

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; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pis-
mem lub jego miejsce.

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

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

Dr. Turkiewicz.
Leczenie Massażem.

Hoża № 28 od godz. 4—6.

6—4

Zwracamy uwagę

iż Kefir przyrządzany według specjalnych wskazówek i balań ogłoszonych w świeżo wyszłej pracy
p. p. Dr. Dr. Nenckiego i Fabiana wyrabia wyłącznie

zakład Kefirowy aptekarzy

Biertümpfla i Gessnera

Aleja Jerozolimska róg Kruczej

dawniej **DR. WYSZYŃSKIEGO.**

6—1

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących przeszło 40 arkuszy druku.
Pomieszcza prace oryginalne z różnych działów medycyny w obszerniejszym za-
kresie oraz protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego. Cena prenumera-
cyjna 3 ruble rocznie wraz z przesyłką. Prenumeratę wnosić można do redakcyj
wszystkich czasopism lekarskich wychodzących w Warszawie, najlepiej zaś do
Redakcji Pamiętnika pod adresem:

D-r Jawdyński
Warszawa, Chłodna 8.

PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSTYCH SMÓŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwno

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,
OCHRYPNIEIU, CHOROBYM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMÓŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawię Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylki
jak również przepis dla użycia takowego

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

& SAINTE-MENHOULD

wymagając Marki fabrycznej



Podczas powolnego ssania tych Pastyłek powietrze którem się oddech przejmują się wyziewami Smóły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te są wdzięczną skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smółka bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrucie wymaga wywołania ich na skutki kurzu i wywołania rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczą o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za II-ie półrocze 1885 r.

II. (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odtrutki. Tabela porównawcza skali 3-eh cieplomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszanie i stające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej staeyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rosyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwnalny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukcji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukcji przy otruciu i III. Wzór obdukcji noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. w miejscu, z przesyłaniem pocztą I rs. 35 kop. Skład główny u **D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26**. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. ELSENBERG. Pityriasis rubra universalis. — II. L. BABIŃSKI. O tak zwanych ciałach peptogennych SCHIFF'a. — III. L. WOLBERG. Tyfus brzuszny u dzieci. — *Korespondencyja.* J. ROSENTHAL. W obronie oddziału położnic przy szpitalu starozakonnym w Warszawie. — *Dział sprawozdawczy.* 9. EHRLICH. Przyczynek do nauki o barwieniu laseczników gruźliczych. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. PITYRIASIS RUBRA UNIVERSALIS.

Podał

D-r med. A. Eisenbreg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

Z nazwą tą wiążemy takie pojęcie o chorobie, jakie HEBRA, po swoich poprzednikach, rozwinął i ustalił, wyróżniając ją z pośród innych rozlanych cierpień skóry, połączonych z obfitem łuszczeniem naskórka, albowiem i forma cierpienia, jego przebieg i zejście są do tego stopnia charakterystyczne, że na takie wyróżnienie najzupełniej zasługują. Podług FERDYNANDA HEBRY¹⁾ mianem *pityriasis rubra universalis* można nazwać taką tylko postać chorobową, która podczas całego swego przebiegu nie okazuje żadnego innego objawu, oprócz trwałego, żywego zaczerwienienia skóry, bez wydatnego nacieczenia, bez wytwarzania grudek, pęcherzyków lub sączących powierzchni i t. d., ale połączonego z nieznacznym swędzeniem i obfitem w późniejszych okresach łuszczeniem; najczęściej zajmuje ona całą powierzchnię skóry. Jak widzimy już z tego określenia, aby rozpoznać tę postać choroby, należy uwzględnić nie tylko dane pozytywne, ale i na niektóre ujemne wyniki badania zwrócić należy uwagę, a temi są: brak wszelkich wykwitów pierwotnych.

Cierpieniu temu podlegają przeważnie mężczyźni około 40 roku życia; trwa ono całe lata. Gdy w początkach choroby skóra bywa jasno-czerwona, dosyć jeszcze elastyczna i pokrywa się drobnymi łuskami, w późniejszych okresach skóra przybiera barwę bardziej sinawo-czerwoną i coraz to obficie pokrywa się całymi płatami zrogowiałego naskórka, wskutek czego robi wrażenie nawet grubszej. Łuszczenie często do tego stopnia bywa obfite, że całe naczyn-

¹⁾ HEBRA u. KAPOS. Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. Bd. str. 399 r. 1884.

nia złuszczonego naskórka co rano z pościeli takich chorych zbierają. W dalszym przebiegu skóra ulega zanikowi, zwłaszcza jej twory gruczolowe, tak, że wskutek zaniku tychże, włosy cienieją i wypadają, paz nogcie są cienkie, łamiwe albo zgrubiałe i zserowaciałe, skóra jest suchą, ściąga się, traci swą elastyczność i jest jakby za ciasną dla chorego. Usta chorego z trudnością i niezupełnie może otworzyć, powieki są wywinęte, palce przykurezone; skóra na kolanach i łokciach zcieńczała, gładka, naskórek, a nawet i skóra właściwa bywają popękane, w innych znów miejscach skóra jest napięta, tak, że się nie daje uchwycić w fałdę, a często wskutek popękania tworzą się owrzodzenia, podobne niekiedy do odleżyn. Gruba warstwa zrogowaciałego naskórka na podeszwie odpada, wskutek czego chodzenie staje się wielce bolesnem, nawet niemożliwem.

Jednocześnie znika tkanka tłuszczowa, gdyż i odżywianie chorego upada. W końcu przy objawach ostatecznego wyniszczenia lub też z powodu przyłączającego się zapalenia płuc, gruźlicy lub t. p. powikłań, chorzy umierają.

*

*

*

Do dermatologii nazwę *pityriasis rubra* wprowadzili WILLAN i BATEMAN, dla oznaczenia długotrwałego, rozlanego cierpienia skóry, połączonego z obfitem łuszczeniem naskórka. Określenie to było zbyt mało ściśle, aby pod nie nie dały się podciągnąć najrozmaitsze rozlane sprawy na skórze. Dopiero DEVERGIE ¹⁾ w siódmym dziesiątku bieżącego stulecia pod tą nazwą opisał dwie postacie chorobowe: ostrą, z opisu podobną do tej, jaką dziś nazywamy *dermatitis exfoliativa*, i przewlekłą, właściwą *pityriasis rubra*, jaką dzisiaj za przykładem F. HEBRY przyjmujemy. BAZIN znów, utworzywszy klasę wysypek *herpetides exfoliatrices*, zaliczył do niej i *pityriasis rubra*. Ale klasa ta, zupełnie sztucznie utworzona, łączyła w sobie rozmaite uporczywe, rozlane wysypki [jak *eczema squamosum*, łuszczycę, pęcherzycę i t. d.], które w późniejszych fazach rozwoju tracą do pewnego stopnia swój pierwotny charakter, a przy ciężkim ogólnym stanie chorych, kończą się obfitem łuszczeniem naskórka. W ten sposób BAZIN wprowadził tylko chaos do tej grupy chorób, łącząc w niej cierpienia pierwotne z następczemi. To też później pod nazwą *herpetide* opisywano rozmaite patologiczne stany skóry, połączone z obfitem łuszczeniem, bez względu na postać wysypki, która ów stan poprzedzała. Dopiero F. HEBRA, za przykładem DEVERGIE, znów *pityriasis rubra* wyosobnił, jako postać zupełnie samodzielnią, a dokładnemi spostrzeżeniami istnienie jej utrwalił. Tak stała ta kwestyja, gdy E. WILSON nowe wprowadził zamieszanie zmianą nazwy. Według niego nazwa *pityriasis rubra* dla cierpienia tego jest nieodpowiednią, gdyż oznacza łuszczenie naskórka drobnymi otrębowatemi łuskami, a tymczasem w okresie w którym chorzy z *pityriasis* pod obserwacją lekarzy zwykle przychodzą, łuszczenie odbywa się obficie i dużemi płatami zrogowaciałego naskórka. Dla tego też proponuje chorobę tę nazywać *dermatitis exfoliativa*. Odtąd też wielu lekarzy angielskich i amerykańskich używa obu tych nazw w opisach jednej i tej samej postaci chorobowej, podczas gdy przeważnie lekarze niemieccy pod nazwą *dermatitis exfoliativa*, jak to poniżej zoba-

¹⁾ Traité pratique des maladies de la peau. Deuxième édition. Paris 1857, str. 442.

czyimy, zupełnie inną postać cierpienia skórniego opisują. W swem studjum krytycznym o *pityriasis rubra*, L. BROCC¹⁾ przychodzi do wniosku, że liczne opisy pod tą nazwą ogłoszone nie tyczą się bynajmniej tego cierpienia, gdyż jest ono wogóle niezmiernie rzadkie, a we Francyi rzadsze niż gdzieindziej. Według BROCC'a opisane przypadki dadzą się podciągnąć pod następujące formy:

Herpetides exfoliatrix de Bazin. *Pityriasis rubra pilaris*. *Erythema scarlatini* f. *generalis*. *Pityriasis rubra Hebrae*. *Pityriasis rubra benigna*. Przypadki niedające się podciągnąć pod żadną postać.

Pomyłki takie w rozpoznaniu mogły pochodzić z analogii do pewnego stopnia objawów *pityriaseos rubrae* z objawami innych przewlekłych wysypek, połączonych z obfitem łuszczeniem. W istocie rzeczy jednak tak nie jest. Różnice pomiędzy powyższymi postaciami chorobowymi są tak znaczne, że dziwić się raczej wypada, że przyjmowano jedno za drugie. Co do mnie, to podzielał zupełnie zdanie DÜHRING'a, że uważne badanie chorego uchroni od pomyłki i do pomoże do wyróżnienia *pityriaseos rubrae* z pośród innych zbliżonych do niej chorób.

Dla uwydatnienia tych różnic, podam tu krótkie określenie powyższych wspomnianych postaci chorób, pomijając grupę BAZIN'a *herpetides exfoliatrix*, jako grupę sztuczną i nie wytrzymującą już dziś krytyki.

