzy :

- W 1885 r. P. S. lat 18 piekarz, przybył 11. II. wyszedł zdrów 26. II.
- W 1884 r. E. M. lat 20 piekarz, przybył 16. IX. wyszedł zdrów 3. X.
- W 1881 r. E. F. lat 31 piekarz, przybył 4. II. wyszedł zdrów 27. II.
- W 1880 r. a) F. C. lat 26 piekarz, przybył 21. V. wyszedł zdrów 10. VI.
 - b) K. H. lat. 50 stróż domu, przybył 30. VI. wyszedł zdrów 15. VII.
 - c) F. S. lat 32 piekarz, przybył 4. VIII. wyszedł zdrów 14. VIII.
 - d) E. M. lat 15 piekarz, przybył 15. IX. wyszedł zdrów 13. XII.
- W 1877 r. G. S. lat 18 piekarz, przybył 2. I. wyszedł zdrów 27. II.
- W 1876 r. G. S. lat 17 piekarz, przybył 3. XII. wyszedł zdrów 24. XII.
- W 1875 r. A. H. lat 35 piekarz przybył 5. II. wyszedł zdrów 27. II.
- W 1874 r. a) M. S. lat 42 piekarz, przybył 24. V. wyszedł zdrów 30. V.
 - b) J. P. lat 42 piekarz, przybył 11. VIII. wyszedł zdrów 19. VIII.
 - c) K. W. lat 24 piekarz, przybył 10. XII. wyszedł zdrów 28. XII.
- W 1873 r. K. K. lat 62 stróż domu, przybył 18. I. wyszedł zdrów 26. I.
- W 1872 r. J. M. lat 24 piekarz, przybył 26. XI. wyszedł zdrów 7. XII.

Do szpitala Dzieciąt. Jezus, jak przekonały najściślejsze poszukiwania, z piekarni tej przybył tylko jeden chory na zapalenie włóknikowe płuc w 1879 r. J. C. lat 34 piekarz, przybył 2. IV. wyszedł zdrów 20. IV. Rozglądając się w tylko co przytoczonych 19 przypadkach widzimy, że najwięcej chorych było w czasie zimy i wiosny [co w naszym klimacie jest zwykłym], wszyscy chorzy

²⁾ W książkach szpitalnych, istnieje zwyczaj zapisywania z którego domu chorzy przybywają do szpitali.

za wyjątkiem 2-ch stróżów, byli ludzie młodzi, wszyscy wyzdrowieli, [a zatem miejscowa choroba nie była złośliwą, o czem możemy wnioskować i z 3-ch przypadków świeżo spostrzeganych czyli razem z 22 przypadków] i że 2-ch chorych przeżyło to cierpienie dwukrotnie.

Najszczególowsze poszukiwania kart szpitalnych przeprowadzone od 1860 do 1872 roku nie wykazały żadnego chorogo na zapalenie włóknikowe płuc, któryby przybył do obu tych szpitali z domu gdzie się mieści piekarnia p. Ł.. Z powyższego można wnioskować, że w owym okresie czasu nikt przypuszczalnie z pracujących w piekarni nie zapadł na tę chorobę. Z największem przeto prawdopodobieństwem można przyjąć, że dopiero w Listopadzie 1872 r., kiedy przybył pierwszy chory do szpitala Ś-go Rocha, został zawleczony zarazek do piekarni i choroba stała się tam miejscową [domową], od roku 1872 zaś, to jest w ciągu lat 16, choroba ta to przycichała na całe lata [od 1885—1887 i od 1877—1879], to występowała gwałtowniej, po kilka przypadków na rok [4 przypadki w 1880 i 3 w 1874], dowodząc swego istnienia jako choroby endemicznej. FLINDT [11], który najwięcej zasłużył się swojemi ścisłemi spostrzeżeniami nad wybuchem domowych epidemij zapalenia płuc, uważa grzybki wywołujące tę chorobę za bardzo trwałe, a to na zasadzie badań swych przeprowadzonych w trzech wioskach [z 1699 mieszkańców], w których mógł dowieść istnienia choroby domowej przez lat sześć. Nasza epidemija domowa, jak powyżej zaznaczono, trwała przypuszczalnie lat 16, możemy więc nie tylko potwierdzić zdanie FLINDT'a co do trwałości grzybków włóknikowego zapalenia płuc, lecz nawet, na zasadzie przytoczonych dowodów, jeszcze bardziej tę trwałość rozszerzyć, gdyż nie występowanie choroby w ciągu lat paru nie może być poczytanem za wygaśnięcie endemii. Okazywanie się choroby w tym samym domu po latach kilku, zwykle bez widocznej przyczyny, spostrzegał FLINDT i wielu innych lekarzy.

Przy dowiedzionem istnieniu choroby miejscowej w piekarni, można łatwo zrozumieć wybuch epidemii wskutek wykopania ziemi, w której znajdowały się grzybki chorobotwórcze. Grzybki te z rozkopanej i rozrzuconej przy tem ziemi z łatwością przedostały się do powietrza, a w raz z niem, rzecz prosta, przeniknąć mogły do płuc mieszkańców piekarni. W naszym spostrzeżeniu zarażenie nastąpiło wprost przez powietrze, ten rodzaj zarażenia FLINDT i inni badacze uważają za najczęstszy. Oprócz zarażenia przez powietrze przytaczają wszyscy możliwość zarażenia się od osoby chorej, od ubrania chorej osoby i otaczających ją bliżej mebli i sprzętów, a nawet i od osoby trzeciej będącej w styczności z osobą chorą, pomimo iż ta osoba trzecia sama pozostała zdrową. Chorzy nasi, o ile byli w domu, nie sypiali razem, nie było więc prawdopodobnem, aby zarazili się jeden od drugiego. Według twierdzenia właściciela piekarni i osób należących do tego domu, robotnicy kopiący dół kloaczny i mularze obmurowujący ten dół, nie zachorowali wcale na zapalenie płuc, a tylko 5-ciu piekarzy. Sądzę, że o ile wiadomość ta zasługuje na wiarę, okoliczność taką możemy wytłómaczyć sobie tylko usposobieniem do zapalenia włóknikowego płuc istniejącem u danych osobników. Usposobienie zaś to mogło powstać z powodu, iż piekarze pracując w silnie ogrzanych izbach, przy piecach, wychodzili bez do-

statecznego ubrania na powietrze, mogli więc łatwo zaziębić się i dostać nieżyty oskrzeli, co stanowczo usposabia do zapalenia włóknikowego płuc, wskutek tego, że na błonie śluzowej oskrzeli nieżytowo zmienionej łatwiej może osiedlić się i rozwinąć grzybek chorobotwórczy. Oprócz tego piekarze z przyczyny swego zadowu, pracując mianowicie w przestrzeniach napełnionych pyłem z mąki, posiadają stale podrażnioną błonę śluzową dróg oddechowych [pylica], która wskutek tego jest stale usposobioną do osiadlania się i rozwoju rozmaitych grzybków chorobotwórczych. Nadto praca w czasie nocy, niewywczas, zmęczenie i wiek młodociany piekarzy także może być uważanym za moment usposabiający do choroby. Robotnicy pracujący przy rozkopywaniu dołu wcale nie podlegali powyższym szkodliwościom, mogli więc łatwiej uniknąć zarażenia, pomimo dłuższej styczności z zarazkiem. Brakiem usposobienia również można wytłómaczyć sobie stosunkowo mało rozwiniętą epidemię zapalenia włóknikowego płuc, pomimo widocznej zarazy, i pomimo, że tej zarazie mogło podlegać mniej więcej 90 ludzi [ilość ludzi pracujących w piekarni].

