

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. 11; ogłoszenia francuzkie i niemieckie 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. 19.

POTRZEBNY JEST LEKARZ

do miasta Wizny w gubernii Łomżyńskiej; pensyi otrzyma Rubli sr. 400.

Wiadomości bliższe na miejscu w Wiznie przez Łomżę w Aptecę. 1—1

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wernera w Warszawie, Długa № 16

poleca

Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Łyżeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiernego mleka stanowi t. zw. Zupę Liebiga — znakomity środek odżywczy, przewyższający swojemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

Wina lecznicze — Nowe środki lekarskie.

Barwniki D-ra G. Grüberla z Lipska oraz wszelkie chemika'ja używane przy badaniach mikroskopowych. 0—1

Zwracamy uwagę

iż Kefir przyrządzany według specjalnych wskazań i badań 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 **D-RA WYSZYŃSKIEGO,**

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko
KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIĘ,
OCHRYPIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.

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

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

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

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylki jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINT-MERINOULO
wymagać Marki fabry-
kownej.)

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

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

(Należy wymagać

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

Okulista Stanisław Fijałkowski

z Dynaburga przeniósł się na stały pobyt do Berdyczowa
o czem zawiadamia Szanownych Kolegów.

0—1

EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE (Wilhelmsquelle)

wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—4

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. S. KRYSIŃSKI. Przyczynki do techniki histologicznej. — II. A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie [Dalszy ciąg]. — III. L. WOLBERG. Tyfus brzuszny u dzieci [Dalszy ciąg]. — *Dział sprawozdawczy.* 11. S. WEIR MITCHELL. Leczenie niektórych postaci neurastenii i histeryi. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNNKI DO TECHNIKI HISTOLOGICZNEJ.

Podał

D-r med. S. Krysiński.

I. Fotollsylina. Fotoksylina.

Celloidyna, będąca dziś w powszechnem użyciu do zatapiania preparatów drobnowidzowych, posiada obok wielkich zalet pewne wady, z których najważniejsze są: nieprzezroczystość, trudna rozpuszczalność i kamienna twardość przechowywanych tabliczek.

Przy rozmowie o tych różnych niedogodnościach celloidyny, kolega D-r WIKSZEMSKI zwrócił moją uwagę, że obecnie używają do fotografii innego preparatu, zwanego fotoksyliną (*Photoxylin*), który i do celów histologicznych przydatnym być powinien. Wzmianka ta skłoniła mnie do przeprowadzenia szeregu prób, a gdy po 10 miesięcznych doświadczeniach wyniki przeszły wszelkie oczekiwanie, ośmielam się podać je do ogólnej wiadomości.

Fotoksylina [wyrobu fabrykanta petersburskiego C. MANN'a] jest gatunkiem bawelny strzelniczej, do której ma podobny wygląd, różni się jednak bardzo słabą własnością wybuchania. W handlu znajduje się ten produkt w paczkach po 15 i 30 gramów, w cenie rs. 1 kop. 20, *resp.* rs. 2 kop 40 ¹⁾.

Fotoksylina rozpuszcza się prawie natychmiastowo w mieszaninie równych części alkoholu i eteru; roztwór jest zupełnie bezbarwnym i klarownym i takim też pozostaje po skrzepnięciu.

Do zatapiania w celach histologicznych używam dwóch roztworów, jednego „rzadkiego“ $\frac{1}{2}$ —1% i drugiego „gęstego“ 5%. Preparaty odwodnione dostatecznie w mocnym alkoholu wkładam na 12—24 godzin do rzadkiego roztworu fotoksyliny, następnie na czas równie długi do gęstego, a z tego ostatniego wydobywam je szczypczykami i kładę na korki. Przylegająca do preparatu warstwa

¹⁾ W Warszawie dostać można w aptece Rutkowskiego przy ul. Długiej.

fotoksyliny wystarcza w zupełności do przytwierdzenia preparatu na korku i do pokrycia go mocną, dowolnie grubą powłoką. Po paru minutach, gdy fotoksyлина na powierzchni skrzeptnie, wkładam korki wraz z preparatami do słabego [70%] alkoholu, w którym fotoksyлина po upływie 2–3 godzin w całej masie jednostajnie krzepnie, nadając preparatowi jednorodną, doskonałą konsystencję. Rozumie się samo przez się, że umiarkowane ciepło znakomicie przyspiesza przeniknięcie fotoksyliny w najdrobniejsze szczeliny preparatu. Wyżej podane przepisy co do czasu odnoszą się do zwykłej ciepłoty pokojowej.

Zalety nowego środka do zatapiania dadzą się streścić jak następuje.

1) Fotoksyлина nie zmienia się co do twardości przez długie nawet przechowywanie.

2) Zarówno roztwór płynny jak i skrzepty są zupełnie klarowne i bezbarwne, co niezmiernie ułatwia oryentowanie się, rysowanie i fotografowanie preparatu. Roztwór przygotować można natychmiastowo.

3) Skrawki z preparatu zatopionego w fotoksylinie mogą być z równą łatwością badane w wodzie, poddane działaniu jakichkolwiek odczynników, barwione, przechowywane w glicerynie, kleju lub żywicach, jak preparaty otrzymywane bezpośrednio. Przy zamknięciu preparatów w żywicach, nie należy do zprzezrocyszczenia używać olejku gwoździkowego. Najdogodniejszym jest możliwe gęsty i mało lotny olejek oryganowy.

4) Skurczenie preparatów, wywołane przez fotoksylinę, jest nadzwyczaj małe.

5) Cena jest znacznie niższa od celloidyny.

W końcu ośmielam się polecić fotoksylinę do celów w leczniczych w tych wszystkich razach, w których używają obecnie *collodium*, *collodium elasticum* lub różnego rodzaju angielskich plastrów. Przy drobnych skaleczeniach, celem połączenia brzegów rany i zabezpieczenia jej od zanieczyszczeń, i tam gdzie idzie o wywarcie łagodnego ucisku, gęsty roztwór fotoksyliny powinien w zupełności odpowiedzieć zadaniu. Warstewka fotoksyliny, pociągnięta pędzelnikiem na skórze, zasycha po paru minutach, przylega bardzo mocno przez 3–4 dni, nie pęka, nie złuszcza się i część ciała powleczona fotoksyliną może być dowolnie często myta lub pogrążoną godzinę w jakimkolwiek płynie. Zbyteczną niemal wydaje się wzmianka, że w roztworze fotoksyliny używanym do celów leczniczych, rozpuścić można dowolny środek lekarski, jak np. jodoform, kwas karbolowy, salicylowy i t. p..