O *pityriasis pilaris* wspomina poraz pierwszy DEVERGIE w 1857 roku²⁾, ale uważa stan ten tylko jako powikłanie zwykłej *pityriaseos rubrae*. Tak samo na tę sprawę zapatrywał się i TILLBURY FOX, według którego następuje ona po minionej *pityriasis rubra*.

Cierpienie to ma się zasadzać na tem, że w torebkach włosowych, wskutek wypełnienia ich złuszcządzającymi się komórkami, tworzą się drobne, wystające guziczki. Zdaniem WEYL'a³⁾ nie jest to nic innego, jak zwykły *lichen pilaris*, który zdarza się i po przebytej łuszczycy. Jednakże BESNIER i RICHAUD opisują podobny stan skóry jako samodzielną postać chorobową, trwającą całe lata bez widocznego szkodliwego wpływu na ustrój. Zdarza się ona u ludzi od 4 do 54 lat; zajmuje całą prawie skórę, która bywa blado-różową, niezgrubiałą, łuszczy się i na różnych częściach, oprócz głowy i miejsc obficie porośniętych włosami, a najwydatniej na powierzchni grzbietowej palców, zasiana jest wspomnianymi guziczkami, zwanymi *cônes circumpilaires*⁴⁾. Postać tę opisywali dotychczas tylko lekarze francuzcy i angielscy. Być może, że tylko w tych krajach się ją napotyka.

Drugą postacią chorobową, którą za *pityriasis rubra* przyjmowano, jest *erythema scarlatiniforme desquamativum* [recidiv FOX], opisywana także i pod nazwą *dermatitis exfoliativa acuta*, która, zdaniem niektórych autorów, przechodzić ma niekiedy w stan przewlekły, dając obraz *pityriaseos rubrae universalis*.

1) Étude clinique et chimique sur le pityriasis rubra. Archives générales de Médecine 1884. Tom 13 i 14. str. 558 i nast..

2) L. c. str. 454.

3) ZIEMSEN. Handb. T. 14. I. str. 531.

4) BROCC. L. c. T. 14. str. 58 i nast.

Występuje ona przy niewielkich objawach gorączkowych w postaci okrągłych, czerwonych, nieco wzniesionych blaszek, łuszczących się i podobnych do pryszczycy (*eczema squamosum*), lecz bardzo rzadko zdarzają się miejsca wilgotne. Niekiedy wszakże, przeważnie na grzbiecie stóp, tworzą się pęcherze, a na powierzchniach zgięć stawów rozpadliny napiętej skóry. Swędzenie bywa niewielkie. Początkowo drobne łuski, siedzące na zmienionej skórze, wkrótce przybierają znaczne rozmiary, zrogowaciały naskórek odpada wielkimi płatami; czasem wypadają włosy i paznokcie.

Zmiany powyższe zaczynają się na skórze piersi, a ztąd wkrótce szerzą się na cały tułów, kończyny, a nawet i twarz. Po kilkotygodniowym trwaniu skóra powraca do prawidłowego stanu, ale dosyć często bywają powroty.

Nieraz cierpienie ogranicza się tylko do pewnych części, np. rąk; postać ta ma powne podobieństwo do pryszczycy.

Daleko poważniejszym jest cierpienie, które E. WILSON, a zanim JAMIESSEN, QUINQUAUD, VIDAL, BROcq i inni opisują pod nazwą *dermatitis exfoliativa generalis*. Różni się ono od innych postaci dosyć wysoką gorączką [ciepł. bywa 39,0°—40,5° C. wieczorami], z niewielkimi przerwami od czasu do czasu, nacieczeniem skóry choć niewielkiem, ale dosyć widocznym, wczesnym wypadaniem włosów i paznokci. W przypadkach ciężkich dołączają się zmiany w układzie nerwowym, które QUINQUAUD określa jako *myelitis diffusa et neuritis parenchymatosa, obnubilatio intellectualis*. Sprawa ta zaczyna się od poczerwienienia skóry i błon śluzowych, poczem naskórek obficie łuszczyć się zaczyna, a włosy i paznokcie wypadają, niekiedy wytwarzają się pęcherzyki i pęcherze, odleżyny, następuje zakażenie septyczne, upadek sił i śmierć po 3—8 tygodniach. Wrazie poprawy, silne łuszczenie naskórka i ciągłe występowanie czyraków trwa całe miesiące. Zwykle cała sprawa trwa do kilku miesięcy, a nieraz i dłużej.

Wreszcie co się tyczy *pityriaseos rubrae benignae* ¹⁾, to BROcq opiera swój opis, zbyt niedokładny, na jednym przypadku spostrzeganym przez VIDAL'a, podobnym raczej do tej postaci, jaką powyżej podałem pod nazwą *dermatitis exfoliativa acuta*, lub do przypadków nie dających się podciągnąć pod żadną ze znanych postaci chorób, a stanowiących tylko pewne od nich zboczenie. Można by wreszcie i wszystkie postaci *dermatitidis exfoliativae acutae* nazwać *pityriasis rubra benigna*.

* * *

Spostrzeżenie niniejsze tej rzadkiej i tak mało jeszcze zbadanej postaci cierpienia skóry podaję z tego względu, że, rozpoznane we wczesnym stosunkowo okresie, przedstawiało pewne osobliwości w przebiegu klinicznym, a badanie drobnowidzowe skóry z 2 różnych okolic dało wyniki, które potwierdzają, a po części i modyfikują znane dotychczas przy tem cierpieniu zmiany ²⁾.

¹⁾ L. c. str. 199. Tom 14.

²⁾ Chorego i preparaty drobnowidzowe jego skóry przedstawiałem w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu klinicznym w dniu 17 Listopada 1885 r..

Szmul Alman, krawiec ze Zwolenia guberni radomskiej, 38-letni mężczyzna, dobrego wzrostu i silnej budowy, z mocno rozwiniętą muskulaturą i umiarkowaną ilością tkanki tłuszczowej podskórnej. Cała skóra, a najbardziej skóra twarzy i czoła, przedstawia rozlane zaczerwienienie i jak sam chory już zauważył, żywo czerwone podczas rozgrzania ciała, a niebieskawe lub niebieskawo-fioletowe na zimnie. Czerwonosć tę, ustępującą miejsca, po naciśnięciu skóry palcem, barwie żółtawej lub żółto-zielonawej, widać na całej skórze bez wyjątku, tak, że i skóra stóp i rąk, uszu, moszen i prącia tej samej uległa zmianie. Na skórze głowy, pokrytej włosiem, zaczerwienienie nie jest tak silnie wyrażone, gdyż maskuje je przylegająca do skóry obfita ilość drobnych białych łusek, włosy zaś dosyć znacznie się przerzedziły. Zarówno na głowie, gdzie łuszczący się naskórek lepiej się utrzymać może, jak i na całej skórze widać dosyć obfite, lecz cienkie i drobne, jak otręby, łuski, po starciu których dopiero w całej okazałości barwę skóry dostrzedz można. Tylko z dłoni, stóp i palców schodziły całe płaty zrogowaciałego naskórka, wielkości do 2 w przybliżeniu centymetrów kwadratowych, wskutek czego skóra w tych miejscach jest cieńszą, jasno-czerwoną i pokrytą delikatnym, niezupełnie zrogowaciałym jeszcze naskórkiem.

Co do innych zmian skóry, to zauważę, że jest ona cokolwiek chropawą, suchą, nie wszędzie daje się łatwo ująć w fałdę, ale dostrzegalnego zgrubienia nie przedstawia. Tylko skóra twarzy i czoła połyskująca i jakby zlekka przeświecająca jest zgrubiałą, a tkanka podskórna cokolwiek obrzękłą, dlatego też fałdy na czole i twarzy są grubsze, a bródzdy znacznie głębsze. Daleko większy jest obrzęk stóp, goleni, przedramion i okolic stawów łokciowych, tak, że skóra w tych miejscach jest dosyć napiętą i połyskującą, ale obrzęk ten nie zależy bynajmniej od cierpienia skóry, jest on raczej następstwem ucisku pni żylnych przez olbrzymio powiększone gruczoły limfatyczne odpowiednich okolic.

Jak to już powyżej wspomniałem, skóra jest nieco chropawą, suchą, tak, że nawet w niektórych miejscach, jak za uszami, powstały powierzchowne rozpadliny, chory bowiem prawie się nie poci wcale, tylko doły pachowe i można bywają zlekka zwilżone potem, do obnażenia jednak z naskórka i wytwarzania grudek lub pęcherzyków nie doszło. Ciepłota skóry jest nieco podniesioną [termometr codziennie wskazuje ciepłotę 37,8°—38,0° C.].

Zastanawiającą jest rzeczą, że przy tak rozległym cierpieniu skóry, podmiotowe objawy są prawie żadne. Z początku ciągle dreszczyki, później uczucie niewielkiego palenia w skórze brzucha, nieznaczne swędzenie niekiedy kończyn dolnych, cokolwiek większe swędzenie przedramion, co chorego skłaniało nawet czasem do rozdrapywania skóry. Żadnych jednak guziczków, pęcherzyków lub innych wykwitów pierwotnych, ani wilgotnego wypryszczenia, owrzodzeń lub nadżar nie było przez cały czas choroby, tak przed przybyciem jak i podczas całego przeszło pięciomiesięcznego pobytu chorego w szpitalu.

Wszystkie dostępne dla badania gruczoły limfatyczne są bardzo powiększone. Gruczoły pachwinowe, pachowe, szyjowe są tak olbrzymie, że niejedyn z nich dosięga wielkości kurzego jaja. Mniej są obrzmiałe niektóre gruczoły międzyżebrowe, łokciowe, sutkowe, a nawet potylicowe. Te ostatnie są wiel-

kości prawie orzecha laskowego. Gromady gruczołów pachowych i pachwinowych, zdaleka już wydatne jako guzy wielozrazowe, krępują do pewnego stopnia ruchy kończyn chorego.