Co się tyczy okresu wylegania choroby, to takowy z łatwością w spostrzeżonej epidemii daje się oznaczyć. Mianowicie, jeżeli będziemy liczyć czas od chwili rozkopania dołu do dnia zachorowania pierwszego chorego, to okres wylegania wyniesie zaledwo 1—2 dni czasu, co w zupełności zgadza się z najściślej szemi spostrzeżeniami FLINDT'a, według którego okres ten wynosi najwyżej dwa dni. Inni autorowie okres ów podają bardzo rozmaicie, i tak TRAUBE przyjmuje 3 tygodnie, PENKEST 5—8 dni, RITTER 9—14 dni, KUEHN 8—21 dni, KNOEVENAGEL 8—13 dni, MENDELSONH 17—20 dni i t. d. [C. d. n.].

II. DUSZNICA ACETONOWA

(*Asthma aceticum*).

PRZYCZYNEK DO NAUKI O ACETONURII.

podał

Dr Med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 28].

Co się tyczy doświadczeń na zwierzętach, przedsiębranych w celu przekonania się o możliwości samootrucenia acetonem, to te dały niezupełnie zgodne wyniki: KRUSKA ¹⁾ pierwszy robił doświadczenia na zwierzętach z acetonem przyczem zauważył, że żaby wystawiane na działanie powietrza nasyconego parami acetonu, wpadały w stan odurzenia, a wrażliwość ich zmniejszała się, lecz zwierzęta prędko powracały znowu do swego prawidłowego stanu.

¹⁾ Ueber Acetonämie. Greifswald. 1873.

FREICHS ¹⁾ podawał przez kilka dni zdrowemu, silnemu człowiekowi 10,0 grm. acetonu dziennie, lecz nie zauważył żadnych objawów chorobowych nawet wtedy, kiedy dawkę powiększył do 25,0 gram. dziennie. Przeciwnie PENZOLD spostrzegał narkotyczne objawy u królików po podaniu im acetonu. Z doświadczeń, jakie w ostatnich czasach z acetonem dokonano, najwięcej na uwagę zasługują doświadczenia JAKSCH'a ²⁾, który wystawiał króliki na powolne działanie pary acetonu pod szklanym dzwonem. Po krótszym lub dłuższym okresie, w którym zwierzę było bardzo niespokojnem i pobudzonem, oddechanie stawało się głębokiem i forsownem, a jednocześnie prawie ślina wydzielala się bardzo obficie. Następnie zjawiały się drgawki najprzód toniczne, później kloniczne, poczem zwierzę wpadało w stan komatyczny, który po kilku godzinach zwykle kończył się śmiercią. Ilości acetonu zużyte do doświadczenia były bardzo duże, 44—157 grm.. W moczu takich zwierząt znajdowano dość dużo acetonu, białko, cukier, a nawet raz kwas aceto-octowy. Z narządów zaś wewnętrznych najwięcej acetonu zawierała wątroba, a najmniej nerki.

Z kolei następuje się pytanie, w jaki sposób powstaje aceton w ustroju. Odpowiedzi stanowczej na powyższe pytanie nauka nie posiada. Wiadomo tylko, że po wyłącznem użyciu białkowatych ciał, zjawia się aceton w moczu nie tylko u chorych na cukrzycę, ale nawet u ludzi zupełnie zdrowych; przeciwnie zaś, skoro obok ciał białkowatych zalecimy użycie węglowodanów, to aceton znika z moczu. Z tych względów, jak również z powodu, że aceton występuje u chorych gorączkujących, u których ma miejsce rozpad ciał białkowatych, jako też w wycieńczeniu, najwłaściwszym jest wniosek, że aceton powstaje z białka. Zresztą GUCKELBERGER wykazał, że pod wpływem ciał utleniających można z białka otrzymać aceton.

Ponieważ w powyżej przytoczonym przypadku JAKSCH'a *epilepsiae acetonicae* i w innych, występowanie acetonu w moczu poprzedzały błędy w dyjecie i zaburzenia gorączkowe, przypuszczano więc, że aceton powstaje w kanale pokarmowym, ztąd dostaje się do krwi i do moczu. JAKSCH zajął się rozstrzygnięciem pytania, czy w kanale pokarmowym istnieją sprawy fermentacyjne, przy których powstaje aceton, *resp.* czy istnieje ferment, któryby z cukru i innych ciał znajdujących się w kiszkał wytworzał aceton. W badaniach swoich autor uwzględnił: 1) fermentację wysokową cukru gronowego, 2) fermentację kwasu mlecznego, 3) fermentację wysokową gliceryny, 4) gnicie białka. Przy fermentacji wysokowej, cukru gronowego, jak również przy gnicie białka autor nie znajdował acetonu. Przy fermentacji zaś kwasu mlecznego, jak również gliceryny znajdował go, lecz w bardzo małej ilości. Na tej zasadzie JAKSCH twierdzi, że w pewnych warunkach należy fermentację tę uważać za źródło acetonurii. Ponieważ jednak ta ostatnia zdarza się także w przypadkach, gdzie nie ma zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, dalej zjawia się u ludzi zupełnie zdrowych, nie można więc kanał pokarmowy uważać za jedyne źródło

¹⁾ Zeitschrift für Heilkunde. Bd. VI.

²⁾ Zeitschrift für klin. Med. Bd. X. Berlin, 1886. pag. 371.

powstawania acetonu. Tego samego zdania jest także prof. BAGINSKY ¹⁾ w Berlinie, który u dzieci cierpiących na niestrawność nie znajdował acetonu ani w zawartości żołądkowej, ani też w wypróżnieniach. Natomiast stwierdzał niejednokrotnie obecność acetonu w moczu, w niewielkiej ilości u dzieci zupełnie zdrowych, jak również u dzieci w chorobach gorączkowych, w nieco większej ilości. U tych ostatnich ilość acetonu pozostaje w pewnym stosunku do natężenia gorączki: na wysokości choroby wydziela się go najwięcej, po przełomie zaś znika, zatem podobnie, jak to ma miejsce u ludzi dorosłych [JAKSCH]. Acetonuryja występuje także w chorobach, którym towarzyszą napady eklamptyczne. Prof. BAGINSKY jest zdania, że aceton powstaje z rozkładu ciał białkowych, zczem przemawia także spostrzeżenie autora, iż w moczu 4-letniego dziecka, które napiło się rozcieńzonego kwasu azotowego, znajdował się aceton w ogromnej ilości, ciepłota zaś ciała nie przechodziła 38,3° C..

W naszym przypadku istniały bardzo wydatne objawy ze strony przewodu pokarmowego, a mianowicie częste wymioty i bóleści w brzuchu, występowały zaś niezależnie od przyjmowania pokarmów, najczęściej na czczo i stanowczo nie były wywołane żadnym błędem w dyjecie. W masach wymiotnych, jako też i w wypróżnieniach badanych kilkakrotnie przez kolegę L. NENCKIEGO, nie można było wykazać acetonu. Ponieważ prócz tego chora nie gorączkowała, ani też nie żywiła się wyłącznie ciałami białkowatymi [lecz więcej nawet węglowodanami], pozostaje więc tylko źródło acetonu w danym przypadku odnieść do cierpienia nerek, *resp.* upatrywać je w zбочzeniach utleniania i rozpadu ciał białkowych, spowodowanych wspomnianą chorobą.

Dotychczas opisywano tylko przypadki acetonuryi u chorych na cukrzycę, dalej u osób gorączkujących, u obłąkanych w okresie maniakalnym i t. p., co się zaś tyczy zapalenia nerek, to nasz przypadek jest zdaje się pierwszym, w którym wykazano ogromną ilość acetonu i to przy przebiegu bezgorączkowym. Pomiedzy białkiem a acetonem istniał pewien związek, a mianowicie w miarę zwiększania się acetonu, ilość białka zmniejszała się; w czasie zaś najsilniejszej acetonuryi znajdowaliśmy tylko ślady białka. To samo miało miejsce w przypadku JAKSCH'a (*Epilepsia acetonica*). Okoliczność ta przemawia na korzyść przypuszczenia, iż aceton powstaje w organizmie z białka. Rzecz szczególna, że i pomiedzy cukromoczem i diaceturią zauważono stosunek tego rodzaju, że w miarę zmniejszania się cukru w moczu ilość kwasu aceto-octowego znacznie się zwiększa. JAKSCH wielokrotnie spostrzegał, że nagłe zniknięcie cukru przychodziło jednocześnie z wystąpieniem diaceturyi z bardzo ciężkimi objawami nerwowymi, niekiedy nawet zjawiała się śmierć w postaci *coma diabeticum*.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to w acetonuryi występują na pierwszy plan objawy pobudzenia układu nerwowego, gdy tymczasem przy diaceturyi, obok objawów podrażnienia na uwagę zasługują oznaki przygnębienia jak *somnolentia*, *coma* i zapad, kończący się śmiercią.