2. Indygokarmin.

Skrawki, zanurzone w stężonym roztworze indygokarminu, barwią się natychmiastowo. Po opłukaniu w wodzie przekonać się można, że głównie i najprędzej zabarwioną zostaje tkanka łączna włóknista, następnie istota spajająca komórki, później jeszcze protoplazma komórek, a w końcu dopiero jądra. Nacążenie i odcień zabarwienia są, stosownie do odmiennej natury pierwiastków tkankowych, bardzo rozmaite, od czysto niebieskiego [lazurowego] do szarego,

co sprawia, że za pomocą indygokarminu [zwłaszcza przy uprzednim użyciu czerwonego lub brązowego barwnika dobrze barwiącego jądra] otrzymać można nie tylko piękne i okazałe preparaty, lecz co ważniejsza preparaty, na których rozpoznanie rozmaitych pierwiastków tkankowych nadzwyczaj jest ułatwionem. Preparaty otrzymane w ten sposób z przewodu pokarmowego, naczyń, i nowotworów (*fibroma, fibromyoma, sarcoma*) powinnyby nawet wysokie wymagania w zupełności zaspokoić.

3. Karmin ałunowy.

Chcąc aby karmin ałunowy barwił jądra mocno czerwono, nie zaś na nieokreślony fioletowo-lila kolor, należy w przyrządzaniu płynu zmniejszyć znacznie ilość ałunu [poniżej 1%], roztwór przesyć karminem, i utrzymać go przynajmniej przez pół godziny we wrzeniu, zastępując wodę wyparowaną dodatkiem świeżej.

Z PRACOWNI PROF. DOGIELA W KAZANIU.

II. O ILOŚCIOWEM OKREŚLANIU GLIKOGENU I TWORZENIU SIĘ POŚMIERTNEM CUKRU W WĄTROBIE.

Przez

A. Panormowa.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

III.

Swoją własną metodę badania SEEGEN i KRATSCHMER opisują w sposób następujący [6]:

„Pewną część wątroby, poprzednio zważoną, dzielono na kawałki małe, które przenoszono do wody wrzącej i w tej gotowano przez 15 do 20 minut, względnie do większego lub mniejszego stopnia twardości wątroby i następnie rozcierano w moździerzu [z dodaniem lub bez dodania piasku szklanego, co na czas trwania rękoczynu wpływu nie miało]. Otrzymaną miazgę wątrobową znów przenoszono do wody wrzącej i gotowano przez 10 minut. Odwar filtrowano przez płótno lniane, przytem worek z początku nagniatano rękami, a następnie za pomocą prasy. Wówczas wątroba przedstawia się w kształcie masy suchej, lepkiej, z trudnością w wodzie się rozpluwającej i uporczywie zatrzymującej cukier i glikogen. Masę ową, zeszkobaną za pomocą ostrej łyżeczki, należy przenieść znów do moździerza i roztarłszy z wodą gorącą na jaknajmniejsze cząsteczki, pogrążyć w wodę wrzącą. Bez względu na wszystkie te ulepszenia, rękoczyn powyższe należało powtarzać niezliczoną ilość razy. Niekiedy potrzebną była strata 8—10 godzin czasu, aby resztki i ślady cukru i gli-

kogenu wyciągnąć. Jako próbę na cukier używano płynu FELLING'a. Tu należy dodać, że gdy chodzi o nikłe ilości cukru, płyn, do próby użyty, należy pozostawić w spokoju przez dłuższy przeciąg czasu, aby najmniejsza ilość Cu_2O wydzielić się mogła. Odczyn na glikogen stanowił spirytus 90%, po dodaniu którego najmniejsze ślady glikogenu ujawniały się przez lekkie zmętnienie. Odwar niekiedy w ilości 10 litrów i więcej odparowywano aż do otrzymania 200—300 ctm. płynu i określano [str. 219—220]:

1) Stopień kwaśności i

2) Ilość cukru w pewnej odmierzonej części owego płynu za pomocą metody miareczkowej płynem FELLING'a. Początkowo próbowaliśmy określić cukier wprost w odwarze wątroby. Próby jednak były niepomyślne z powodu obecności glikogenu i rozpuszczalnych ciał białkowych. Rozcieńczanie odwaru sprawy nie polepszało, Cu_2O bowiem nie ulegał strącaniu, a przytem roztwór otrzymywał odcień fioletowy, zależny od obecności białkanów, a przeszkadzający oznaczeniu reakcyi końcowej. Aby niedogodności tych uniknąć, dodawano do pewnej oznaczonej ilości odwaru 4—5 objętości 90% alkoholu, filtrat odparowywano aż do zniknięcia zapachu alkoholu i w płynie tym dopiero oznaczano cukier.

„3) W trzeciej porcyi płynu oznaczano ilość glikogenu. Tutaj można było wybierać jedną z dwóch metod badania. Pierwsza polega na wydzielaniu glikogenu według sposobu BRUECKE'go, druga na przemianie glikogenu w cukier przez 24 godzinne gotowanie w zaklejonej rurce szklanej, przy ciepłocie wrzenia, pewnej ilości odwaru z kwasem solnym. Ilość glikogenu określimy przez odjęcie, z otrzymanej po zagotowaniu ogólnej ilości cukru, tej ilości tego ostatniego, jaką odwar już poprzednio zawierał. Po gruntownym namyśle wybraliśmy sposób drugi, ponieważ tutaj na cukier przemienia się i dekstryna, gdy tymczasem według sposobu BRUECKE'go ciało to, ulegające strąceniu dopiero za pomocą 90% alkoholu, oznaczonem być nie może. Tym sposobem oznaczaliśmy stosunek cukru do wszystkich ciał cukrotwórczych, a mianowicie do glikogenu i dekstryny, a za pomocą uprzednich doświadczeń dowiedliśmy, że w 24 godzin następuje zupełna przemiana glikogenu. Na 10 ctm. odwaru wątroby braliśmy 2 ctm. 10% kwasu solnego. Płyn z rurki po gotowaniu otrzymany, zwykle koloru bardzo ciemnego, rozcieńczano do objętości 100 ctm., poczem precedzano, a cukier oznaczano metodą miareczkową płynem FELLING'a“ [str. 221].