Badanie trzew wykazało:

Płuca żadnych zmian nie przedstawiały. Granice serca są prawidłowe, tony czyste, wyraźne, tylko drugi ton aorty jest mocno akcentowany. Uderzenie serca słabe. Tętno 84, dosyć pełne i miękkie.

Wątroba jest powiększona i dosyć twarda, tępość jej na linii sutkowej zaczyna się pod V żebrzem, na linii pachowej na VIII żebrze, wystaje na 3 ctm. z pod łuku żebrowego, brzeg jej jest równy, wyczuwalny. Śledziona jest również powiększoną. Granica jej ku górze zaczyna się na VII żebrze, z przodu wychodzi po za linię żebro-obojczykową, ku dołowi wystaje na 2 centymetry, wyczuwalna. Czynności przewodu pokarmowego prawidłowe. Błony śluzowe normalne.

We krwi ilość bezbarwnych ciałek dosyć znacznie powiększona; w polu drobnowidza [przy powiększeniu do 400 razy], bywa ich zwykle do kilkunastu nawet (*leucocytosis*).

Moczu chory oddaje dziennie do 1400 ctm. sześciennych, ciężar gatunkowy 1013, odczyn słabo kwaśny, barwa blado-żółta. Białka lub innych składników nieprawidłowych nie ma, osadu moczu żadnego nie daje.

Choroba ta trwa u Almana już trzy lata. Zaczęła się od silnego poczerwienienia twarzy i czoła, poczerwienienia, które w zimnie przybierało odcień niebieskawy. Nie zwracał jednak chory na to wiele uwagi, gdyż nie uczuwał żadnych dolegliwości, a w pracy mu to nie przeszkadzało. Dopiero w Sierpniu 1884 r. czerwonosć i lekkie łuszczenie naskórka przeszło na szyję, piersi, brzuch i kończyny górne, a w Kwietniu 1885 r. rozszerzyło się i na kończyny dolne. Palenie i swędzenie zawsze było nieznaczne. Od owego też czasu, Alman zaczął miewać dreszcze i gorączkę, która go co miesiąc prawie przez dni kilka trapiła.

Przymiotu ani też żadnego cierpienia wenerycznego nigdy nie miał, i w chwili obecnej ani żadnych objawów przymiotowych, ani śladów po nich u chorego nie dostrzegłem. Dzieci ma pięcioro, wszystkie są zdrowe, wysypek żadnych nie miewały. Sam Alman również cierpienie skórnych nie przebywał. Przed wielu bardzo laty był chory na tyfus, następnie miał ropień pozapolykowy.

Wspomnę jeszcze słów kilka o przebiegu choroby w ciągu pięciomiesięcznego przeszło pobytu Almana w szpitalu. Gdy przybył do oddziału mego 1 Września 1885 r. opisane zmiany nie zajmowały jeszcze tak zupełnie całej skóry, jak w chwili opuszczenia szpitala. Część skóry między łopatkami i pośladkami przedstawiała wtedy tylko wysepkowaną czerwonosć, rodzaj plamek zlekka łuszczących się, wielkości grosza do talara i dopiero 14 Września po dwu paroksyzmach gorączki, zauważyłem i w tej okolicy rozlaną, jednostajną czerwonosć.

[D. n.].

II. O TAK ZWANYCH CIAŁACH PEPTOGENNYCH SCHIFF'A.

Podał

L. Babiński [z Warszawy]

Jeszcze przed dwudziestu laty SCHIFF, badając wpływ na przebieg trawienia u psów i królików, pewnych ciał spożywczych, wprowadzonych bądź bezpośrednio do żołądka, bądź do kiszki stolcowej lub wprost do żył, wyraził przypuszczenie, iż ciała te, nazwane przezeń peptogennymi (*peptogènes*), dostarczają krwi materiału, z którego następnie gruczoly pepsynowe wyrabiają pepsynę. Naturalnie, wobec udoskonalonych sposobów otrzymywania pepsyny i prac następczych, przypuszczenie to ostać się nie mogło, a nawet pozornie zdawało się, iż upadło zupełnie, zwłaszcza po ukazaniu się znakomitej pracy EBSTEIN'a i GRUETZNER'a, którzy wykazali, iż gruczoly żołądka bezpośrednio wytwarzają nie pepsynę samą, ale ciało, przechodzące przy pewnych okolicznościach w taką. Ciało to GRUETZNER i EBSTEIN nazwali pepsynorodnem, czyli propepsyną, tłumacząc zarazem, że podczas gdy wydzielanie pepsyny odbywa się z przerwami, t. j. tylko przy drażnieniu mechanicznem błony śluzowej żołądka przez masę pokarmową, tworzenie się propepsyny jest ciąglem, nieustannem.

W ubiegłym roku ukazała się znów praca HERZEN'a, profesora fizjologii w Lozannie, mająca na celu pogodzenie wyników nowszych badań z teorią SCHIFF'a, którą wspomniany autor modyfikuje, twierdząc, iż t. zw. ciała peptogenne SCHIFF'a, nie będąc materiałem z którego wytwarza się pepsyna, biorą jednak niewątpliwy i ważny udział w sprawie przemiany propepsyny na pepsynę, przyspieszając i pobudzając tę przemianę.

Twierdzenie powyższe popiera HERZEN całym szeregiem doświadczeń nad trawieniem w żołądku człowieka, na którym, z powodu zwięzienia i niedrożności przelyku, dokonano operacji przetoki żołądkowej. Do ciał tych peptogennych HERZEN zalicza bulijon, dekstrynę i pepton suchy, a owocem badań jego nad wpływem ciał powyższych na trawienie białka jajka kurzego jest następująca tablica zawierająca przeciętne z 30 obserwacji:

Trwanie trawienia	% białka strawionego [obliczony na wagę]	
	bez użycia ciał peptogennych.	po użyciu ciał peptogennych.
1 godzina	2,33%	12%
2 godziny	23,66%	45%
3 godziny	51,0%	76%

Cyfry te, o ile są prawdziwe, nie pozwalają wątpić o wpływie ciał wspomnianych na trawienie i zdaniem HERZEN'a zależyć mogą jedynie od obfitszego wydzielania pepsyny.

Wracając jeszcze do ciał omawianych, zauważyć należy, iż nie wywierają one wzmiankowanego wpływu na przemianę propepsyny, jeśli będą wprowadzone wprost do jelita czczego.

Poznawszy fakty powyższe, nieuniknione nasuwa się pytanie: w jaki sposób, jaką drogą odbywa się działanie ciał t. zw. peptogennych? Pytanie to, dziś przynajmniej, pozostać musi bez odpowiedzi, a zadowolić się na razie trzeba stwierdzeniem faktów samych, oraz przypuszczeniem, iż działanie to odbywa się na drodze chemicznej i to bardzo pośredniej. skoro za pomocą ciał, tak pod względem budowy chemicznej różnych, jak buljon i peptony, jeden i ten sam wynik osiągnąć się daje. HERZEN przypuszcza dalej, iż obecność ciał peptogennych we krwi zmienia tę ostatnią w ten sposób, że odżywianie przez nią komórek gruczołów pepsynowych prowadzi za sobą szybszą i obfitszą przemianę propepsyny na pepsynę. Ztąd też i dotychczasowa nazwa ciał peptogennych powinna być zamienioną na właściwszą: ciał p e p s y n o g e n n y c h.

Po tem, cośmy dotąd o ciałach peptogennych powiedzieli, dziwnem się na pozór wyda, iż nie mają one żadnego wpływu na trawienie kazeiny i surowego mięsa; pochodzi to jednak ztąd, iż trawienie kazeiny odbywa się bez udziału pepsyny, mięso zaś surowe samo dostarcza tyle ekstraktów bogatych w ciała peptogenne, że dodanie nowej ich ilości widocznego wpływu wyrzucić nie może [HERZEN].

Wyniki te, otrzymane przez badanie trawienia w żołądku względnie zdrowym, powinny być jeszcze widoczniejszymi przy trawieniu upośledzonym, więc najpierw w przypadkach t. zw. niestrawności. Tenże HERZEN w pracy swej przytacza 5 podobnych przypadków chorobowych, gdzie dotkliwe objawy niestrawności ustępowały jedynie po użyciu buljonu i dekstryny. Przytaczać szczegółowo opisów tych nie będę, ze względu na brak ścisłych badań soku żołądkowego, ograniczę się jedynie do powtórzenia objawów cierpienia, któremi były: bóle w dołku, ogólne osłabienie, ociążałość ogólna, odbijania kwaśne, mdłości. Objawy te występowały po spożyciu pokarmów i trwały od 2 do 12 godzin. Najmłodsza z obserwowanych chorych miała lat 13, najstarszy 40 lat. Niezmiernie ważnem może być stosowanie ciał peptogennych w okresie zdrowienia po przebyciu chorób ostrych, pozostawiających po sobie często stan niestrawności. Szczególną uwagę zwraca HERZEN na podawanie ciał tych małym dzieciom, które czasami po odstawieniu nie znoszą żadnego prawie pokarmu; dodanie buljonu lub peptonu do pokarmów ma być wtedy wystarczającym do usunięcia objawów niestrawności.