Jak zapatrywać się należy na trujące działanie acetonu. Analogiczne pytanie stawiano także niejednokrotnie, kiedy poru-

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. 1887 i Archiv für Kinderheilkunde. Bd. IX. H. I.

szo no kwestyję powstania mocznicy, amononemii, kreatinemii i t. p.. Wiadomo, że doświadczenia na zwierzętach, którym wstrzykiwano do krwi już to moczownik, już to węglan amonu lub kreatininę i t. p., dały ujemny wynik; nawet wtedy, kiedy wspomniane związki zastrzykiwano do krwi w daleko większej ilości aniżeli ta, która znajduje się we krwi chorego człowieka, nie zdołano wywołać obrazu klinicznego mocznicy. Podobnie rzecz się ma z acetonem i kwasem aceto-octowym. Ujemny wynik doświadczeń można sobie wytłumaczyć w części tem, iż ustój zwierzęcy, do którego się wprowadza sztucznie pierwiastki trujące, nie przedstawia takich samych warunków co ustroj ludzki i to chory. Z drugiej znowu strony należy przypuszczać, że w powstawaniu ciężkich objawów samootrucia przyjmuje udział nie tylko jedno ciało, np. aceton, lecz i wiele innych dokładnie jeszcze nie zbadanych, tworzących się bądź to w kanale pokarmowym, bądź to we krwi i tkankach. Pierwiastki te trujące, które i w prawidłowych warunkach w ustroju znajdować się mogą, stają się źródłem samootrucia ustroju wówczas, kiedy z powodu zбочenia czynności niektórych narządów wydzielniczych [nerki, wątroba, skóra] nie zostają należycie z organizmu wydalone. Mam tu na myśli t. z. ptomainy [SELMER] i leukomains [A. GAUTIER] powstające przy gniciu ciał białkowatych, a które wessane do krwi stają się często źródłem groźnych zaburzeń w układzie nerwowym.

* * *

W końcu wypada nam jeszcze wspomnieć o sposobach oznaczania acetonu pod względem jakościowym, jak i ilościowym.

I. Próby służące do jakościowego oznaczania acetonu w moczu można podzielić na dwie kategorie:

- 1) Na takie, które wykrywają aceton wprost w moczu.
- 2) Na takie, które wykazują aceton tylko w moczu uprzednio przekroplonym.

Pierwsze mają swe zastosowanie wtedy, kiedy mocz zawiera dużo acetonu, skoro zaś ilość acetonu jest niewielka i skoro idzie o ścisłość należy stosować próby 2-jej kategorii.

Do wykazania acetonu w moczu nieprzekroplonym najlepiej nadaje się próba LEGAL'a ¹⁾: do epruwetki zawierającej mocz dodaje się kilka kropli świeżo przygotowanego roztworu *nitroprussidnatrium*, poczem dodaje się 30% ługu sodowego, aż do wystąpienia odczynu zasadowego. — Jeśli zabarwienie purpurowe występujące z początku przejdzie w kolor jasno żółty, należy dodać 2—3 kropli stężonego kwasu octowego, tak jednak aby kwas ten nie mieszał się z całą próbą. Na miejscu zetknięcia się obu płynów występuje karmazynowe zabarwienie, przy obecności dużej ilości acetonu — ciemno-purpurowe, które przy dłuższym staniu przechodzi w kolor bronzowo-zielony.

Dla zaastosowania odczynników 2-jej kategorii należy mocz poddać destylacji, dodawszy do niego przed przekropleniem nieco kwasu najlepiej solnego lub

¹⁾ LEGAL. Ueber eine neue Acetonreaction und deren Verwendbarkeit zur Harnuntersuchung. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1883. Nr. 3—4.

siarczanego, a to w celu zmniejszenia szumowin przy gotowaniu moczu i powstrzymania przejścia amoniaku. Tutaj należą:

1) Próba jodoformowa LIEBEN'a ¹⁾. Kilku centymetrów kubicznych przekroplonego moczu zaprawia się ługiem potasowym, do czego dodaje się roztworu jodu i jodku potasu. Skoro znajduje się aceton w ilości 0,01 grm., to po 1—3 minutach tworzy się osad żółty, posiadający zapach jodoformu, ale nawet znacznie mniejsze ilości [0,0001 grm.] dają osad jodoformu, tylko przy dłuższym staniu. Pod wpływem ogrzewania osad tworzy pary, a na ściankach epruwetki wydzielają się żółtawe blaszki, które pod drobnowidzem przedstawiają się w postaci sześciokątnych tablic. Próbę tę zachwala JAKSCH jako bardzo czułą. Drugie miejsce zajmuje.

2) Próba REYNOLD'a ²⁾ wykonywa się w następujący sposób: strąca się tlenik rtęci w nadmiarze alkoholowego ługu potasowego. Do mieszaniny tej dodaje się płynu, w którym zamierzamy wykazać aceton, a w przesączu łatwo wykrywamy rozpuszczony tlenik rtęci skłóciwszy go z siarkiem amonu lub dodawszy chlorku cyny, przy silnie kwaśnym odczynie. Za pomocą tej próby można szybko i ściśle oznaczyć nawet 0,01 grm. acetonu w przekroplonym moczu.

3) Próba jodoformowa podług GUNNIG'a ³⁾. Jest to modyfikacja próby LIEBEN'a. G. stosuje zamiast sodu lub potasu, nalewkę jodową (*t-ra jodii alcoholica*). Powstaje wtedy czarny osad, jodek azotu (*Jodsickstoff*), a skoro znajduje się aceton, to i jodoform. Po pewnym czasie jod-azot rozkłada się, czarny osad znika, a jeśli płyn zawiera aceton, to występuje charakterystyczny żółty osad jodoformu. Ujemną stroną próby jest to, iż jeśli mocz zawiera mało acetonu, to utworzony jod-azot znika powoli, tym sposobem dopiero po upływie 24 godzin można wykryć aceton. Jeśli trzy powyższe próby dadzą wynik dodatni, to nie ulega żadnej wątpliwości, że mocz zawiera aceton.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

III. PRZYCZYNEK DO ILOŚCIOWEGO OZNACZENIA ACETONU W MOCZU.

Podał

L. Nencki i P. Rakowski.

Oznaczenie ilościowe acetonu w moczu za pomocą sposobu optycznego JAKSCH'a jest bardzo ściśle, przedstawia jednak w wykonaniu—o czem zawdzięczając łaskawie przez Sz. Kolegę J. PAWIŃSKIEGO nadesłanym ze szpitala Dzie-

¹⁾ LIEBEN. Ueber die Entstehung von Jodoform und Anwendung dieser Reaction in der chemischen Analyse. Annalen der Chemie und Pharmacie. 1870. VII.

²⁾ W pracy JAKSCH'a „Ueber Acetonurie und Diaceturie“ str. 24.