Wynik badań opisanych, tak niespodziewany, a zarazem przeczący temu wszystkiemu, co dotąd było uważane za niewątpliwe, pobudził natychmiast BOEHM'a i HOFFMANN'a [7] do sprawdzenia i krytycznego ocenienia metody, przy badaniach tych użytej. Obaj wymienieni autorowie wykazali, że metody miareczkowej do badania płynu wprost po dodaniu kwasu solnego stosować nie można, ponieważ rozpuszczone w płynie tym białko przeszkadza ściślemu oznaczeniu odczynu końcowego, płyn bowiem po dodaniu roztworu FELLING'a zabarwia się na fioletowo. Prócz tego wykonali 2 doświadczenia na psie i kocie z bezpośredniem oznaczaniem glikogenu i cukru w wątrobie, a wynik otrzymali taki, że ilość glikogenu niknącego zupełnie odpowiada ilości wytworzonego cukru.

W odpowiedzi SEEGEN i KRATSCHMER wystąpili znowu z licznymi doświadczeniami, przy których oznaczali cukier według sposobu BRUECKE'go i doszli do wyniku, że glikogen przez pierwsze 24 godzin po śmierci zwierzęcia zmianom nie ulega, skonstatowane zaś przez BOEHM'a i HOFFMANN'a zmniejszenie glikogenu zależy od niedostatecznego wyciągnięcia wodanów węgla, gdyż tylko przy użyciu ich własnego sposobu, wodany węgla mniej więcej dokładnie wyciągnąć można.

W żaden sposób jednak autorowie ci pojąć nie mogą, dlaczego metoda miareczkowa nie udawała się BOEHM'owi i HOFFMANN'owi przy badaniu płynu, traktowanego kwasem solnym. „Mogliby w tym względzie powołać się na powagę CL. BERNARD'a, który sposób ten zalecił dla oznaczenia cukru wątrobowego, jednakże metoda ta o tyle jest prostą i dokładną, że dla jej obrony na żadne powagi powoływać się nie trzeba“ [str. 459].

Pierwsze doświadczenia w celu sprawdzenia poszukiwań SEEGEN'a i KRATSCHMER'a dokonywałem z przestrzeganiem ostrożności, przez tych autorów zalecanych. Wyniki były te same, a nawet w niektórych doświadczeniach, w miarę dłuższego przebywania wątroby na powietrzu, otrzymywałem wzrastanie ilości wodanów węgla. Badanie metodą miareczkową pewnej części odwaru, potraktowanego kwasem solnym, czasami nie udawało się, z powodu fioletowego, a nawet ciemnego zabarwienia, niekiedy zaś dawało wyniki pomyślne, choć nie mogę powiedzieć, aby odczyn końcowy mógł być z wielką ścisłością oznaczony.

Sposób poznawania całkowitego, ostatecznego wyciągnięcia glikogenu z wątroby, polegający na zauważeniu braku osadu w odwarze po dodaniu alkoholu, należy uznać jako niedostateczny i powodujący zbyt dużą stratę czasu na dokonywanie wyciągania. Ponieważ takież odczyn dają ciała białkowe, więc przy traktowaniu wątroby wodą wrzącą, odczyn ten dopóty będzie powstawać, dopóki będzie się rozpuszczać białko, a to niezależnie od obecności lub nieobecności glikogenu w wątrobie. Co do mnie, to odczyn końcowy oznaczałem w ten sposób, że część płynu oziębioną w próbkówce osadzałem za pomocą odczynu BRUECKE'go, odcedzałem białko i w filtracie poszukiwałem glikogenu za pomocą odczynu na alkohol.

Również niedokładnym jest sposób pośredniego oznaczania glikogenu z ilości cukru gronowego, wytworzonego po działaniu na glikogen kwasu solnego. SEEGEN i KRATSCHMER przyjmują, że przy zupełnej przemianie glikogenu pod wpływem kwasów z 1-nej części glikogenu wytwarza się 1-na część cukru gronowego [patrz *Arch. PFLUGER'a* Z. 24 str. 149 i 155], gdy tymczasem i wzór glikogenu temu odpowiada i doświadczenia PAVY'ego [13], E. KUELZ'a i BORN-TRAERGER'a [15], dowodzą, że przy zupełnej przemianie 1 część glikogenu daje 1,11 części cukru gronowego. Ztąd wypada, że albo sposób, do przemiany glikogenu przez SEEGEN'a i KRATSCHMER'a użyty, był nieodpowiedni, albo sposób wylizania błędny.

Nawet po sprostowaniu omyłek, nie sprawdzałem w dalszym ciągu doświadczeń SEEGEN'a i KRATSCHMER'a według ich własnej metody, gdyż rozmiar pracy, z powodu dokonywania wyciągów z wątroby, był tak wielki, że czynił niemożliwym sprawdzenie tych badań przez jednego człowieka, z zachowaniem

wszystkich modyfikacyj autorów. Dlatego też starałem się zmusić do urzędzania wyciągów zastąpić jakim innym sposobem. Wiadomem mi było, że BOEHM w celu wyciągnięcia glikogenu z mięśnia posługiwał się kotłem parowym, ponieważ w zwykłych warunkach za pomocą wody wrzącej wszystkiego glikogenu wyciągnąć z mięśnia nie można. Sposób BOEHM'a wydał mi się trudnym do wykonania dla powodów technicznych. W sposobie tym jednak, o ile się zdaje, najważniejszą rzecz stanowi ten fakt, że tkanka, dzięki zwiększeniu ciśnienia i podniesieniu ciepłoty, ulega rozgotowaniu, a nawet rozplywa się, wskutek czego glikogen wydziela się z jakiegoś połączenia chemicznego, które w zwykłym ciśnieniu i ciepocie przy gotowaniu z wodą rozpadowi nie ulega. Jeśli tak jest rzeczywiście, to ten sam wynik powinno by się otrzymać przy rozpuszczeniu tkanek w alkalijach. W tym celu rozpocząłem równoległe doświadczenia nad wyciąganiem glikogenu z wątroby za pomocą alkalij i wody wrzącej.

Nim jednak przystąpię do podania wyników moich własnych poszukiwań, uważam za obowiązek z mej strony przedstawić historję powstawania oddzielnych metod oznaczania glikogenu.