Tutaj osmielę się przytoczyć opis 2 ch przypadków chorobowych, spostrzeżanych przezemnie w szpitalu Ewangelickim w Warszawie na oddziale naczelnego lekarza D-r M. BRUNNERA, a które poniekąd mogłyby potwierdzać przytoczone powyżej zapatrywania na znaczenie ciał peptogennych, o ile na przeszkodzie temu nie stanie brak ścisłego określania ilości pepsyny w wydobywanej zawartości żołądkowej; o ilości tej sądziłem tylko z przebiegu sztucznego trawienia, nie obliczając ilości peptonu. Sok żołądkowy starałem się otrzymać nie metodą zwykłą, lodową, lecz zaleconą przez EWALD'a, podając choremu na czczo próbne śniadanie, złożone ze szklanki herbaty bez cukru i dwóch bułek pszennych, w 1¼ g. wydobywałem zawartość żołądka; do wyboru tej metody

skłoniły mię względy natury technicznej, a stosowałem ją tem śmieiej, że miałem raz możność otrzymać tą drogą sok żołądkowy zupełnie zdrowego 20-letniego mężczyzny; sok ten posiadał kwasność 1,9‰ zależną od HCl, trawił zaś w 45 minut. Obecności HCl dochodziłem za pomocą roztworu metylfioletu, stopień kwasności określałem przez miareczkowanie $\frac{1}{10}$ normalnym roztworem wodoru sodowego.

Przypadek I. Karol L. 30-let, urzędnik D. Ż., przybył do szpitala z powodu nader dotkliwych bólów bez mdłości i wymiotów, jakich doświadczał w dołku; ból ten występuje stale po upływie 1—2 godzin po spożyciu obiadu, trwa około 2 godzin, kończąc się zwykle kilkakrotnem odbijaniem bez smaku i zapachu. Od czasu do czasu występuje zaparcie stolca, trwające po kilka dni, obecność lub brak regularnych wypróżnień na natężenie wzmiankowanych bólów żadnego wpływu nie wywiera. Chory zaznacza wyraźnie, iż po spożyciu śniadania i kolacyi, o ile takowe składają się z herbaty i bułek, bólów nie doznaje. Choroba trwa od lat 8-iu, przez czas ten chory odbywał corocznie kurację wodą Maryjenbadzką lub Karlsbadzką, co sprawiało mu bardzo krótkotrwałą ulgę. Chory poza tem żadnych cięższych cierpień nie przechodził. Budowa dobra, tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta. Stan bezgorączkowy, tętno 88. Łaknienie zachowane, język pośrodku zlekka obłożony, na brzegach barwy żywo-czerwonej. Badanie reszty narządów daje wynik ujemny. Mocz białka ani osadu nie zawiera. Żołądek na czczo okazał się próżnym, sok żołądkowy przedstawia kwasność 1,1‰ zależną od HCl, zdolność zaś jego trawienna badaną nie była. Powyższe dane, dostarczone przez badanie chorego, zdawały się stwierdzać istnienie zaburzenia w trawieniu ciał białkowych, a że z dwóch chemicznych czynników tego ostatniego kwas solny mieliśmy w ilości dostatecznej, zalecono choremu przyjęcie na 2 godziny przed obiadem filiżanki mocnego buljonu na rosole wraz z kawałkiem skórki od chleba, chcąc tą drogą przyspieszyć i powiększyć przemianę propepsyny na pepsynę. Zaraz pierwszego dnia [po spożyciu buljonu] chory napadu bólu nie miał, skarżył się jednak na przykre jakieś uczucie w dołku, nie będąc jednak w stanie dokładnie tego uczucia określić. Chory, niezwykle wrażliwy, pozwolił żadną miarą na powtórne wprowadzenie zgłębnika nie chciał, ztąd wynika brak ściślej w całym znaczeniu obserwacji. Przez następnych 8 dni przy tem samem podawaniu buljonu, chory czuł się coraz lepiej, t. j. zwracał coraz mniej uwagi na owo przykre uczucie, gdy niespodziewanie 9-go dnia znów po zwykłym obiedzie, poczuł ból w dołku, trwający, co prawda, niespełna godzinę i w daleko mniejszem, niż poprzednio natężeniu. Nazajutrz tedy do zwykłego buljonu dodano jeszcze 0,8 peptonu suchego, napad bólów więcej się już przy tem postępowaniu nie powtórzył przez cały następny czas pobytu chorego w szpitalu [15 dni]. Co zaś do zaparcia stolca, to jak i poprzednio występowało ono co dni kilka, usuwano je za pomocą ławatywy z wody letniej.

Przypadek II. Władysław D., 39-let, zgłosił się do szpitala z powodu dotkliwych bólów, jakich doświadczał po spożyciu pokarmów. Chory przed 7 laty przechodził przymiot, pozostając odtąd wciąż prawie w leczeniu; ostatni raz przed $\frac{1}{2}$ rokiem zastosowano mu 28 wcierań szaruchy wraz z jednoczesnem

podawaniem do wewnątrz jodku potasu z powodu bólów kostnych. Na brak łaknienia chory się nie skarży, powstrzymuje się jednak od pokarmów mięsnych zarówno jak i od mleka z obawy bólów, występujących prawie bezpośrednio po spożyciu tych pokarmów. Ból zajmuje okolice dołka, nie rozszerza się ku kolumnie kręgowej, jest połączonym z uczuciem pełności w żołądku, trwa przez 2—3 godzin, kończąc się zazwyczaj kilkakrotnymi kwaśnymi odbijaniem, w których szczególnego zapachu chory nie zauważył. Mdłości, a tem bardziej wymiotów chory nie doświadczał. Od kilku tygodni karmi się wyłącznie prawie herbatą i bułkami. Nieustanne zaparcie stolca, trwające od kilku miesięcy, chory usuwa za pomocą środków przeczyszczających, nie doznając przy tem żadnej ulgi we wspomnianych wyżej bólach. Budowa ciała dobra, cera blada, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła prawie zupełnie, stan bezgorączkowy, tętno 78, drobne. Język zlekka białawo obłożony na całej swej powierzchni, podsychnięty, okolica dołka przy ucisku zlekka bolesna, brzuch nieco wzdęty. Wynik badania płuc i serca, zarówno jak i reszty narządów, jest ujemnym. Sok żołądkowy badany d. 2. XII. 1886 wykazuje kwaśność 0,25⁰⁰/₀₀ zależną od HCl, nie trawi, przynajmniej po upływie 2½ godzin nie tylko zaokrąglenia brzegów białka poddanego trawieniu [sztucznemu], ale i odczynu na pepton przy próbie biuretowej dopatrzeć nie można [N. I tablicy REICHMAN'a]. Nazajutrz chory otrzymał na 2 godziny przed próbnym śniadaniem filiżankę buljonu z 0,8 peptonu suchego, sok żołądkowy wykazuje kwaśność 1,1⁰⁰/₀₀ zależną od HCl, trawi dobrze, w ciągu dnia tego chory uczuł się lepiej, zjadł 2 jajka na miękko, nie doznając wcale uczucia ciśnienia. Następnego dnia zastosowano choremu na godzinę przed próbnym śniadaniem ławatywę ze 120 grm. buljonu wraz z 0,8 peptonu suchego, sok żołądkowy wykazuje kwaśność 0,9⁰⁰/₀₀ zależną od HCl, trawi znacznie gorzej. W 3 dni potem zastosowano znów powyższą ławatywę na 2 godziny przed śniadaniem i sok żołądkowy przy kwaśności 1,2⁰⁰/₀₀ trawił dobrze. Przy tem postępowaniu chory pozostawał w szpitalu jeszcze dni 12, przez czas ten jadał mięso [zawsze w 2 godz. po spożyciu buljonu z peptonem], nie doznając wcale bólów, stolec trzeba było wywoływać za pomocą ławatyw z letniej wody. Chcąc uzupełnić powyższe dwa przypadki, przytoczę tu jeszcze obserwację dokonaną nad młodą 20-letnią dziewczyną, pozostającą w szpitalu jedynie z powodu napadów t. zw. *globi hysterici*. Maryja G., 20-lat, na żadne zaburzenia w trawieniu się nie skarży. Stan bezgorączkowy, tętno 84. Wynik badania narządów wewnętrznych ujemny. Sok żołądkowy wykazuje kwaśność 0,8⁰⁰/₀₀ zależną od HCl, trawi dobrze. Nazajutrz podano chorej filiżankę buljonu z 0,8 suchego peptonu na 2 godziny przed próbnym śniadaniem, sok żołądkowy wykazuje kwaśność 0,9⁰⁰/₀₀ od HCl, trawi nieco lepiej niż dnia poprzedniego. Następnego dnia zastosowano ławatywę ze 120 gramów buljonu z 0,8 peptonu suchego na 2 godziny przed próbnym śniadaniem, sok żołądkowy wykazuje kwaśność 1,0⁰⁰/₀₀ od HCl, trawi zaś równie dobrze, jak dnia poprzedniego.

Wracając znów do opisanych przypadków chorobowych, nie chcę twierdzić, że polegały one jedynie na utrudnionej przemianie propepsyny na pepsynę i że stan ten znikł pod działaniem ciał zwanych peptogennemi,

fakt jednak, iż pewne stany niestrawności wydzielniczej usunąć się dają przez podanie niektórych ciał spożywczych [bulijon, dekstryna, pepton], godnym mi się zaznaczenia wydaje. Co zaś do wpływu ciał t. zw. peptogennych na trawienie wogóle, to mając wciąż na uwadze, że spostrzeżenia przytoczone tyczą się tylko 3-ch przypadków, zestawieć ośmielę się wnioski, iż wpływ ten na wydzielanie kwasu solnego i pepsyny okazał się widocznym, oraz, jak to widać z przypadku II, ciała te wprawdzie zwiększają wydzielanie kwasu solnego, niż pepsyny. W końcu, niech mi wolno będzie złożyć tu szczere podziękowanie szanownemu kierownikowi pracowni Chemiczno-Lekarskiej Szpitali Warszawskich, w której stronę chemiczną niniejszych spostrzeżeń wykonałem.

III. TYFUS BRZUSZNY U DZIECI *).

Napisał

Dr L. Wolberg,

były lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci małżonków Bersonów i Baumanów.

Tyfus brzuszny nie stanowi rzadkości w wieku dziecięcym, jak to dawniej sądzono; przeciwnie, od czasu zastosowania termometru i pozbycia się przez lekarzy wiary w rozmaite nieokreślone formy patologiczne, jako to: *febris mesaraica*, *febris remittens* i t. p., spotykano tę chorobę bardzo często u dzieci, nawet u małych; przebiegała ona typowo, mniej lub więcej ciężko, cechując się rozmaitymi objawami i chorobami następczymi [HENOC].