³⁾ Ueber Acetonurie und Diaceturie, str. 31.

ciątka Jezus okazom moczu zawierającego aceton, mieliśmy sposobność przekonać się—nie małe trudności techniczne, wymaga przytem dużo wprawy i czasu. Posiłkując się zatem roztworami podanemi przez JAKSCH'a ¹⁾, zmieniliśmy tylko sam sposób wykonania, stronę czysto techniczną, tak iż obecnie sposób ilościowego oznaczenia acetonu w moczu jest bardzo prosty, łatwy do wykonania a również bardzo ścisły jak i za pomocą sposobu podanego przez R. VON JAKSCH'a. Postępowanie jest następujące:

0,25 gramm dokładnie oczyszczonego acetonu rozpuszczamy w 1 litrze wody przekroplonej i pewną część takowego wlewamy do biurety. Do zlewki o średnicy 5—6 ctm. odmierzamy pipetką 2 ctm³ $\frac{1}{10}$ prawidłowego roztworu jodu w jodku potasu i 3 ctm³ średniego stężenia ługu sodowego. Zlewkę stawiamy na białym papierze, na którym w odstępach 4 mm. porobiono kreski grubości 2 mm. atramentem czarnym w kratkę. Następnie dolewa się z biurety roztwór acetonu tak długo, dopóki kratka na papierze, patrząc w zlewkę z góry nie zniknie. Zniknięcie kratki następuje z powodu osadu *resp.* kryształków jodoformu, utworzonych przy dolewaniu acetonu do jodu. Odczyn końcowy wychodzi nadzwyczaj ostro i jedna, najwyżej dwie krople roztworu acetonu, są dostateczne do zupełnego zniknięcia kratki.

Przypuśćmy, że 18,5 roztworu acetonu są dostateczne do zupełnego zniknięcia krążki — 18,5 roztworu acetonu zawiera zatem 0,004625 czystego acetonu, ta bowiem ilość acetonu jest potrzebną do wytworzenia tyle osadu jodoformowego w roztworze 2 ctm³ jodu i 3 ctm³ wodanu sodu do zupełnego zniknięcia kratki.

Jeśli teraz chcemy w nadesłanym moczu oznaczyć ilość zawartego acetonu, to mocz należy koniecznie przekroplić. W tym celu odmierzamy 100 ctm³ moczu, zakwaszamy 3 ctm³ kwasu solnego wlewamy do kolbki, oddestylowamy z takowego 90 ctm³ i dopełniamy 10 ctm³ wody przekroplonej do pierwotnej ilości [100 ctm³]. Po zmianowaniu zatem roztworu jodu w jodku potasu i wodanu sodu mianowanym roztworem acetonu, wlewamy do tejże samej zlewki, wymytej i wytartej do sucha, znowu taką samą ilość roztworu jodu i wodanu sodu jak pierwszym razem, stawiamy na kratkę i mianujemy aż do zniknięcia kratki już moczem przekroplonym i rozcieńczonym wodą. Jeżeli np. dolano z biurety dla utworzenia osadu i zniknięcia kratki 5 ctm³ moczu zawierającego aceton, to obliczenie zawartości acetonu w nadesłanym moczu jest bardzo proste.

W pierwszym mianowaniu znaleziono, że 0,004625 acetonu [18,5 ctm³ roztworu acetonu], jest ilością niezbędną do utworzenia osadu dla zakrycia kratki, w moczu zaś nadesłanym, potrzeba było użyć dla zakrycia kratki tylko 5 ctm³ z czego wypada, iż w 5 ctm³ moczu znajduje się ta sama ilość acetonu co w 18,5 ctm³ mianowanego roztworu acetonu czyli 0,004625 — tak się ma zatem $5:0,004625 = 100:x$.

Przy każdym oznaczeniu trzeba używać tej samej zlewki, tej samej kratki i tego samego roztworu jodu i wodanu sodu, których użyto do mianowania sztucznie przygotowanego czystego roztworu acetonu.

¹⁾ Ueber Acetonurie und Diaceturie von D-r RUDOLF von JAKSCH. Berlin, 1885.

Przy bardzo małej wprawie, granica błędu leży w granicy niezbędnego błędu przy każdym miareczkowaniu. Mocz, zawierający więcej jak 0,1% acetonu, trzeba tak rozcieńczyć aby ilość użytych ctm.³ moczu znajdowała się między cyfrą 10—15 ctm.³.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Zapalenie gruźlicze otrzewnej u dziecka po przebyciu odry w przebiegu niezytu kiszek. Wyzdrowienie

Jak Soczyk, lat 5½ liczący, przybył do Warszawskiego szpitala dla dzieci w dniu 11 Września 1887 roku, na salę Nr. 9. Chłopczyk dobrej budowy ciała, dość dobrze odżywiany, przed trzema dniami zachorował na wymioty i rozwolnienie. Język obłożony, kilka wypróżnień płynnych w ciągu dnia, brzuch wzdęty niebolesny.

Przy użyciu środków lekarskich stan chorego poprawiać się zaczął o tyle, że wymioty się nie powtórzyły, a rozwolnienie zmniejszyło się, dochodząc do dwóch zaledwie wypróżnień na dobę. W końcu Września zjawił się obrzęk stóp. W tym stanie chory znajdował się do końca Października.

W dniu 23 Października z powodu wystąpienia odry, przeniesionym został do innego oddziału. W dniu następnym znalazłem stan następujący. Chory wieczorem miał ciepłotę 40,5° C., rano dnia 24. X. 38,3° C., tętno 120, niezyt dróg oddechowych, na podniebieniu plamki różowe, niezyt gardzieli, kaszel suchy, na całym ciele wysypka plamista guziczkowata, na twarzy i kończynach dosyć gęsta, w niektórych miejscach zlewająca się; na tułowiu wysypka przedstawia się w postaci kółek i placów okrągłych wielkości grosza do wielkości talara, prawie symetrycznie po obu stronach kręgosłupa występujących. Taką formę wysypki widzimy na piersiach i brzuchu, pomiędzy zaś temi kołami oddzielne plamki zwykle odrze właściwe. Naskórek, pomimo kwitnienia wysypki, obficie się łuszczy szczególnie na tułowiu, gdzie znajdują się wspomniane kółka i place ze zlania plam powstałe. Wypróżnienia półpłynne 2 w ciągu dnia. Wieczorem ciepłota 39,4° C..

Dnia 25. X. Ciepłota 38° C., chory ma się lepiej, wysypka zbladła cokolwiek, łuszczenie obfite. Do 1 Listopada stan bezgorączkowy, ogólne polepszenie.

Dnia 1. XI. Wieczorem ciepłota 39° C., wysypka powtórnie wystąpiła, tym razem z większym natężeniem; objawy niezytowe silniejsze.

Dnia 2. XII. Ciepłota 38,5° C., tętno 120, łuszczenie na całym ciele bardzo obfite, wysypka odrowa kwitnie w tej samej jak poprzednio postaci. Na tułowiu w tych samych miejscach widzimy symetryczne kręgi kolistе wielkości jak poprzednio, na tle usianem plamkami, na twarzy i kończynach, *morbilli confluentis*. Język obłożony, kilka wypróżnień płynnych w ciągu doby. Wieczorem ciepłota 40° C..

Dnia 3. XI. Ciepłota ranna 39° C., wieczorna 39,8° C.. Stan ogólny bez zmiany, na kończynach wysypka blednieje, bóle brzucha, wypróżnienia płynne częstsze. Wieczorem na kończynach górnych i około kolan drobno punkcikowata zlewająca się wysypka [płonica]. Niezyt gardzieli dosyć silnego natężenia, w płucach oddech zaostrozony, kaszel.

Dnia 4. XI. Ciepłota 38,2° C.. Wysypka odrowa blednieje na tułowiu, łuszczenie bardzo obfite, na około stawów kolanowych wysypka płonicowa widoczna jeszcze. Rozwolnienie mniejsze. Ciepłota wieczorem 39,2° C..

Dnia 5. XI. Ciepłota 38° C., łuszczenie obfite na całym ciele, skóra brunatna (*pigmentatio*). Wypróżnienia mniej częste. W ciągu dwóch dni następnych gorączka wieczorem 39,5° C., rano 38° C.; dnia 8 do 11 Listopada wieczorem prawie 39° C., rano 37,5° C. rozwolnienie częstsze, stolce płynne z obfitą ilością śluzu, bóle brzucha. Gruczoły kręzkowe i chłonne na szyi i w pachwinach obrzmiewają. Chory przyjmuje azotan bizmutu.