IV.

CL. BERNARD [12], w celu otrzymania glikogenu z wątroby używał sposobu następującego: „Wątrobę, wziętą od zdrowego zwierzęcia, kraje się na kawałki i rzuca do wody wrzącej. Następnie rozciera się ją w moździerzu i dodaje węgla zwierzęcego, aby usunąć barwniki i białko. Po kilkakrotnem, kilka minut trwającym zagotowaniu i precedzeniu otrzymanego ztąd czarnego odwaru, otrzymuje się płyn z pływającemi weń płatkami, białawy, opalizujący, który zawiera ciało, strącające się od alkoholu“.

„Chcąc otrzymać ciało to w stanie czystym, należy przez przemywanie alkoholem usunąć cukier, za pomocą potażu gryzącego—białko i za pomocą kwasu octowego — węglan potasu. Dopiero po ostatniem przemyciu alkoholem, otrzymuje się ciało to w stanie czystym“ [str. 178—179].

PAVY [13] swoją metodą tak opisuje:

„Przy oznaczaniu ilościowem ciała tego w wątrobie, opierałem się na tej jego własności, że nie zmienia się ono przy gotowaniu z KHO i osadza od alkoholu. Odważoną część wątroby krajałem na cząstki, dodawałem potażu gryzącego i gotowałem aż do zupełnego rozpuszczenia. Do otrzymanego roztworu dolewałem 6-krotną objętość alkoholu, przyczem glikogen strącał się pod postacią osadu płatkowego. Osad ten po przemyciu spirytusem i wysuszeniu ważono“ [str. 603].

KUEHNE [14] postępował jak następuje: „Roztartą z piaskiem wątrobę gotuje się w wodzie przez 10 minut, zakwasza nieco kwasem octowym w celu strącenia białka, cedzi i osad dopóty gotuje się w wodzie, dopóki filtrat, początkowo tak mętny, że wygląda jak mleko, nie stanie się zupełnie przezroczystym“. Następnie KUEHNE oczyszcza glikogen tak samo jak CL. BERNARD [str. 78—79].

OTTO NASSE [15] do roztartej masy mięśniowej dodawał śliny i ilość glikogenu oznaczał z ilości wytworzonego cukru. Później tenże O. NASSE [16] sam wykazał braki swej metody.

W roku 1872 LUCHSINGER [17] dowodził, że zupełne wyciągnięcie glikogenu z wątroby za pomocą wody wrzącej jest bardzo trudnem, a nawet niemożliwem.

BRUECKE [18], dla ilościowego oznaczania glikogenu, radzi wątrobę „wygotowywać kilka razy z niewielką ilością wody, dopóki nieprzestanie wydzielać się glikogen, o czem przekonać się można, badając małe porcje oziębionego odwaru za pomocą nalewki jodowej“.

„Płyn zgęszcza się, po uprzedniem zubożeniu, jeśli daje odczyn kwaśny [co zresztą zdarza się rzadko], następnie osadza się kwasem solnym i jodkiem rtęci i potasu, cedzi, przemywa niewielką ilością wody, odczynnik powyższy zawierający, poczem zlewa się filtrat do wody, do przemycia użytej. Płyn otrzymany osadza się alkoholem... Przy badaniu ilościowym najlepiej jest dodawać tyle alkoholu, aby w mieszaninie wynosił 60% objętości, wtedy, jeśli glikogen dobrze się strąca, należy przezroczysty płyn odcedzić i przemyć spirytusem, kwas octowym zawierającym“ [str. 217—218].

Przy oznaczaniu glikogenu w mięśniach, należy je pociąć i roztarlszy z piaskiem kwarcowym, długo gotować w słabym roztworze węglanu potasu i wreszcie osadzić powyżej wskazanym odczynnikiem. Albo, pocięte na kawałki mięśnie, należy rozpuścić w potażu gryzącym i osadzić białko. BRUECKE, jak to sam zaznacza, trzyma się niedowiedzionego poglądu, że glikogen nie zmienia się od alkaliu.

Glikogen tym sposobem otrzymany nie zawiera popiołu i azotu.

WEISS [19], który pracował u BRUECKE'go, rozgotowywał mięśnie w potażu gryzącym, osadzał białko odczynnikiem BRUECKE'go, filtrat osadzał spirytusem, i znów cedził, poczem otrzymany osad przemywał 60% spirytusem dopóty, dopóki filtrat nie przestawał dawać odczynu na chlor. Następnie glikogen rozpuszczał w wodzie i znów osadzał alkoholem z domieszką amonijaku. Osad ztąd otrzymany, po przemyciu, rozpuszczał w wodzie i strącał alkoholem, zawierającym kwas octowy, poczem znów zbierał go na filtrze, suszył i ważył. Glikogen w ten sposób otrzymany nie zawiera azotu, zaś jedynie glikogen, wodą wrzący wyciągnięty, nie zawiera popiołu.

Dokonanie kilku badań ilościowych glikogenu przekonało autora, że glikogen nie zmienia się przy gotowaniu z alkaliem.

G. SALOMON wyciągał glikogen z wątroby dopóty, dopóki odwar, przez płótno przecedzony, nie przestawał opalizować. Odwar zgęszczał, osadzał odczynnikiem BRUECKE'go, filtrat osadzał podwójną, lub potrójną objętością alkoholu 92%, zaś „strącony glikogen po zebraniu na filtrze, traktował eterem, suszył przy 115°—120° i ważył“ [str. 345].

Autor przyznaje, że wyniki takiego oznaczania glikogenu nie są ściśle, wie bowiem, że glikogen trudno bardzo wyciągnąć wodą. Z drugiej strony jednak wyciąganie za pomocą alkaliu uważa za niewłaściwe, głównie z tego powodu, że otrzymany tą drogą glikogen zawiera bardzo wiele popiołu.

W innym doniesieniu, w tym samym roku ogłoszonym, SALOMON [20] wykazuje, o ile wyciąganie samą wodą jest niedostateczne. Autor ten wygotował wątrobę 8 razy i wyciskał pod prasą. W odwarze oznaczył 11,0 glikogenu. W pozostałej po wyciągnięciu wodą resztkę, po rozpuszczeniu w potażu gryzącym i strąceniu białka, wykrył jeszcze 3,5 grm. glikogenu. Szkoda tylko, że autor zjawisko to mylnie sobie tłumaczył. Mianowicie przypisał je tej okoliczności, że wątroba była poprzednio traktowaną alkoholem i dla tego radzi w przypadkach tego rodzaju wątrobę rozpuszczać w potażu gryzącym.