Wprawdzie pojedynczy przypadek tyfusu u dziecka mało lub nie zgoła ciekawego nie przedstawia, jednakże wielka ilość takowych, spostrzeganych w oznaczonym przeciągu czasu, w jednakowych warunkach i należących do jednej warstwy ludności [żydowskiej], pozwala na zrobienie pewnych uwag, tyczących się tej choroby.

Praca ta opartą jest na materyjale warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego przy ulicy Ślizkiej położonego, w którym od Lipca 1878 roku, t. j. od chwili otwarcia szpitala aż do końca 1885 roku spostrzegano 277 przypadków tyfusu brzuszego. Z tych przeszło 200 obserwowałem sam, lub jednocześnie z innymi ordynatorami szpitala; pozostałe zaś przypadki, spostrzegane podczas mojej nieobecności w szpitalu, znane mi są tylko z kart szpitalnych. Na tym materyjale oprę wszystkie cyfrowe wiadomości tej pracy, podczas gdy co do niektórych szczegółów powołam się także na 72 przypadków z prywatnej praktyki, ściślej spostrzeganych i notowanych.

Pod względem lat cała ilość chorych tyfusowych dzieli się w następujący sposób:

*) Niniejsza praca jest trzecią częścią pracy: O tyfusach u dzieci; pierwsze dwie części, p. t.: O gorączce powrotnej i o tyfusie wysypkowym, były poprzednio drukowane w „Gazecie Lekarskiej“ roku zeszłego.

	Ilość tyfusów brzuszných.	Ilość przypadków chorób wewnętrz.
1878 [$\frac{1}{2}$ roku	8	54
1879	8	139
1880	22	215
1881	39	250
1882	53	282
1883	46	266
1884	34	256
1885	67	260
Razem	277	1522

Przypadki tyfusu stanowią 18,2% całej ilości chorych wewnętrznych, leczonych w szpitalu przez $7\frac{1}{2}$ lat. Najmniej tyfusów było w 1879, a najwięcej w 1885 roku. W tym ostatnim roku, jak pamiętają lekarze praktykujący w Warszawie, panowała tutaj bardzo silna epidemija tyfusu brzuszego, której zarówno ulegali dorośli jak i dzieci.

Porównyując ilość chorych na tyfus brzuszny z chorem na gorączkę powrotną i tyfus wysypkowy z tych samych lat, nie możemy dopatrzeć się żadnego stałego stosunku, co tem się tłumaczy, że tyfus brzuszny ciągle w Warszawie panuje z pewnemi nasileniami, podczas gdy tamte dwie choroby występują tylko epidemicznie, trwają jakiś czas, a potem wygasają zupełnie, tak np. w 1885 roku mieliśmy 67 przypadków tyfusu brzuszego w szpitalu, a jeden tylko przypadek, wysypkowego! W 1880 zaś roku, na 22 przypadki tyfusu brzuszego, ani jednego wysypkowego.

Następująca tabliczka wykazuje rozkład przypadków chorobowych podług miesięcy.

Rok.	Sty- czeń.	Luty.	Ma- rzec.	Kwie- cień.	Maj.	Czer- wiec.	Lipiec.	Sier- pień.	Wrze- sień.	Pa- ździ- er- nik.	Listo- pad.	Gru- dzień
1878	Nie przyjmowano do szpitala.						2	1	2	2	1	—
1879	—	—	1	—	—	2	1	2	—	1	1	—
1880	—	—	—	3	1	5	3	4	2	2	1	1
1881	1	5	6	7	6	2	2	2	1	4	2	1
1882	5	5	3	6	6	3	1	8	4	4	3	5
1883	2	4	3	2	2	4	6	10	3	4	4	2
1884	8	3	5	1	2	2	—	2	2	2	4	3
1885	7	2	6	2	7	9	3	6	6	8	10	1
Razem	23	19	24	21	24	27	18	35	20	27	21	13

W tej tabliczce ostatnia cyfra [za Grudzień] wymagałaby sprostowania, a mianowicie powiększenia, gdyż kilku chorych, przybyłych w Styczniu do szpitala, zachorowało już w Grudniu, zaliczeni jednak zostali do miesiąca Stycznia, aby nie zmieniać ogólnej cyfry chorych danego roku. Zresztą rzecz to małej wagi, a rzut oka na cyfry miesięczne wykazuje, że nie ma wielkiej różnicy pomiędzy niemi, czyli że pora roku nie wpływa na częstość zachorowania. Jeżeli miesiąc Sierpień największą ilość chorych zawiera, to zależy to wyłącznie od większej ilości chorych w tym miesiącu z r. 1882 i 1883, podczas gdy w innych latach ilość chorych z Sierpnia nie przewyższa tejże w innych miesiący.

Również i płeć nie wywiera szczególnego wpływu na ilość przypadków tyfusowych; z 277 chorych — 154 było chłopców, a 123 dziewcząt. W rodzinach, w których było kilkoro dzieci różnej płci, z równą łatwością podlegali chorobie chłopcy, jak i dziewczęta.

Podajemy tabliczkę chorych, według ich wieku :

Wiek:	3 lata,	ilość przypadków	9
"	4 "	" "	19
"	5 "	" "	13
"	6 "	" "	35
"	7 "	" "	37
"	8 "	" "	41
"	9 "	" "	35
"	10 "	" "	35
"	11 "	" "	29
"	12 "	" "	24

277

Widzimy, że młodych dzieci ¹⁾, mianowicie do szóstego roku życia, daleko mniej mieliśmy, aniżeli dzieci starszych. Największe, a prawie równe pomiędzy sobą ilości przypadków, spotykamy w wieku od 6—10 lat włącznie, następnie znowu ilość zmniejsza się, lecz bardzo nieznacznie.

Czy to zależy od większej skłonności starszych dzieci do tyfusu brzuszno-go? Wątpię bardzo, albowiem pojedyncze fakty przekonały mnie, że w niektórych rodzinach, gdzie tyfus endemicznie zagościł się, podlegały mu zarówno starsze jak i młodsze [3-letnie] dzieci i wszystkie one jednakowo ciężkie przechodziły formy. Niewątpliwy zaś fakt, że starsze dzieci częściej chorują niżeli młodsze, tem tłómaczę, że starsze uczęszczając do szkół, a także wzajemnie odwiedzając się i wogóle mniej pod opieką rodziców pozostając, niż młodsze, częściej narażają się bądź za zgubne działania zarazka tyfusowego, bądź też nabywają nie-strawności, niezytu oskrzeli i t. p., które następnie usposabiają do zarażenia się panującym w mieście tyfusem. Takiego spostrzeżenia, oprócz kilku szpitalnych mniej wyraźnych, dostarczyła mi prywatna praktyka, mianowicie:

¹⁾ Szpital przyjmuje dzieci tylko od 3—12 lat liczące; jednakowoż dzieci młodsze niż trzy-letnie bardzo rzadko chorują na tyfus, o czem przekonałem się w prywatnej praktyce, a także potwierdzają to spostrzeżenia z innych szpitali, które przyjmują dzieci wszelkiego wieku.

I. W rodzinie państwa M., przy ulicy Elektorальной zamieszkałych, dnia 16 Kwietnia 1886 zachorował 11-letni chłopczyk, uczęszczający do szkół, na tyfus brzuszny dosyć ciężki. Do 4 Maja gorączkował, w ostatnich dniach tylko wieczorami; tego dnia spociał się, a następnie był rekonwalescentem aż do 23 Maja. Ośmioletnia siostra tego pacjenta, która przebywała z nim razem w jednym mieszkaniu, podobnie jak i czworo innych dzieci, dostała tyfusu 4 Maja i gorączkowała do 24 Maja, a następnie w kilka dni powróciła do zdrowia, gdyż choroba nie była u niej powikłaną przez ciężki nieżyt oskrzeli, jak u brata. Pomimo, że po zachorowaniu tej siostry, inne dzieci zostały odosobnione od chorych i przeniesione do mieszkania babki, jednakże jedno z nich — 3-letni chłopczyk również zachorował 12 Maja, lecz choroba jego trwała zaledwie siedm dni, t. j. do 19. V. włącznie, poczem w 3 następane dni zupełnie powrócił do sił i zdrowia

Już z tego jednego przykładu widzimy, że młodsze dzieci stosunkowo lżejszy przechodzą tyfus, niż starsze. Spostrzezenie to nabiera zupełnej pewności, gdy rozpatrzmy stosunek ten w całym szeregu przypadków; z szczegółowych bowiem wyliczeń okazało się, że u dzieci liczących od 3-5 lat gorączka tyfusowa trwała przeciętnie 14 dni [obliczenie oparte na 41 przypadkach], podczas gdy u dzieci starszych, t. j. od 6—12 lat, trwanie gorączki tyfusowej wynosi przeciętnie 17 dni [dla 228 przypadków obliczono]. Oprócz tego z 25 przypadków, które odznaczały się bardzo długim lub bardzo ciężkim i powikłanym przebiegiem, jeden tylko zdarzył się u 4-letniej dziewczynki, podczas gdy wszystkie inne u dzieci mających więcej niż 6 lat.