Dnia 11. XII. Chory wymiotował kilkakrotnie, wychudł w ciągu ostatnich dni znacznie, skarży się na ból w brzuchu wzmagający się przy ucisku. Brzuch przy badaniu znalazłem wzdęty, ciastowaty, stan chorego rano i wieczorem bezgorączkowy. Łuszczenie naskórka bardzo obfite. Stolce płynne śluz i ropę zawierają. Dwa dni następne bez zmiany.

Dnia 14. XI. Chory uskarża się na częste nudności, rozwolnienie częstsze, brzuch wzdęty szczególnie w okolicy pępka, który wystaje nad poziom skóry. Badaniem wyczuwamy niewielką ilość płynu w jamie otrzewnej. Chory ma łaknienie, lecz po przyjęciu wymiotuje pokarm.

Zaleciłem choremu *chininum tanicum* po grjji, 3 razy dziennie.

Dalszy przebieg choroby przedstawiał nam obraz rozwijającego się podostrego zapalenia gruźliczego otrzewnej. Wypróżnienia częste, 20—30 na dobę, zawierały śluz i ropę oraz niestrawione cząstki pokarmów. Brzuch powiększał się powoli, a pępek stawał się coraz wydatniejszym; skóra wiotka, łuszczyła się na całym ciele z naskórka, szczególnie obficie na tułowiu w miejscach zajętych poprzednio przez wysypkę kolistą.

Chory wymiotował kilkakrotnie codziennie, brzuch przy badaniu bolesny, w pozycji leżącej niezbyt wystawał w porównaniu z klatką piersiową, badanie wykazywało z dniem każdym zwiększającą się ilość płynu. W moczu białka nie było.

W dniu 18. XI. Chory zaczął więcej kaszlać, a badanie płuc wykazało od tyłu między łopatkami oddech nie określony z wydechem oskrzelowym, wzmocnienie głosu [prawie *bronchophonia*], tętno drobne 120, bardzo słabe, osłabienie serca, bladeść błon śluzowych, obrzmienie gruczołów chłonnych podskórnych, wypróżnienia ze śluzem i ropą kilkanaście razy dziennie, wymioty kilka razy w ciągu doby powtarzały się codziennie.

Dnia 22 XI. Przy badaniu płuc znalazłem oddech oskrzelowy w obu wierzchołkach i powiększenie śledziony. W dniu następnym wymioty ustały, a w dniu 25. XI. zanotowałem:

Wycieńczenie znaczne czyni postępy, skóra wiotka, nie elastyczna, naskórek łuszczy się, tętno bardzo słabe 120, kaszel staje się wilgotnym, chory bardzo osłabiony, może zaledwo siedzieć w łóżku. Wymioty ustały, łaknienie dosyć dobre. W płucach od tyłu obfite rżenia trzeszczące. Rozwolnienie bez zmiany trwa. Stan taki prawie bez zmiany trwał od 1 Grudnia 1887 roku. Odtąd wypróżnienia stawały się mniej częste, w dniu 6. XII. było ich tylko 8 w ciągu doby, stan brzucha i stan ogólny chorego mało się zmienił na lepsze. Odtąd powoli z dniem każdym wysięk w otrzewnej zmniejszał się, lubo bolesność przy badaniu brzucha nie ustępowała, stolce gęstsze, więcej strawione i mniej częste.

W dniu 15. XII. wystąpiło pogorszenie, a mianowicie zwiększenie płynu w jamie otrzewnej i rozwolnienie częstsze, trwało to jednak krótko, gdyż w dniu 20 Grudnia brzuch znów się zmniejszył, wypróżnienia gęstawe i polepszenie stanu ogólnego pozwoliły malcowi odbyć przechadzkę po sali.

Stan płuc poprawiał się tak, że 25. XII. chory przestał kaszlać, a badanie nie wykazało ważniejszych zmian w narządach oddechowych. Odtąd polepszenie wyraźniejsze w stanie ogólnym i miejscowym ciągle postępowało; w połowie Stycznia, r. b. zaledwo było można wyczuć małą ilość płynu w jamie otrzewnej. W dniu 17 Stycznia chorego przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa Le-

karskiego jako rekonwalescenta. Oddawał on w tym czasie i dni następnych dwa gęste wypróżnienia codziennie, chodził, bawił się, odzyskał humor i różowe policzki. Skóra pozostała jeszcze wiotką i cienką, lecz wzmagające się siły pozwalały mieć nadzieję wyzdrowienia zupełnego.

Przypadek powyżej opisany z wielu względów zasługuje na uwagę z klinicznego punktu widzenia.

1. Postać pod którą wystąpiła odra na tułowiu spotykałem po raz pierwszy w czasie 7 letnich zajęć moich w oddziale chorób wysypkowych. Przy recydywie tej choroby wystąpiły na tułowiu z większą jeszcze siłą też same kręgi i place, a po zblednięciu wysypki przez dwa blisko miesiące miejsca owe wyróżniały się obfitem łuszczeniem naskórka.

2. Niektóre epidemie odry jak i epidemia w roku zeszłym, powikłane bywają przez nieżyty kiszek o przebiegu upartym i ze skłonnością do przejścia w stan przewlekły. Nasz chory po przebiegu odry w czasie nieżytych kiszek uległ temu samemu losowi. Sprawa nieżytych w kiszkiach doprowadziła go do nieżyty folikularnego i owrzodzeń błony śluzowej, z następczem powiększeniem gruczołów kręzkowych i zapaleniem otrzewnej. Takiemu losowi uległy inne gruczoły chłonne, jak oskrzelowe i podskórne szyjowe i pachwinowe.

Takie cierpienie gruczołów po chorobach zakaźnych wysypkowych, a szczególnie po odrze, jest bardzo częstem u dzieci, a powstające w gruczołach ogniska ropne, ulegając zserowaceni, są źródłem zakażenia i przyczyną często występującej po odrze gruźlicy płuc lub opon mózgowych. Jeżeli wskutek dołączającego się przewlekłego nieżyty kiszek z owrzodzeniami, przeważnie gruczoły kręzkowe przyjmują udział w tej sprawie, następstwem tu być musi zapalenie otrzewnej z przebiegiem podoстрыm jak w naszym przypadku. Wymioty, ból brzucha, pojawienie się wysięku w jamie otrzewnej przy umiarkowanej bardzo gorączce [wieczorami do 38° C.], obok charakterystycznych śluzowo-ropnych wypróżnień, są to zwykle objawy tego cierpienia. Zmiany w płucach są chorobą następującą cierpienia gruczołów.

U naszego chorego rozpoznaliśmy zapalenie gruźlicze otrzewnej, rokując bardzo niepomyślnie zejście i oczekując z dnia na dzień ostrego nasilenia zapalenia otrzewnej lub ogólnej gruźlicy, a szczególnie gruźlicy opon mózgowych. Silny jednak ustrój odniósł zwycięstwo i zawiódł nasze oczekiwania. W stosunkowo dosyć krótkim przeciągu czasu choroba doszedłszy do *acme* swego rozwoju, przybrała zwrot pomyślny. Owrzodzenia w kiszkiach zapewne się zabiłiły, a zapalenie otrzewnej ograniczywszy się zaczęło powoli ustępować. Nacieki w płucach również zniknęły i chory w dniu 19 Stycznia r. b. wypisany został.

O ile sprawa gruźlicza w otrzewnej uważaną być może za usuniętą, czy też chwilowo powstrzymaną i na jak długo, nie odważam się przesądzać. Przypadek ten jednak zdaje się dowodzić, że i gruźlicze cierpienie otrzewnej, jeżeli nie przebiega zbyt ostro i nie wikła się z gruźlicą mózgu lub gruźlicą ogólną, może w pewnych razach ku trwalszemu zwrócić się polepszeniu, a może i wyleczeniu.

Co do leczenia sędzę, że ponieważ nieżyt kiszek i owrzodzenia będące jego następstwem są przy gruźlicy otrzewnej po większej często przyczyną wywołującą, a jednocześnie wpływają niekorzystnie na ogólne odżywianie, na takowy więc należy zwrócić główną uwagę.