V. WITTICH [21] w kwestyi wyciągania glikogenu robi następujące uwagi:

„Zwykle postępowanie polega na tem, że wątrobę, na kawałki pociętą, rzuca się w wodę wrzącą, gotuje, cedzi i znowu gotuje, dopóki wszystek glikogen nie zostanie wyciągniętym. Kto postępował w ten sposób, wie, jak trudno jest glikogen wydzielić“.

„Wiadomo wszystkim, że dzięki tym trudnościom powstało błędne mniemanie DAEHNHARDT'a, co do możności pośmiertnego wytwarzania glikogenu, a obalone przez LUCHSINGER'a. W pewnym przypadku, w którym po 9-krotnem gotowaniu sądziłem, że glikogen został zupełnie wyciągniętym, w pozostałej resztkę za pomocą J i przemiany na cukier, byłem w stanie wykazać jeszcze glikogen. Dla tego też wybrałem sposób PAVY'ego, zmieniony przez HEIDENHAIN'a [BRUECKE]“.

W tymże roku V. WITTICH [22] do oznaczenia glikogenu użył sposobu innego. Kawałki wątroby gotował z kwasem siarczanym i z ilości wytworzonego tą drogą cukru oznaczał glikogen.

E. KUELZ [23] przy poszukiwaniach nad wątrobą stosował gotowanie w czystej wodzie, z mięśni zaś wyciągał glikogen przez gotowanie w potażu gryzącym. Zdaniem tego autora, ten ostatni sposób jest łatwiejszym, lecz dokładnością nie przewyższa pierwszego [24].

HERMANN [25], zaleca metodę BRUECKE'go, choć opisuje ją niezbyt dokładnie, mówi bowiem, jakoby BRUECKE radził „do gorącego roztworu dodawać kilka kropel kwasu octowego“ [str. 365].

LUCHSINGER [26] wydobywał glikogen za pomocą wody jedynie z tych narządów, które z łatwością rozetrzeć można w mózdzierzu, w pozostałych przypadkach stosował alkalię.

BOEHM i HOFFMANN [27] wyciągali glikogen wodą wrzącą, białko osadzali według sposobu BRUECKE'go.

I. FORSTER [28], w pracowni VOIT'a, stosował również wodę wrzącą.

IAFFE [29], który wskutek prośby NEUMANN'a, poszukiwał glikogenu w chrząstce i strunie grzbietowej, pociętą na kawałki chrząstkę wygotowywał w rozcieńczonym roztworze potażu gryżącego.

TACACS [30] „poddawał mięśnie 5-minutowemu działaniu wody..., po odczedeniu płynu mięśnie starannie rozcierano w porcelanowym naczyniu, dolewano płyn odczedzony, poczem zagotowywano do wrzenia i pozostawiano w spokoju na 6—10 godzin“.

„Następnie płyn odcędzono, pozostałą resztę dokładnie wmywano gorącą wodą i wreszcie otrzymany wyciąg zgęszczano na parowej kąpieli. Ta część zgęszczona po dodaniu 300—400 ctm. sześć. alkoholu, dawała osad, w którym, po precedzeniu i rozpuszczeniu w wodzie, oznaczano glikogen według sposobu BRUECKE'go“ [str. 373].

DEMANT [31] rozdrobnione mięśnie traktował wodą wrzącą 8 razy, przy czem gotowanie trwało 3 minuty, filtrat osadzał odczynnikiem BRUECKE'go, płyn odcędzał, osad przemywał wodą tenże odczynnik zawierającą, wreszcie strącony za pomocą alkoholu glikogen suszył i ważył.

BOEHM [11] wykazuje, że dla mięśni wyciąganie wodą wrzącą jest niedostatecznym. Po 3—krotnem wyciągnięciu wodą, pozostałą masę mięśniową należy włożyć do kotła parowego przy zastosowaniu zwiększonego ciśnienia i ciepłoty na 12 godzin. Wówczas otrzymuje się jeszcze 5% do 25% glikogenu.

Prócz tego, ponieważ glikogen w pewnej części przechodzi i do osadu, wytworzonego przez odczynnik BRUECKE'go, więc BOEHM radzi osad z filtru zciągnąć, rozetrzeć w porcelanowem naczyniu z wodą, zawierającą ów odczynnik i znów na filtr przenieść. Rękoczyny tego rodzaju należy powtarzać 1 do 2 razy, aż do zupełnego wydobywania glikogenu.

PAVY [9] w 1881 roku, również wykazał niedostateczność wyciągania glikogenu wodą, jeśli ciało to ma być wydobytem w całości. Autor brał kawałek wątroby ze świeżo zabitego psa i po odważeniu rozdrabniał. Cukier wyciągał alkoholem, a pozostałą resztę poddawał działaniu wody wrzącej tak długo, dopóki filtrat nie przestawał opalizować. 3-go i 4-go dnia powtarzał to samo. W ten sposób wyciągnięto glikogenu 1-go dnia 18,833 grm.

2-go	„	3,879	„
3-go	„	2,961	„
4-go	„	2,817	„

Po tem wszystkiem 4-go dnia pozostałą resztę poddawał działaniu alkaliów i otrzymywał 35,145 grm. glikogenu. Ten sam wynik otrzymano i co do wątroby królika.

Oprócz tego autor porównywał wyciąganie glikogenu KHO z wyciąganiem za pomocą zwiększonej ciepłoty i ciśnienia. Przy ostatnim sposobie otrzymywał zawsze glikogenu więcej, choć różnica nie była zbyt wielka, a mianowicie nie przewyższała 1,8—5%. [C. d. n].

III. TYFUS BRZUSZNY U DZIECI.

Napisał

D-r L. Wolberg,

były lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci małżonków Bersonów i Baumanów.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Trwanie różyczki jest bardzo krótkiem, najczęściej wynosi 2—3 dni; przymtem już na drugi dzień istnienia plamki bledną, a na trzeci wcale ich nie znać. Bywały przypadki, że wysypka tylko jeden dzień istniała, a z drugiej strony i takie, gdzie trwała przez 4, 5, a nawet sześć dni [2 przypadki]. Najczęściej mieliśmy do czynienia tylko z jednorazowym wysypaniem, w rzadkich tylko przypadkach po pierwszym wysypaniu następowało jeszcze jedno, dodatkowe.