Co się tyczy śmiertelności, to z 13 przypadków śmierci, 3 przypadki na dzieci niżej lat sześciu, 10 zaś na starsze, a mianowicie:

Wiek 4 lata,	ilość śmierci ogólna 2,	dziewcząt 1,	chłopców 1.
" 5 lat	" " "	1	" — " 1
" 6 "	" " "	4	" 2 " 2
" 8 "	" " "	1	" 1 " —
" 10 "	" " "	3	" 1 " 2
" 11 "	" " "	1	" — " 1
" 12 "	" " "	1	" — " 1

13 przypadków śmierci na ogólną ilość 277 przypadków tyfusu, stanowi 4,7 śmiertelności. Jest to cyfra bardzo niska, dowodząca jak stosunkowo łagodną chorobą jest tyfus brzuszny w wieku dziecięcym. Na uwadze przytem mieć trzeba, że wszystkie te przypadki spostrzegano w szpitalu, dokąd nieraz przynoszono dzieci już w kilka tygodni po wybuchu choroby; poprzednio chorzy ci pozostawali w największym zaniedbaniu i w najmniej higienicznych warunkach w domu, nieraz bez żadnego leczenia i nie przestrzegając żadnych przepisów ostrożności. Zdarzały się przykłady, że dzieci umierały na drugi dzień po oddaniu ich do szpitala, podczas gdy przedtem przez 2—3 tygodni pozostawały w domu w zaniedbaniu. Skutkiem tego w praktyce prywatnej, przy stosownych warunkach i opiece, tyfus brzuszny u dzieci jeszcze łagodniej przebiega, niżeli w szpitalu.

W żadnym z przypadków śmiertelnych nie robiliśmy sekcji, a to ze względów rytualnych; z objawów zaś możemy tylko w przybliżeniu określić przyczynę śmierci. Najczęściej chore dzieci były wątłej konstytucji i umierały

skutkiem wyczerpania sił. W dwu przypadkach widzieliśmy stolce krwawe, pozwalające domyślać się głębszych owrzodzeń kiszki w cienkich. W jednym przypadku, u bardzo słabego dziecka, zgorzel zastoinowa (*decubitus et noma*), z którymi chory już przybył do szpitala, były najbliższą przyczyną śmierci. W innym znowu pod koniec choroby przyłączyło się bardzo silne obustronne ropiejące zapalenie ślinianek przyusznych (*parotitis duplex*); w dwu innych nareszcie liczne ogniska zapalne w obu płucach z następczym obrzękiem spowodowały zejście śmiertelne.

Nigdy śmierć nie nastąpiła przed 15-ym dniem choroby. Najczęściej chorzy umierali w 3-im tygodniu choroby [5 przypadków], lub w 4-m [też pięć przypadków], a tylko w trzech przypadkach później, bo aż w 6-tym, a nawet 7-mym tygodniu.

Pod względem naukowym i praktycznym ważną jest kwestyja zaraźliwości tyfusu. Ponieważ dzieci chore na tyfus nigdy nie były odosobniane w szpitalu, lecz leżały obok innych chorych, przeto w razie silnej zaraźliwości, przypadki zarażenia się jednego dziecka od drugiego powinnyby być częste, tymczasem przez ten cały przeciąg czasu, obejmujący $7\frac{1}{2}$ roku, zdarzyły się tylko dwa podobne przypadki. Jeden z tych chorych, 8-letni chłopczyk, leczył się w szpitalu na *prurigo* od 6 Maja do 22 Maja 1882 r., a następnie zapadł na tyfus, gorączkował przez 12 dni, a przez następne ośm dni był rekonwalescentem. Drugi 10-letni chłopiec przez 11 dni [w Styczniu 1885 r.] leczył się na *gastritis catharrhalis*, przyczem wcale nie gorączkował. 21 Stycznia zapadł na tyfus, który wraz z rekonwalescencyją trwał do 10 Lutego.

Częściej natomiast zdarzały się przypadki, że dwoje, albo i więcej dzieci jednej rodziny w domu zapadało na tyfus. Oprócz wspomnianego już przypadku [spozatrzenie 1] z prywatnej praktyki, 14 podobnych spostrzegaliśmy w szpitalnym materjale, z których tylko cztery [dwa przypadki po dwoje dzieci] w naszych oczach przebiegały, w innych zaś tylko z anamnezy dowiadaliśmy się, że w rodzinie więcej osób choruje, lub chorowało na tę samą chorobę.

W większości tych przypadków dwie lub trzy osoby z rodziny jednocześnie zapadały na tyfus, a zatem w wspólnem źródle nabywały zarazka, a nie zarażały się jedna od drugiej. Za tem przemawia i ta okoliczność, że w kilku przypadkach dwoje dzieci jednej rodziny jednego dnia zachorowało, zupełnie jednakowy co do przebiegu przechodziło tyfus i jednego dnia przestało gorączkować.

Tylko w trzech przypadkach przypuścić można zarażenie się chorych, oddanych następnie do szpitala, od członków własnej rodziny, którzy na kilka tygodni przedtem chorowali na tyfus. Ile mianowicie czasu przeszło pomiędzy dwoma oddzielnymi przypadkami chorobowemi w jednej rodzinie, na to, niestety, nie zwracano dosyć szczegółowej uwagi i dlatego niepodobna ściśle określić czasu wylęgania się tyfusu brzuszno u dzieci. Nawet w tych nielicznych przypadkach, w których daty zachorowania pacjentów doskonale są wiadome, niepodobna tego określić, dlatego, że dzieci ciągle stykały się z sobą i przeto nie wiadomo, którego właściwie dnia nastąpiło zakażenie się nowego chorego. Na ten sam szkopuł trafiali i inni autorzy [*HEHOCH*] i nie mogli po-

dług własnych spostrzeżeń rozstrzygnąć, czy przyjmowany przez dawniejszych autorów 3—4 tygodniowy okres wylegania się tyfusu rzeczywiście istnieje. Po długiego spostrzeżenia [sposz. 1] z prywatnej praktyki, okres inkubacyjny mógł na ja dłużej trwać 18 dni, przypuściwszy, że druga chora, która zachorowała 4 Maja, zaraziła się tyfusem od starszego brata w pierwszych dniach jego choroby, t. j. po 16 Kwietnia.

Po nastąpieniu zakażeniu, dzieci pozostają przez długi czas zupełnie zdrowe, najczęściej aż do chwili pierwszego dreszczu, lub gdy takowego brak, to do dnia, w którym odrazu zjawia się silna gorączka, ból głowy i ogólne osłabienie. W bardzo nielicznych przypadkach spotykamy zwiastuny; zwracaliśmy na nie szczególną uwagę, wypytując o nie dzieci i rodziców, a także obserwując tych chorych, którzy w naszych oczach dostawali tyfusu, zaraziwszy się w szpitalu. Otóż ci ostatni najmniejszych zwiastunów nie doznawali, a gorączka odrazu ustąpiła się wraz z silnym bólem głowy, osłabieniem, łamaniem w kościach i brakiem łaknienia. Tylko w sześciu przypadkach spotkalśmy zwiastuny, najczęściej pod postacią braku łaknienia, apatii pewnej i osłabienia, lub też bólu głowy. Objawy te zwykle na 3—4 dni poprzedzają wybuch gorączki i innych objawów, w jednym zaś przypadku chory skarżył się przez całe dwa tygodnie, poprzedzające chorobę, na ból głowy i brak łaknienia.

Prawie zawsze tyfus brzuszny u dzieci zaczyna się nagle i najczęściej znacznym podniesieniem się ciepłoty. Jednakowoż dosyć często, jako pierwszy objaw spotykamy dreszcze. W 27 przypadkach dzieci, lub rodzina sami opowiadali nam o tym objawie i dodawali, że jednocześnie zjawiała się silna gorączka, senność, apatja, brak łaknienia, ból głowy i zaparcie stolca. W innych przypadkach, gdyśmy o dreszcze pytali, zaprzeczano ich istnieniu, niewątpliwie zatem, że nie zawsze od dreszczy rozpoczyna się choroba, chociaż niejednokrotnie dzieci bez wątpienia nie zwracały uwagi na ten objaw, lub zapomniały o nim później.

Dreszcze raz jeden tylko pokazały się u chorego, w samym początku choroby i powtórzyły się następnie podczas przebiegu. [C. d. n.]

K O R E S P O N D E N C Y J A

W obronie oddziału położnic przy szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Przystępując do napisania obrony oddziału położnic przy szpitalu starozakonnych w Warszawie, pieczy mojej powierzonego, czynię to w celu sprostowania niektórych błędnych poglądów, które w ostatnich czasach z pisma lekarskiego do pism codziennych się przedostały, a źródłem których jest brak zadania sobie trudu przez piszącego powzięcia dokładnych wiadomości na miejscu, a czerpanie ich, o ile się zdaje, ze sprawozdań urzędowych corocznie drukowanych przez Radę Miejską dobroczynności publicznej. Sprawozdania te, stanowiąc cenny materiał statystyczny ogólny, nie zawierają jednakże szczegółów, których piszący, chcąc być ścisłym, pominąć nie powinien i nie może.

Obrona moja oddziału polega na faktach, które każdy w książkach szpitalnych oddziału, na żądanie, sprawdzić może.

Do roku 1882 do oddziału położnic zaliczano urzędowo przypadki gorączki połogowej, z miasta do szpitala dostawione, które rozumie się zwiększały urzędownie śmiertelność w oddziale. To też śmiertelność w r. 1880—1881 była zatrważającą, wynosiła bowiem 15%.

Od r. 1882 dopiero, z utworzeniem specjalnego oddziału chorób kobiecych, przypadki gorączki połogowej z miasta dostarczane, do tego oddziału zaliczane i w nim pomieszczone zostały.

Zwrócić jeszcze muszę uwagę, że oddział położniczy szpitala starozakonnych nie jest przytułkiem, do którego dozwala się wyjątkowo przyjmować kobiety ciężarne, dotknięte groźnymi właściwymi im cierpieniami, lub też w którym położnice chore z powodu traumatycznych uszkodzeń podczas porodu lub operacji zaszyłych, wypisuje się do szpitala lub do domu [§§ 8 i 10 ustawy dla przytułków], lecz oddział ten jest instytutem położniczym, do którego najcięższe przypadki porodowe, z miasta a nawet z prowincyi nadsyłane, powinny być i są przyjmowane.

W oddziale położnic szukało pomocy ciężarnych:

w roku 1882 —	98	z których	rodziło	68	zmarło	—
w „ 1883 —	56	„ „	„	46	„	7
w „ 1884 —	56	„ „	„	45	„	4
w „ 1885 —	61	„ „	„	53	„	4
w „ 1886 —	65	„ „	„	52	„	2
				336		17
				264		17

Przyczyny śmierci.