Mam nadzieję powrócenia do tego przedmiotu raz jeszcze, mając zgromadzony obfity materiał kliniczny dotyczący gruźlicy otrzewnej u dzieci. W niniejszej notatce chciałem tylko zwrócić uwagę na możliwość leczenia i uleczalności choroby w mowie będącej.

Alfons Malinowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Riemer. Badania nad dyfterytem.

Za podstawę do pracy tej posłużył autorowi bogaty materiał, w ciągu 11-letniej praktyki zebrany. Materiał ten dotyczy błonicy u dzieci, należących przeważnie do proletaryatu. Szczegółowiej jednak zebrał autor przypadki, przez siebie w okresie pięcioletnim spostrzegane, mianowicie od 1883 do 1887 roku, podczas groźnej, panującej wówczas w Lipsku epidemii dyfterytu [190 chorych, do 119 rodzin należących—z tych 34, t. j. 17,9% zmarło]. Sądzę, że obszerna, przytem bardzo sumienna ta praca, zasługuje na bliższe zapoznanie się z nią, ze względu na pewne ciekawe dane, dotyczące się powstawania, oraz przebiegu i leczenia tej choroby. Pracę swą autor podzielił na 3 części, w pierwszej zastanawia się nad warunkami powstawania—nad patogenезą dyfterytu, w drugiej mówi o rozpoznawaniu i przebiegu; wreszcie trzecią i ostatnią część poświęca autor leczeniu tego cierpienia. Lekarz—praktyk wiele w pracy tej zajmujących może znaleźć szczegółów, tem więcej, że na każdym kroku autor przytacza z bogatej kazuistyki bardzo sumienne spostrzeżenia. Autor, zgodnie z większością badaczy uważa błonicę za cierpienie natury zakaźnej, zdolne do przenoszenia się z chorych na zdrowych. Przyjmuje on, że zarazek nazewnątrż ustroju [w ubraniu i td.] przez długi czas działanie swe jest w stanie zachować. Jako wrota, któreby zarazek do ustroju się przedostaje, przyjmuje błony śluzowe, lub naruszone powłoki skórne. Usposobienie, według autora, zdaje się tu niepoślednią odgrywać rolę. Co się tyczy okresu wylegania, to takowy, według autora, w jego spostrzeżeniu, wynosił od 1—3 dni. Jest to mniej więcej okres, jaki większość autorów przyjmuje. Zauważył przytem autor, że najcięższe przypadki dyfterytu były jednocześnie najpierwszemi, co objaśnia po prostu tem, że przypadki takie w początkach nie odrazu zwracają uwagę otaczających. Jakkolwiek ściśle przestrzeganie zasad antyseptyki w wielu razach może uchronić od zarazy wielu członków jednej i tej samej rodziny, to z drugiej strony autor miał sposobność obserwować wręcz przeciwne przypadki, gdzie przy największych błędach higienicznych—przy braku zupełnym elementarnych zasad antyseptyki [izolacyja etc.] zarażenie się albo zupełnie nie wystąpiło, lub w bardzo lekkiej formie (*diphtheroid*). Przypadki te autor objaśnia brakiem odpowiedniego usposobienia.

Jako usposabiające monety uważa autor: 1) wiek dziecięcy, jakkolwiek u niemowląt do 10-go miesiąca życia zauważyć się daje pewien rodzaj *immunitatis*. Natomiast szczególnie wrażliwe są na przyjęcie zarazka dzieci od 1—2 lat [12% z tych 25% zmarło]. 2) ciałośkład, mianowicie dzieci krzywicowe lub skrofuliczne częściej zapadały na błonicę. Co się tyczy chorób ostrych, to w pierwszym rzędzie, jako usposabiające, stawia autor tyfus brzuszny, toż samo mniej więcej tyczy się odry. Zaburzenia w trawieniu, sztuczne trawienie zdaje się więcej wywierać wpływ, a mianowicie ujemnego, na przebieg dyfterytu.

3) Pory roku: zimowe miesiące według autora najwięcej usposabiają do błonicy. Co się tyczy zaziębienia, to zdaje się że nie można go odrzucać z szeregu momentów, sprzyjających rozwojowi cierpienia. Jako prawidłó uważa autor, że jednorazowe przeniesienie dyfterytu chroni od tego cierpienia jakkolwiek bywają z wyjątku [szczególniej tyczy się to lekkich postaci]. Co się tyczy skłonności do cierpień gardła, jako momentu usposabiającego, to w 24% mógł autor zauważyć wystąpienie błonicy u chorych, często zapadających poprzednio na *tonsillitis follicularis*. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że wpośród biednej klasy dyfteryt częściej daje się spostrzegać.

Autor zwraca uwagę na stosunkowo częstsze występowanie błonicy w rodzinach, jednym dzieckiem obdarzonych, nie chce on z tego jakiegoś wniosku

wyprowadzać, przypuszcza jednak, że winić tu trzeba mniej racjonalne wychowanie dziecka, resp. zbytnią delikatność jego, być może jakieś momenty dziecizne. Zauważał autor u chłopców większą śmiertelność, natomiast u dziewcząt cięższy przebieg dyfterytu. Przechodzi następnie do rozpoznania dyfterytu. Autor nie pomieścił w swej pracy lżejszych form, pod postacią prostego zapalenia gardła, lub *tonsillitis follicularis* przebiegających [to ostatnie cierpienie uważa autor za sprawę czysto miejscową, za cierpienie, przy którym przypadków zarażenia nie spostrzegał], jakkolwiek w wielu z tych przypadków według autora z pewnością był proces dyfterytyczny, nieco tylko lżejszy—*diphtheroid*, jak go autor nazywa. Często *tonsillitis follicularis* występuje jako okres początkowy, poprzedzający pojawienie się ciężkiego dyfterytu. *Tonsillitis* natomiast *cruposa* stanowczo autor łączy do dyfterytycznych form, jak o tem nie jednokrotnie miał sposobność się przekonać z dalszego przebiegu [zajęcie krtani, t. j. krup i t. p.], jak niemniej z zarażenia się rodzeństwa.

Autor, opierając się na bogatym materiale obserwacyjnym, rozróżnia 2 formy dyfterytu: 1) nieżytowo-krupową i 2) zakaźno-septyczną. Pierwsza forma charakteryzuje się tem, że zarazek głównie działa na powierzchowne warstwy błony śluzowej, przez co obraz kliniczny więcej zbliża się do zwykłego nieżytu, przyczem z niebezpiecznych powikłań zazwyczaj mamy do czynienia z rozszerzeniem się procesu na drogi oddechowe [krtan, tchawica, oskrzela]. Przy drugiej zaś postaci, przy objawach ogólnego cierpienia zakaźnego, dochodzi do głębszych zniszczeń tkanek. Wskutek przedostania się zarazka do różnych narządów [gruczoły limfatyczne, nos, uszy, krtan, nerki i t. d.] występują różnorodne i ciężkie powikłania, lub zakażenie gnilne, wywołane rozpadem tkanek, które kończy się zejściem śmiertelnem. Zdaje się, że podział ten znajduje usprawiedliwienie w najnowszych badaniach patologo-anatomicznych. Przy formie krupowej mamy do czynienia z włóknikowem zwyrodnieniem nabłonka, przy septycznej zaś z drobnokomórkowem nacieczeniem i zniszczeniami głębszych warstw tkanek. WEIGERT'a PSEUDO-DIPHtherITIS odpowiada postaci krupowej, a dyfteryt—wywołany przez zgorzel koagulacyjną—septycznej. Pierwszą formę spostrzegał autor w $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadkach. Oto pokrótce obraz i przebieg tej postaci: z początku zauważyć się daje nalot białawy lub żółtawy na migdałach, łukach, gardzieli, języczku—z jednej, lub obu stron. W sąsiedztwie mniej lub więcej wyraźne zaczerwienienie lub obrzmienie. Gorączka, ogólne niedomaganie. Ból przy łykaniu stanowi stosunkowo rzadki objaw, natomiast ucisk na jeden, lub oba powiększone gruczoły podszczękowe wywołuje ból. Nalot się trzyma różnie co do czasu [niekiedy do 12-go dnia], poczem następuje zdrowienie, lub, jak to miało miejsce w $\frac{1}{3}$ przypadku nalot powraca z podniesieniem się ciepłoty ciała. Z powikłań spostrzegał autor: zajęcie nosa, ucha, ropienie gruczołów limfatycznych, *nephritis*, porażenia, wreszcie najczęściej krup.