Pomimo częstości, z jaką różyczka występuje, nie jest ona niezbędnym objawem tyfusu. Już HENOCH wspomina w swym podręczniku chorób dziecięcych, że w jego klinice 11 razy [na 192 chorych] tyfus niewątpliwie przebiegał bez różyczki. Zwróciliśmy baczną uwagę na ten szczegół w naszym materyjale i przekonaliśmy się, że z 75 przypadków, które bardzo wczesnie oddano do szpitala, mianowicie między 3 a 6-tym dniem choroby, 21 przebiegało bez różyczki. Z tych przypadków trzynaście przebiegało bardzo szybko, t. j. gorączka trwała nie dłużej nad dziewięć dni, w pozostałych zaś od 10 do 14 dni, a w jednym tylko przypadku, obywającym się bez różyczki, gorączka trwała aż 36 dni. Jednak lekkość przypadku nie wyklucza różyczki, gdyż w wielu innych, poronnie przebiegających tyfusach, widzieliśmy ją bardzo wyraźnie i przeciwnie, przy dosyć ciężkich przebiegach nieraz brak różyczki, co stwierdziłem w rodzinie M., której troje dzieci, na tyfus chorych, leczyłem od samego początku choroby, a jednak u żadnego z nich nie widziałem różyczki. W dwu przypadkach, powikłanych przez zapalenie płuc, nie było różyczki, podobnie nie widziałem jej u chorego na *prurigo*, który następnie w szpitalu zaraził się tyfusem.

Natomiast w trzecim przypadku silnego tyfusu, połączonego z zapaleniem płuc, ukazała się wysypka 8-go dnia choroby i to nawet pod postacią sinawych *petoci* (*petechiae*). Co do tych, to w ogólności się zdarzają rzadko, i to u dzieci osłabionych, lub przy powikłaniach. Od prawdziwych petoci wypada odróżnić fałszywe, powstające po ukąszeniach pcheł, z którymi chorzy w obfitej ilości przybywają do szpitala. Te fałszywe petocie istnieją już przed wybuchem tyfusu i trwać mogą naturalnie przez cały czas przebiegu takowego, podczas gdy prawdziwe petocie, większe od fałszywych i bez charakterystycznej ciemnej kropki wewnętrznej [miejsca ukąszenia przez pcheł], powstają koło 5—8-go dnia choroby, lecz trwają dłużej niż różyczka, gdyż spotykaliśmy je niekiedy 15-go, 17-go, a raz nawet 18-go dnia choroby. Przyczyny powstawania i tak długiego istnienia petoci bez wątpienia szukać należy w zmianach ścianek naczyń włosowatych skóry, przepuszczających składniki krwi i nie mogących ich wchłonać następnie.

Oprócz różyczki i petoci, widzieliśmy u trzech chorych prawdziwe wybroczyny (*ecchymoses*). Pomimo ciężkiego przebiegu tych przypadków, wszyscy trzej chorzy wyzdrowieli. Wybroczyny ukazywały się wtedy dopiero, gdy chorzy byli wyniszczeni długo—trwającą chorobą, w początkach trzeciego, w trzecim i w czwartym tygodniu choroby, a w jednym z tych przypadków, oprócz wybroczyn, mieliśmy do czynienia i z licznymi krwawieniami, wskazującymi na znaczne zmiany we krwi i w ściankach naczyń. Opis tego przypadku podamy poniżej, gdy będzie mowa o krwawieniach.

Wypada nam teraz opisać najważniejszy objaw tyfusu, od którego właściwie powinniśmy byli rozpocząć pracę, gdyż on rozpoczyna chorobę. Jest nim gorączka. Wprawdzie HENOCH, a także FRAENTZEL, wspominali o przypadkach tyfusu, przebiegających bez gorączki, lub z bardzo małym podwyższeniem ciepłoty, są to jednak przypadki nader rzadkie, prawdziwe białe kruki, które przytrafiały się tylko u dzieci bardzo słabych i cierpiących na inne przewlekłe choroby [wadę serca, niezyt kiszek i t. p.]. Ja podobnego przypadku nie spostrzegłem ani razu; wszystkie bowiem przebiegały z silną i po większej części charakterystyczną gorączką.

Trzeba zwrócić uwagę, opisując gorączkę, na ogólne jej trwanie, na najważniejsze typy krzywych ciepłoty, na oddzielne okresy, ich cechy i trwanie, a następnie na częściej przytrafiające się odstępstwa od zwykłych typów.

U dzieci często zdarzają się prawdziwe poronne [abortywne] formy tyfusu brzuszego, w których gorączka i wszystkie charakterystyczne objawy tyfusu nie trwają dłużej nad 3 dni; ja sam widziałem 23 takich przypadków. W innych przypadkach gorączka ustaje najczęściej w pierwszych dniach lub w końcu drugiego tygodnia, rzadko przedłużając się ponad ten termin. Zamiast omawiać najlepiej podamy tabliczkę:

Trwanie gorączki.	Ilość przypadków.	Trwanie gorączki.	Ilość przypadków.	Trwanie gorączki.	Ilość przypadków.
4 dni	1	18 dni	10	32 dni	1
5 "	2	19 "	6	33 "	2
6 "	3	20 "	5	35 "	2
7 "	10	21 "	3	36 "	2
8 "	7	22 "	6	38 "	1
9 "	25	23 "	6	40 "	1
10 "	16	24 "	7	41 "	2
11 "	27	25 "	4	43 "	1
12 "	29	26 "	4	45 "	2
13 "	28*	27 "	2	47 "	2
14 "	22	28 "	1	52 "	1 [powrót]
15 "	8	29 "	1	Razem	259
16 "	13	30 "	2		
17 "	10	31 "	4		

W największej zatem ilości przypadków tyfusu u dzieci gorączka trwa dwa tygodnie [153 przypadki], podczas gdy w 17 przypadkach trwa tylko jeden

tydzień; spora ilość, bo 55 przypadków, przypada na trzy tygodnie trwania, w 30 przypadkach przez 4 tygodnie dzieci gorączkowały, w 12 przypadkach przez 5 tygodni, a tylko w 6-ciu i 5-ciu przypadkach przez sześć i siedm tygodni. Dłużej nad siedm tygodni trwał tylko jeden przypadek i to recydujący. Wedle tego, możemy uważać dwutygodniowy termin za najczęstszy dla gorączki tyfusowej u dzieci.