	Fb. puerper.	Eclampsia parturientium.	Anaemia post. plac. praevia.	Ruptura uteri.	Endometritis septica post. retent. plac. centae.	Meningitis.	Phthisis pulm.	Pneumonia crouposa.
1883	1	2	2	1	1	—	—	—
1884	2	—	—	1	—	—	1	—
1885	1	—	—	1	—	1	—	1
1886	1	—	1	—	—	—	—	—

Procent ogólny śmiertelności 6,43%.

Procent śmiertelności z *fb. puerperalis* 1,8%.

Kol. Rogowicz, w artykule pod nagłówkiem: „Nowe zakłady publiczne [przytułki] dla biednych rodzących w Warszawie“, zamieszczonym w Nr. 50 Medycyny z r. 1886 utrzymuje, „że oddział położniczy w szpitalu żydowskim, ze względu na przerażającą w nim śmiertelność [15%], należy znieść na zawsze“, tak samo jak na innym miejscu tegoż elaboratu zaznacza: „że liczba szukających pomocy w oddziale położniczym zaczęła się zmniejszać [w r. 1883 zaledwie do 58 doszła i z tych 7 zmarło]“.

Zgadzam się najzupełniej z kol. Rogowiczem na zniesienie oddziału położnic, nie ze względu jednak na przerażającą w nim śmiertelność, lecz z powodu nie-

właściwego umieszczenia jego wśród gmachu szpitalnego. Zdaniem mojem, i sędzę także każdego nieuprzedzonego czytelnika, jedynie tylko gorączka płożowa, sprawa zakaźna, jest skalą według której obliczać się powinna śmiertelność w zakładach położniczych. Urzędową śmiertelność w r. 1880—81 wytlómaczyłem na wstępie do niniejszej pracy. O roku 1882, w którym ani jednego przypadku śmierci na 68 rodzących nie było, kol. Rogowicz nie raczył wspomnieć. Objaśnijmy więc podany przez kol. Rogowicz'a, z powodu znacznej w nim śmiertelności. r. 1883. Zdaje się, iż ani śmierć wskutek *eclampsia parturientium* [Nr. Ks. Gł. 1397 i 4150], ani wskutek ostrej niedokrwistości spowodowanej przez krwotoki przy łożysku poprzedzającem [Nr. Ks. Gł. 1047 i 1156], ani wskutek pęknięcia macicy, z temże z miasta dostawionej [Nr. Ks. Gł. 3781], ani też wreszcie śmierć osoby u której wywołało sztuczne poronienie, a przywiezionej do szpitala *cum endometritide septica et retentione placentae* [Nr. Ks. Gł. 3914], nie mogą być policzone na karb śmiertelności z gorączki płożowej, gdyż podobne przypadki zdarzają się w najlepiej urządzonych zakładach prywatnych, a nawet w praktyce prywatnej, jak to nie jeden z nas miał sposobność niejednokrotnie doświadczyć; pozostaje więc jedna chora zmarła w r. 1883 z gorączki płożowej, gdzież więc owa przerażająca śmiertelność oddziału?

Idźmy dalej: Czy chora ciężarna, przyjęta do szpitala z powodu zapalenia opon mózgowych, zapalenia płuc, lub suchot płucnych, przy rozpoczynającym się porodzie przeniesiona na oddział położniczy i po rozwiązaniu skutkiem właściwej swej choroby zmarła, również zaliczoną być powinna na karb śmiertelności z gorączki płożowej? Czy np. rodzące, u których przy przyjęciu do oddziału stwierdzono pęknięcie macicy i które w kilka godzin lub na drugi dzień po rozwiązaniu zmarły, mają także obciążać właściwą, t. j. z gorączki płożowej powstałą śmiertelność oddziału?

Co się zaś tyczy zmniejszenia liczby szukających pomocy w oddziale, to niezaliczanie przypadków gorączki płożowej z miasta przybyłych do oddziału, ogólną liczbę zmniejsza, liczba zaś porodów, jak dawno pamiętam, a 17-lat już mam oddział w opiece, nigdy 70 rocznie nie przewyższyła, i zawsze prawie 50—60 wynosiła.

Z liczby 264 rodzących, było pierwiastek 97, mnogorodzących 167. Co do rodzaju porodów: poronień 34, porodów przedwczesnych 32, porodów czasowych 198. Porodów pojedynczych 257, a mnogich 7. Porodów prawidłowo przebiegających 159, nieprawidłowo przebiegających, przy których okazała się potrzeba rozmaitych rękoczynów, 105.

Rodzaj pomocy podawanej rodzącym był następujący:

a) Kleszcze zakładano 24 razy; b) rozkawalenie płodu (*embryotomia*) 2 razy; c) wymóżdżenie 5 razy; d) wymóżdżenie i rozkawalenie 1 raz; e) obrót na nóżki z wydobyciem ręcznem płodu 18 razy; f) wydobycie płodu ręczne i jaja płodowego 46 razy; g) odklejenie ręczne przyrośniętego łożyska 6 razy; h) operacje zwężen pochwy i zarośnięcia ust macicznych 3 razy.

Porodów w których łożysko poprzedzało było 6, [5 razy z przyczepieniem środkowem, 1 raz z przyczepieniem bocznem]. We wszystkich przypadkach dokonano obrotu na nóżki [w 5-iu razach po rozszerzeniu ust macicznych] z następującym wynikiem: 3 matki wyzdrowiały, 3 zmarły, czworo dzieci żywe, dwoje nieżywe się urodziły, procent *placentae praeviae* [obliczając z 230 rodzących] wynosi 2,6%.

Z drgawkami przybyło do oddziału rodzących 9, z tych pierwiastek 6, mnogorodzących 3. W dwu przypadkach poród ukończył się siłami natury, raz u mnogorodzącej i raz u pierwiastki, która w 7-ym miesiącu ciąży dostała drgawek i urodziwszy dziecę nieżywe, 3-go dnia płożu, nie powróciwszy do przytomności, zmarła. Resztę porodów [7] ukończono za pomocą operacji kleszczowej. Z matek: 7 wyzdrowiało, 2 zmarły: jedna o której powyżej, druga,

skutkiem następstw zakażenia krwi mocznikiem (*uraemia*). Z dzieci: 7 urodziło się żywymi, 2 nieżywymi; procent drgawek do liczby porodów wynosi 3,12%.

Kobiet 230 urodziło 237 dzieci, a mianowicie płci męskiej żywych 97, nieżywych 27, płci żeńskiej żywych 92, nieżywych 21. Z liczby 189 żywo urodzonych, zmarło w szpitalu 24, a z tych 12 urodzonych niedonoszonymi.

Z powyższego zdania sprawy za lat 5 okazuje się, sędzę że oddział położniczy przy szpitalu starozakonnym, pomimo niewłaściwego swego umieszczenia w pośród samego gmachu szpitala, spełnia według możliwości zadanie swoje i nie jest tak strasznym, jak go maluje kol. Rogowicz. Winą zaś znacznej, na pierwszy rzut oka, śmiertelności w nim jest ta nieszczęsna okoliczność, iż do szpitala przywożone bywają przypadki zaniedbane, ciężkie, które, gdyby były przyjmowane do zakładu prywatnego, wykazującej śmiertelność 1,6%, lepszych nawet by wyników nie dały. Mamy jednakże niepłonną nadzieję, iż w projektowanym nowym szpitalu starozakonnym, stanie osobny budynek dla oddziału położnic, w którym uwzględnione zostaną wszystkie naukowe zdobycze ostatnich czasów, a w ten sposób oddział stanie na wysokości zadania swego.

Jakób Rosenthal.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Ehrlich. Przyczynek do nauki o barwieniu laseczników gruźliczych.

W pracy swej, zamieszczonej pod powyższym tytułem w zeszlorocznym tomie „*Charité-Annalen*“, prof. EHRLICH, wynalazca powszechnie dziś stosowanego sposobu barwienia laseczników gruźliczych, podaje dużo ważnych szczegółów, objaśniających naukowo zasadę barwienia według jego sposobu. Wychodzi on ze słusznego założenia, iż te tylko metody badania, *respective* barwienia mają obecnie racyję bytu i znaczenie w nauce doświadczalnej, dla których wykazać można ściśle naukowy grunt, na jakim są oparte, w danym więc razie te metody barwienia, w których wytlómaczyć sobie możemy istotę spraw chemicznych, zachodzących przy ich stosowaniu. Ze względu na zakres niniejszego streszczenia, przytoczymy tu te tylko szczegóły, które największe znaczenie mają pod względem praktycznym.

Jak wiadomo metoda EHRLICH'a polega na barwieniu preparatów w fuksynie lub fioletcie gencyjanowym z wodą anilinową, na odbarwieniu następnie w kwasie azotnym, na podbarwieniu wreszcie w jakimbądź barwniku, kontrastującym co do barwy z użytym pierwotnie przetworem, a więc w błękitcie metylenowym lub bismarku.