Druga forma—postać septyczna [$\frac{1}{4}$ przyp. z tych 50% śmiertelnych].

W początku, przy stosunkowo ciężkich objawach ogólnych, często nieznaczne bywają zmiany w gardzieli, wkrótce jednak dosięgają one do znacznych rozmiarów. Zazwyczaj jednak od razu nalot bywa rozległym—biało-żółto-brudnego koloru—przyczem oddech staje się cuchnącym. Błona śluzowa silnie obrzmała, zaczerwieniona, lekko w sąsiedztwie nalotu, krwawiąca. Nozdrza w większej części zajęte sprawą chorobową—rodzaj ropnej z nosa wydzieliny—często groźne *epistaxis*. Gruczoły od początku silnie obrzmałe. Gorączka wysoka, z bredzeniem połączona. Wymioty częste. Znaczne osłabienie: łykanie trudne. Od czasu do czasu do istniejących lub na miejsce odpadniętych błon dołączały się nowe. Przebieg dłuższy, powikłania częstsze: Śmierć 10 razy nastąpiła wskutek posocznicy 9 na krup, 6 na nerki: Autor szczegółowiej zastanawia się nad porażeniem nerek przy dyfterycie, przytaczając jak zawsze liczne przykłady

z bogatej kazuistyki zaczerpnięte. Przychodzi on do następujących wniosków:

1) Nerki zajęte bywają w późniejszym okresie błonicy, przy tem dyfteryty nerek zazwyczaj szybko bardzo przy objawach osłabienia serca kończy się śmiercią. Daje się tu zauważyć zupełne podobieństwo z cierpieniem nerek przy szkarlatynie.

2) Przy błonicowem zapaleniu nerek brak ciężkich objawów mocznicowych [uremicznych], jako też znacznych obrzęków. Pod tym względem widzimy znaczną różnicę od zapalenia nerek przy błonicy.

3) Mocz po większej części jasny, pozbawiony elementów komórkowych; ani razu autor krwiomoczu nie spostrzegł. W przypadkach pomyślnych ilość białka była nieznaczna.

4) Istniejące jeszcze dotąd łaknienie i pragnienie, naraz chorych opuszczało.

5) Szczególny dawał się zauważyć wpływ serca na przebieg tego cierpienia [objawy *myocarditidis interstitialis*].

Bardzo wiele miejsca poświęca autor rozdziałowi o leczeniu dyfterytu, a przedewszystkiem o leczeniu zapobiegawczem. Na wstępie autor zaznacza, że oprócz zwykłych ogólnie państwowych sanitarnych przepisów, moralnym obowiązkiem każdego lekarza praktyka powinno być staranie się ze swej strony o przeprowadzenie jak największej antyseptyki [izolacja chorych i t. d.]. Jakkolwiek nie tai autor, o czem sam, praktykując przeważnie w pośród biednej ludności, niejednokrotnie mógł się przekonać, że jest to ciężka, niewdzięczna, często niemożliwa wprost praca.

Na drugim planie leży zmniejszanie usposobienia do dyfterytu, a więc zahartowanie organizmu, ku czemu służy zimna woda, dobre powietrze i t. d., według autora dobrze tu działa noszenie wełnianych kaftaników na gołym ciele zwłaszcza przez osoby delikatne. Do najważniejszych czynności profilaktycznych zalicza autor codzienne staranne badanie gardła u dzieci już to przez lekarza, lub po prostu przez otoczenie [np. matkę] dokonywane, w wielu bowiem przypadkach autor miał sposobność się przekonać, że nawet dorośli, u których w gardzieli istniały duże zmiany, *resp.* błony dyfterytyczne, bardzo mało lub wcale nie narzekali na trudności przy połykaniu, *resp.* nic o cierpieniu swem nie wiedzieli.

W końcu przechodzi autor do właściwego leczenia dyfterytu:

Z wyjątkiem najcięższych form septycznych, jako też najłżejszych przypadków postaci krupowej, gdzie leczenie polegało tylko na zwalczaniu objawów [leczenie wyczekujące], we wszystkich pozostałych stosował autor do wewnątrz terpentynę, według następującego przepisu:

Rp. *Ol. tereb. rect.* 4,0—8,0 [5j—3jj].

Aeth. sulfur. 0,2—0,5 [gr jii—gr vjjj].

MDS. co 2 godziny po $\frac{1}{2}$ lub po $\frac{1}{3}$ tej dozy.

Przy tem przy każdej dozie każde autor dawać kilka łyków mocnego wina, dla usunięcia zaś uczucia palenia, każde łykać kawałki lodu, słońca zarazem i dla powstrzymania wymiotów. W moczu bardzo prędko daje się wykryć terpentyna, na podstawie zapachu, przypominającego fijołki.

Prócz tego: gdy będziemy gotowali mocz z dodatkiem kwasu azotowego, to zacząć się wydzielać pary, pachnące lucyzwem [drzazgami] lub szyszkami jodłowemi. Użycie terpentyny w dyfterycie ma wielu zwolenników, do których i autor należy, przedewszystkiem zaznacza on wpływ pomyślny na gorączkę, czas trwania cierpienia. Wpływ ten autor objaśnia sobie nadmiernem wytwarzaniem się [hyperprodukcją] śluzu w przewodzie pokarmowym i funkcjonalnem przekrwieniem gruczołowych narządów, przez co zarazek [o istocie którego, mówiąc nawiasem, autor ani słowa w całej swej pracy nie wspomniął], we krwi się znajdujący, wydalonym z ustroju zostaje. Autor nie zgadza się z BUNGER-

STEM, jakoby olejek terpentynowy wywierał wpływ ujemny na stan nerek. Natomiast najmniejszego wpływu dodatniego nie zauważył autor na tworzenie się błon w krtani [krup], jakkolwiek przy pierwszych objawach krupu widywał autor pewną ulgę przy wdychaniu gorącej z terpentyną pomieszanej pary wodnej.

Paliatywnie z pewnym skutkiem stosował autor: kwas mleczny [zwłaszcza do szprycowania nosa przy zajęciu tego ostatniego], jodoform i kwas borny [na wacie] spray karbolowy, parowe i ciepłe kąpiele, kataplazmy, lód na okolicę szyi, hydropatyczne kompresy i t. d.

Do płukania używał autor chloranu potasu [3j—5vj], lub wody wapiennej, przy nieumiejętności łykania leki te do wewnątrz [co godzinę ½ łyżeczki]. Wreszcie wspomina autor o tracheotomii [w 13 przypadkach], jakkolwiek wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią.

(*Berträge zur pathologischen Anatomie und klinischer Medicin*—książka jubileuszowa dla prof. WAGNER'a 1888 str. 182—216). Jan Sędziak.

Wiadomości terapeutyczne.