Ponieważ 76 dzieci z ogólnej liczby naszych chorych tyfusowych były oddane do szpitala bardzo wczesnie, t. j. między 3 a 6-ym dniem choroby, mieliśmy zatem sposobność spostrzegać gorączkę od samego niemal jej początku, a prócz tego w kilku przypadkach zarażenia się dzieci tyfusem wewnątrz szpitala, spostrzegaliśmy rozwój choroby od pierwszego dnia. Przekonaliśmy się z tego, że, z bardzo nielicznymi wyjątkami, gorączka odrazu po pierwszym dreszczu osiąga wysokich stopni, a mianowicie 40° C.. Tylko w kilku przypadkach ciepłota przez pierwsze 3—4 dni powoli wznosiła się, a dopiero koło piątego dnia osiągała swego szczytu. Na tej wysokości zwykle utrzymuje się przez jakiś czas, wynoszący najczęściej od 3—14 dni; jest to okres najwyższego natężenia gorączki (*acme*). Najczęściej trwa on od tygodnia [szczególniej w poronnych przypadkach] do 2 tygodni i przechodzi następnie w okres opadania (*decrementi*). W przypadkach poronnie przebiegających tego ostatniego okresu brak, lub jest on bardzo krótki i wynosi zaledwie dzień jeden. Właśnie brakiem tego okresu różnią się przypadki poronne od dwutygodniowych; w pierwszych odrazu ciepłota opada do 37° C., a chory po przebyciu ciężkiej choroby w ciągu jednej nocy, po obfitem spoceniu się, staje się rekonwalescentem.

W dłużej zaś trwających przypadkach, pomiędzy okresem natężenia a zdrowienia, znajduje się okres opadania ciepłoty. Trwa on od 2—7 dni, a tylko w wyjątkowo długich przypadkach przeciąga się do 14—17 dni, podobnie jak w tych ciężkich przypadkach okres natężenia trwać może przez trzy, cztery, a nawet całe pięć tygodni. Takie przebiegi zupełnie podobne są do tyfusów brzusznych u dorosłych ludzi.

Po okresie opadania następuje rekonwalescencyja, podczas której dzieci już nie gorączkują. Niekiedy zdarzają się jeszcze wieczorne zwyżki ciepłoty, najczęściej wtedy, gdy jaki błąd w dyjecie popelniony został przez domagającego się jeść chorego.

Podczas okresu natężenia zachodzą małe różnice między ranną a wieczorną ciepłotą, wynoszą one pół stopnia, a często i mniej, bo dwie lub trzy dziesiętne zaledwie. Ciepłota ciągle utrzymuje się na wysokości 39,5° C., lub 40° C., w rzadkich tylko przypadkach wybiegając ponad tę granicę. W okresie opadania największą różnicę w stosunku do poprzedniego okresu wykazuje ranna ciepłota; ta spada nieraz do 38° C., podczas gdy wieczorna ciepłota jest zaledwie o pół, lub o jeden stopień niższą, niż w pierwszym okresie. Skutkiem tego między ranną a wieczorną ciepłotą drugiego okresu widzimy różnice, wynoszące 1—1½—2 i więcej stopni.

Oprócz tego, podczas drugiego okresu ciepłota nie utrzymuje się przez cały czas w jednakowych wahaniach, jak w pierwszym okresie, lecz z każdym dniem

opada coraz bardziej, skutkiem czego krzywa ciepłoty tego okresu ma postać schodów zstępujących, t. j. opada coraz niżej.

Wykazaliśmy zatem dwa typy gorączki: jeden, w którym główną rolę gra okres natężenia i który kończy się nagłym lub prawie nagłym spadkiem ciepłoty — i drugi z okresem natężenia i okresem opadania, powoli przechodzącym w okres bezgorączkowy.

Zdarza się też niekiedy, że w okresie opadania ranna ciepłota jest już zupełnie prawidłową, podczas gdy wieczorna bardzo wysoka [39—40° C.]; jest to typ przepuszczający [intermitujący], u dzieci rzadko spotykany. Od tego typu odróżnić wypada jednakże przypadki, w których w przedostatnim dniu choroby ciepłota opada do stanu prawidłowego, a występują poty, ogólny stan poprawia się i wszystko zapowiada koniec choroby a początek zdrowienia, podczas gdy wieczorna ciepłota jest jeszcze wysoko gorączkową; trwa to jednak jeden lub najwyżej dwa dni i przechodzi w rzeczywistą rekonwalescencję, podczas gdy przy typie przepuszczającym gorączka może jeszcze trwać tydzień i dłużej.

Mówiliśmy powyżej, że nie spostrzegaliśmy ani jednego przypadku przebiegającego bez gorączki. Natomiast zdarzyło się nam widzieć wyraźny tyfus z różyczką, z powiększeniem śledziony i t. p., przebiegający z stosunkowo małą gorączką, gdyż przez 19 dni przebiegu ciepłota nie wynosiła zwykle więcej niż 38,2° C., a tylko raz jeden wieczorem 38,8° C..

Kilkanaście razy zdarzało się nam spostrzegać prawdziwe krytyczne zakończenie choroby. Widzieliśmy je tylko w poronnych przypadkach, trwających od 4 do 9 dni.

Podczas rekonwalescencji ciepłota zawsze jest prawidłowa, w pierwszych dniach nawet niżej prawidłowej. Zdarzają się niekiedy podwyższenia ciepłoty w tym okresie krótkotrwałe i zależne od powikłań, następczych chorób, braku wypróżnień stolcowych, lub od błędów w dyjecie. Te ostatnie rzeczywiście łatwo przytrafiają się, gdyż dzieci bardzo szybko odzyskują łaknienie, są głodne nawet, pomimo tego kiszki ich nie wróciły jeszcze do stanu zdrowia, skutkiem czego pokarmy, zawczasie spożywane, sprowadzają odczyn gorączkowy, który ustępuje po przeczyszczeniu.