Szereg doświadczeń z różnemi przetworami chemicznymi, jak np. z alkalicami, fenolem lub aldehydami przekonał autora, że nie zasadowość ani też kwasność płynu, dodawanego do soli barwnika [fuksyny], jest przyczyną, że takowy barwi laseczniki gruźlicze. EHRLICH zbałał, że oprócz aniliny i alkaliców także same dobre wyniki barwienia daje fenol, aldehyd benzoesowy lub salicylowy, vanillina i niektóre inne produkty dodane do barwnika, że główną przyczyną barwienia jest tu powstawanie połączeń podwójnych, trudno rozpuszczalnych, wywiązujących się między temi substancjami chemicznymi i solą barwników; tworzenie się tych połączeń widocznem jest dla gołego oka przez nieznaczny męt, który każdy spostrzedz może po dodaniu nasyconego wysokowego roztworu fuksyny do wody anilinowej. Takie to trudno rozpuszczalne połączenia podwójne przenikają łatwo w otoczkę laseczników gruźliczych, nieprzenikliwą dla wodnych roztworów barwników; w sposobie więc EHRLICH'a laseczniki, barwiąc się, po-

chlaniają nie samą fuksynę, lecz fuksynę *plus* anilinę lub inny płyn odpowiedni. Jednakże doświadczenia wykazały, że niektóre laseczniki zabarwić można i gorącym wodnym roztworem barwnika. Opierając się głównie na działaniu na laseczniki gruzlicze kwasu azotnego, o czym powiemy poniżej, EHRLICH tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że otoczka laseczników młodych jest przenikliwą nawet dla gorących wodnych roztworów barwnika. z wiekiem zaś, wskutek odkładania się w niej produktów przemiany materii, towarzyszącej sprawom życiowym lasecznika, staje się coraz mniej przenikliwą, a wreszcie przeniknąć ją mogą tylko wzmiankowane powyżej trudno rozpuszczalne połączenia podwójne.

Na zasadzie tejże swojej teorii o przenikliwości otoczki lasecznika gruzliczego (*Hüllentheorie*), przeciw której powstawał swojego czasu ZIEHL, objaśnia EHRLICH także i możliwość odbarwiania się laseczników w kwasie azotnym lub innych również odbarwiających cieczach. Badając pod drobnowidzem wpływ kwasu azotnego na laseczniki gruzlicze, zauważył on, że jedno po 1, inne po 2, 5, 10, 30 a nawet 60 minutach przyjmują zabarwienie brunatne. Otoczkawiec lasecznika, wogóle łatwo przenikliwa dla alkali, aniliny i t. p. jest trudno przenikliwą dla kwasów mineralnych, które przenikają w nią powoli; przytem w lasecznikach starszych, gdy też otoczka zawiera już produkty przemiany materii, o czym wspomniałem powyżej, przenikanie to odbywa się bardzo wolno, a u starych prawie wcale nie ma miejsca. Jeśli więc w badanym preparacie mieć będziemy mało laseczników gruzliczych młodych z otoczką łatwo przenikliwą, to często zdarza się, że, przy nieostrożnem zwłaszcza odbarwianiu, a następnie podbarwianiu, zupełnie laseczników nie zobaczymy. Ważną jest rzeczą, że otoczka młodych laseczników choćby takowe były zabarwione jakimś barwnikiem z dodatkiem aniliny, pod działaniem gorącego wodnego roztworu innego barwnika, silniej przenikającego i wypychającego pierwszy, przyjmie barwę drugą; w lasecznikach starszych, fakt ten nigdy nie ma miejsca, tak np. zabarwienie błękitem metylenowym z aniliną, a następnie powtórne zabarwienie wodnym gorącym roztworem fuksyny, po odbarwieniu preparatu kwasem azotnym, daje pewną część laseczników [młode] zabarwionych na czerwono, pewną część [starych] na niebiesko, pewną część wreszcie [pośrednich co do wieku] na fioletowo, gdyż wtych ostatnich fuksyna w wodnym roztworze przeniknąć mogła tylko częściowo.

Co się tyczy podbarwiania tła preparatów, to takowe, jak wiadomo, na zasadzie kontrastu barw uwidocznia laseczniki, pamiętając jednak o właściwościach otoczki laseczników, *resp.* o łatwej bardzo przenikliwości otoczki laseczników młodych, o czym tylko co nadmienilem, trzeba mieć na uwadze, aby podbarwianie to trwało krótko, aby płyn podbarwiający był nieco zakwaszony kwasem octowym i aby wreszcie używać do podbarwiania takich barwników, które nie odznaczają się łatwą przenikliwością w otoczki laseczników; do takich barwników należą błękit metylenowy i bismark, co zaś do zieleni malachitowej, często używanej w tym celu, to EHRLICH radzi jej używać niezmiernie ostrożnie, gdyż barwnik ten posiada właściwość łatwego przenikania w otoczki młodych laseczników.

Zaznaczając, że preparaty zrobione starannie zachowują się dobrze przez czas długi [3 lata] bez zmiany, podaje EHRLICH przepis, według którego postępuje i który koniecznie stosować radzi w przypadkach chorobowych niezdecydowanych, gdzie na ścisłem wykazaniu laseczników gruzliczych wszystko polegać może. Według sposobu tego, radzi używać do wybierania cząstek płwociny nie igieł używanych do drobnowidzowania lecz pióra stalowego w obsadce, połowa którego jest odłamaną; cząstkę płwociny trzeba rozetrzeć na jednostajną cieniutką warstwę, między szkiełkami, co gdy przy lepkości płwociny bywa często trudnem, można osiągnąć łatwo po lekkim jej zagrzaniu [do zmiętnienia]; barwienie odbywa się w fuksynie z aniliną przez 2-4 godzin, odbarwianie w kwasie azotnym, z 2 częściami kwasu sulfo-anilinowego [dodatek ten ma na celu wytworzenie związku z kwasem

azotnym, gdyż ten ostatni tworząc się jako gaz łatwo może przenikać w otoczkę [mocno odbarwiać laseczniki]; odbarwianie trwa parę sekund, powtarza się je jednak 4, 5—10 razy, dopóki preparat nie jest całkiem prawie bezbarwny, podbarwia i zachowuje w balsamie kanadyjskim.

W końcu podaje autor sposób barwienia laseczników gruzliczych wśród ziarniny, co zwłaszcza ma niezmiernie ważne znaczenie, przy rozpoznaniu trudnych do określenia owrzodzeń, zapaleń stawów, wilka i t. p.. Po zdjęciu nożem ziarniny i roztarciu jej między szkiełkami, barwi on preparat przez 24 godziny w wodnym roztworze fuksyny, następnie również przez 24 godziny w fuksynie z aniliną, potem obmywa krótko w wysokoju lub też na chwilę zanurza w kwasie azotnym [z 2 części kwasu sulfo-anilinowego] i bardzo mocno oplukuje wodą; w celu odbarwienia mocnego, wkłada preparat na 24—36 godzin do stężonego roztworu dwusiarkonu sodu i oplukuje wreszcie w wodzie gorącej, suszy preparat i bez podbarwiania zachowuje w balsamie kanadyjskim. Częstki tkanek ziarniny, które zazwyczaj przy innej metodzie zachowują mocno czerwoną barwę, tutaj mają barwę lekko różową i wcale nie przeszkadzają do wyszukania silnie czerwono zabarwionych laseczników gruzliczych.

(*Charité-Analen, XI Jahrg.*)

M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Pracownia bakteriologiczna, urządzona przez kol. EISENBERGA w szpitalu starozakonnym, powstała z inicyjatywy pana Inspektora szpitali cywilnych prof. WALTERA, a kosztem Rady miejskiej dobroczynności publicznej. Za wzór do urządzania w szczegółach, dającego się ewentualnie przenieść do innego lokalu, posłużył instytut Koch'a w Berlinie. Przystąpienie do hodowli pochodzi od MÜNCKE'go.

Pracownia mieści się w dwu dosyć obszernych pokojach, z pięciu dużymi oknami, zwróconymi ku północo-zachodowi, i wychodzącymi na szeroki plac. W pokoju pierwszym znajduje się oszklona komora z drzwiami na szybach, mieszcząca parowy sterylizator, przyrząd do wyjaławiania surowicy krwi i aparat do ścinania surowicy. W tymże pokoju znajduje się sterylizator gazowy suchy do szkieł, waga na konsoli, przyrządy do wiwisekii i t. d., oraz wielki stół z szafkami i szufladami.

W drugim pokoju urządzone jest pośrodku ogrodzenie drewniane, oszklone, do sufitu sięgające i rozdzielone na dwie połowy. W jednej z nich stoją dwa termostaty [HUEPPE'go z lampką regulującą Koch'a, druga pomysł i wyrobienie BERENTA z regulatorem REICHERT'owskim]; ściana boczna zajęta jest pułkami do ustawiania gotowych hodowli. W drugim przedziale znajduje się duża lodownia pokojowa, oraz pułki na szkło zapasowe, statywy do probówek i t. d. Na stole w tymże pokoju stoją klatki na małe zwierzęta.

Wzdłuż całej ściany frontowej przy pięciu oknach ustawione są stoły dla pracujących, opatrzone szufladami; pomiędzy oknami przytwierdzone są wysokie pułki na odczynniki, barwniki i t. p.; przy każdym siedzeniu kubek do zlewania, naczynia do dezynfekowania szkiełek. Przy stołach znajdują się dziesięć obszernych miejsc dla pracujących.

Pracownia zaopatrzona jest w dwa mikroskopy ZEISS'a [wielkiego modelu Nr. IV] z aparatem oświetlającym; jeden z 5 systemami i tyłuż okularami oraz systemem olejnym zwykłym 1/12; drugi z systemem olejnym apochromatycznym, oraz dwoma odpowiednimi okularami kompensacyjnymi 4i 12. Oświetlenie pracowni gazowe i palniki przy każdym miejscu nad stołami. Wentylacja w ścianie przeciwległej oknom. Ujemną stroną pracowni, doskonale urządzonej, jest brak oddzielnego wejścia; przechodzenie przez salę chorych jest z różnych względów niewłaściwe. Przydałby się również wodociąg. Pracownia otwarta jest dla użytku zarówno miejscowych lekarzy jak i dla wszystkich chcących zająć się badaniami bakteriologicznymi.

— Dowiadujemy się, iż obchodzonym ma być uroczyste jubileusz 25-lecia profesury dziekana tutejszego wydziału lekarskiego, D-ra W. BRODOWSKIEGO.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава, 26 Февраля 1887 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѳлевска. Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0-2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

GRZYBKWI CHOROBOTWÓRCZE

napisał

Maryjan Jakowski,

b. asystent kliniki dyjagnostycznej.

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0-2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. 0-4