46. Własności przeciwnie olejku mięty pieprzowej w zastosowaniu do leczenia suchot płucnych i błonicy. Własności przeciwnie tego środka znane już były Koch'owi, który zauważył, że roztwór 1:300000 [? p. spr.] wstrzymuje rozwój zarodników karbunkulowych. Zachęcony wielką tolerancją organizmu na olejek miętowy, tolerancją, jaką się nie cieszy żaden, ze znanych antyseptyków, BRADDON badał przeciwnie własności tego środka (*The Lancet*). Okazało się, że olejek miętowy pieprzowej już w rozcieńczeniu 1:50000 wstrzymuje gnicie. Doświadczenia robiono nie na hodowlach lecz z wodnymi roztworami mięsa, białka i substancji roślinnych. Olejek miętowy, dodany do pomienionych roztworów, wstrzymywał gnicie na czas nieograniczony. Od tego czasu B. począł używać do opatrunków chirurgicznych gazy napojonej olejkiem miętowym [0,1%] i otrzymywał gojenie *per primam*. Większą daleko przyszłość rokuje BRADDON olejki miętowemu w leczeniu chorób zakaźnych wewnętrznych. Chorzy łatwo go znoszą przez czas dłuższy w postaci wzięcia, pedzłowań i t. d. i to nie tylko w rozcieńczeniu ale *in substantia*. Autor przytacza kilka przypadków suchot płucnych, gdzie stosował z dobrym skutkiem wzięcia czystego olejku miętowego [19 kropel na wacie zmienianej co kilka godzin; wata zmienia się w przyrządzie MACKENZIE'go; przyrząd ten jest rodzajem maski, służącej do oddechania ustami i nosem]. Polepszenie polegało na zmniejszeniu kaszlu, gorączki i poprawie ogólnego stanu chorych. Jeden tylko chory nie mógł znosić wzięcia, które go pobudzały do kaszlu. Największą jednak wartość przypisuje BRADDON mięcie w leczeniu błonicy. Pedzłowania czystym olejkiem, jako działające miejscowo i ogólnie przez szybkie wchłanianie leku, uważa za najdzielniejszy środek przeciwko błonicy. W 2 przypadkach bardzo ciężkiego dyfterytu wyzdrowienie nastąpiło w ciągu kilku dni przy pedzłowaniu błony śluzowej gardzieli 2 razy dziennie. Odwieczną swą sławę środka leczniczego przy niestrawności zawdzięcza zapewne mięta swemu działaniu przeciwnie.

A. Puławski.

47. Wracając do słów kol. GROSTERA o główki kukurydzowej [*Ustilago maidis* w N-rze 23 Gazety lekarskiej], a który także i o moich wspomina spostrzeżeniach, mam sobie za obowiązek nadmienić, że wyciągi płynne główki kukurydzowej nie zawsze zdaje się te same chemicznie zawierają składniki. Podczas gdy bowiem jeden z wyciągów takich [od PARKE, DAVIS et C.o w Detroit Mich. U. S. A.] okazał się skuteczny i wywoływał skurcze macicy, inny w tym samym celu używany wyciąg okazał się bezskuteczny. Prof. R. ROBERT'owi w Dorpacie posłałem bowiem wyciąg ten, aby raczył na ciepłokrwistych zwierzętach przekonać się o wpływie preparatu tego na macię, lecz on, mimo wstrzykiwania środka tego nawet wprost do układu krwionośnego tylko ujemny otrzymał wynik. Wobec tak nierównych widocznie składników chemicznych w wyciągach płynnych główki kukurydzowej zdaje się być rzeczą konieczną, nim coś pewnego o środku tym powiedzieć będzie można, poczekać, aż się uda z grzybka pasorzytniczego, napastującego ziarno i łodygę kukurydzy, otrzymać alkaloid, odpowiedni do dalszych badań i przekonać się następnie czy i o ile takowy wpływa bądź to na ośrodek rdzenia lędźwiowego, wywołujący skurcze macicy, bądź też na ośrodku naczyńioruchowe.

D-r Świąteczki z Poznania.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Regulamin obowiązujący w zakładzie leczniczym Fürstenhof w Styryi“. Na rok 1888.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Юля 1888 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

GRODZISK

Zakład kąpielowo-leczniczy D-ra Bojasńskiego. 2^{ga} St. D. Ż. W. W.

Hydropatyja, kąpiele igliwowe, borowinowe i inne. Wody mineralne, Kefir, gimnastyka pod kierunkiem biegłego specjalisty. W zakładzie pokoje umeblowane z usługą — mleczarnia.

Zakład wyrabia **WYCIĄG IGLIWIA SOSNOWEGO**

(*Ex. pini silvestris*), do przyrządzania kąpeli balsamicznych (igliwowych), nagrodzony na wystawie higienicznej w Warszawie r. 1887 listem pochwalnym kl. I-ej. Sprzedaje się w zakładzie i aptekach (głównie Apteka Kucharzewskiego Miodowa № 4), po kop. 50 za flaszkę zawierającą 250 grm. wyciągu. Dla dorosłych używa się na kąpiel butelkę, dla dzieci małych $\frac{1}{4}$, dla dzieci starszych i osób drażliwych $\frac{1}{2}$ butelki. Wzmacniające, kojące i uspokajające działanie kąpeli igliwowych, czyni je szczególnie wskazane dla osłabionych, niedokrwistych, w chorobach nerwowych, w reumatyzmie, w nerwobólach gośćcowych, w wypocinach dnałych, skrofulicznych etc.

Zakład cały rok otwarty.

2—2

D-r MAJKOWSKI

praktykować będzie przez całą porę kuracyjną
w **Busku**.

12—10

D-r Jan Rosner

ordynuje we **Francensbadzie**
(Goldene Stern).

8—8

D-r W. Bujakowski

stale ordynuje w **Druskenikach**.

6—6

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle od 10-go Maja w **Francensbadzie**,
(Podczas sezonu zimowego w **Meranie**).

6—5

D-r F. Chłapowski

ordynować będzie w tem lecie jak poprzednio
w **Kissingen** (w Bawaryi).

6—5

FABRYKA WÓD MINERALNYCH

MAGISTRA FARMACJI

W. Karpńskiego

w **WARSZAWIE**

poleca

WODY ŻELAZO-ARSENICALNE
LEVICO I RONCEGNO.
Używa się ich podług wskazań lekarza od jednej do 5 łyżek dziennie, a sprzedaje się tylko za receptami Doktorów.

UWAGA.

Każda łyżka wody Levico
zawiera tyle soli arsenikalnej co 10
kropeł Liquor. arsenicalis Pearsonii, a Ron-
cegno tyle co 15 kropeł — buteleczka zawiera 18 do
20 łyżek stołowych — Cena 40 kop.

10—6



FABRYKA
WÓD MINERALNYCH
 Magistra Farmacyi
W. KARPIŃSKIEGO
 w WARSZAWIE
 ulica Mirowska Nr. 3.

OSTRZEŻENIE.

Pragnąc zapobiedz licznym niedogodnościom jakie powstają w skutek zamiany syfonów, bądź to z powodu podobieństwa syfonów jednych do drugich. lub złej woli, z dniem 6 Maja zaprowadziłem syfony specjalne do wód mineralnych, znacznie większe od tych jakie używane są w Warszawie. Każdy syfon opatrzony jest napisem w szkłe **Woda wyrobu fabryki W. Karpińskiego — Syfon własność fabryki.** Panowie więc fabrykanci, którzyby pomimo tak wyraźnych cech używali wspomnianych syfonów **do sprzedaży w nich swoich wyrobów** do odpowiedzialności sądowej pociągnięci zostaną.

10—9

W. Karpiński.

D-r med. Stanisław Bęklewski

ordynuje, jak zwykle, w PIATYGORSKU i na grupach
 w ciągu całego sezonu.

5—4

D-r Ignacy Grundzach

praktykować będzie przez sezon letni w Essentukach (na Kaukazie). 0—3

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki
 Borowskiego ul. Przejazd
 Grabowskiego ul. Bielańska
 Habielskiego ul. Stare Miasto
 D-ra Heinricha pl. Teatralny
 Karpińskiego ul. Elektoralna
 Kucharzewskiego ul. Miodowa
 Lerowskiego ul. Marszałkowska

Lilpopa ul. Nowy Świat
 Rutkowskiego ul. Długa
 Sobolewskiego ul. Dzika
 Turskiego ul. Karmelička
 Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.
 Wróblewskiego ul. Krakowskie-Przedmieście
 Ziemińskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL I GESSNER

Właściciele apteki Jerozolimska 27.

Uwaga. Grzybki do robienia kefiru sprowadzane wprost z Kaukazu apteka posiada stale świeże. Zapotrzebowania z prowincyi (na grzybki z informacją przygotowywania) natychmiast załatwiamy.

12—10