Nie widzieliśmy jednak powrotu, będącego następstwem takiego błędu, czego zwykle obawiają się w prywatnej praktyce lekarze i publiczność. Wogóle tylko jeden raz widzieliśmy prawdziwy powrót. Cechy takowego, jak wiadomo powinny stanowić wyraźne objawy tyfusu, występującego w kilka lub kilkanaście dni po przebyciu tych samych objawów, zakończonych spadkiem ciepłoty, potami i okresem ponownego zdrowienia.

Od czasu wprowadzenia ciepłomierza do praktyki lekarskiej, mniej badamy i małe znaczenie przypisujemy tętnu. Zasada ta w dziecięcej praktyce jest słuszniejsza niż u dorosłych, gdyż łada wrażenie wpływa na częstość i napięcie tętna u dzieci. Przy tyfusie brzuszny tętno stosuje się do gorączki i już w pierwszych dniach choroby wynosi do 120 na minutę, bez względu na wiek dziecka [od 3—12 lat], jest przytem pełne i twarde. Ranne i wieczorne ilości tętna mało różnią się pomiędzy sobą, [o jakie 4—8 uderzeń zaledwie]. Podczas

okresu opadania ciepłoty ilość uderzeń tętna zmniejsza się, lecz w mniejszym stopniu niż ciepłota, albowiem na jeden stopień ciepłoty przypada zaledwie 4—8 uderzeń tętna, skutkiem tego, gdy przy 40° C. ciepłocie mamy 120 uderzeń, to przy 39° C., 116 lub 108, przy ciepłocie 38° C. 112—100, a przy 37° C., 104 do 96. Widzimy zatem, i to bardzo często, że nawet wtedy, gdy ciepłota staje się prawidłową, tętno jeszcze jest gorączkowym; przeciąga się to zwykle przez jeden, dwa do trzech dni, poczem ilość uderzeń tętna wynosi około 70 ciu.

Dosyć często jednakże, podobnie jak przy ciepłocie, widzimy i przy tętnie krytyczny spadek, tak, że gdy jednego dnia naliczyliśmy jeszcze 120 uderzeń, to nazajutrz jest ich tylko 70--74 na minutę.

Większą ilość tętna, jak 120 uderzeń, rzadko spotykamy i zwykle tylko u dzieci osłabionych, przy długim przebiegu. Wtedy tętno może wynosić 130—136—140, a nawet 144 na minutę, najczęstsze jakie widzieliśmy. Stan taki trwa kilka dni i pomimo, że jednocześnie ze zwiększoną ilością tętna, słabnie jego siła i napięcie, co razem wzięte wskazuje na wyczerpywanie się serca i grozi upadkiem sił, jednak nawet w tych przypadkach dzieci powracają do zdrowia, a zatem znaczne przyspieszenie tętna [samo przez się] nie ma złego prognostycznego znaczenia.

To samo muszę powiedzieć o *pulsus dicrotus*, który dwa razy spostrzegalem u dziecka 10 i 12-letniego, 22 i 24-go dnia choroby. Ilość uderzeń wynosiła wtedy zaledwie 56, *resp.* 58 na minutę, pomimo tego oboje dzieci wyzdrowiały, wprawdzie po długiej rekonwalescencji, a jedno z nich miało znaczne odleżyny w tym okresie.

Najrzadsze tętno, jakie spotkaliliśmy, wynosiło 48 uderzeń na minutę, co trwało przez 3 dni [już po spadku ciepłoty], a potem wzniosło się do 96 uderzeń na minutę. I ten przypadek pomyślnie się zakończył.

Przy dłuższym trwaniu choroby, tętno, zrazu pełne i silne, staje się słabszem, a fala krwi nie tak pełną, skutkiem czego tętno łatwo daje się uciskać, a niekiedy, u małych i słabych dzieci, trudno je wyczuć w tętnicy promieniowej. Stan ten spotykamy w okresie opadania, a jeszcze częściej podczas zdrowienia. Zwykle nie trwa on długo, gdyż powracające siły chorego, łaknienie i trawienie wzmagają siłę serca i nasilają napięcie tętna. W początkach zaś choroby tętno bywa zwykle pełnem, stosownie do gorączki, a tylko u dzieci osłabionych, lub przy poważnych powikłaniach staje się miększem, a jednocześnie szybszem.

W dalszym ciągu symptomatologii tyfusu wypada nam opisać objawy ze strony dwóch kanałów: pokarmowego i oddechowego. Oba znaczny udział przyjmują w sprawie chorobowej; nie brak ich w żadnym przypadku. Jeżeli opis ich odłożyliśmy na koniec, to dlatego tylko, że te objawy same przez się mało przedstawiają charakterystycznego dla sprawy tyfusu brzuszного u dzieci, nawet wtedy, gdy bardzo silnie są wyrażone.

Wszystkie składowe części kanału pokarmowego mniej lub więcej przyjmują udział w tyfusie: i jama ustna, i żołądek, кишки cienkie i grube. Objawy te nigdy nie bywają tak silne i tak charakterystyczne, jak u dorosłych. Podmiotowym objawem stałym w tyfusie jest zupełny brak łaknienia podczas całego okresu gorączkowego. Już na kilka dni przed dreszczem, *resp.* podwyż-

szeniem się ciepłoty, dzieci okazują mniejsze łaknienie, a nawet mniejsze łakomstwo, niż dawniej. Dopiero w okresie zdrowienia powraca łaknienie, nasilające się wkrótce tak znacznie, że przechodzi w uczucie ciągłego głodu, żarłoczność prawie. Już w pierwszym tygodniu po spadku ciepłoty łaknienie powraca, a nieraz widzieliśmy dzieci, które na drugi lub trzeci dzień po przesileniu domagały się z płaczem jedzenia, a przyjęte pokarmy doskonale trawiły.

Suche wargi często widzimy przy tyfusie szczególnie w pierwszym tygodniu, gdy ciepłota jest tak wysoką. Niejednokrotnie pęka wtedy cienki nabłonek, a przez drobne szczelinki wyciekają krople krwi, zasychające na wargach i pokrywające je ciemnymi strupkami. Do tego przyczynia się też zwyczaj, któremu wiele dzieci się oddaje, ciągłego skubania warg i skrzydeł nosa. Ani przestrogi, ani lekkie kary nie są w stanie zmusić dzieci do zaniechania tego skubania. Większe owrzodzenia warg skutkiem tego skubania rzadko powstają i łatwo goją się w okresie rekonwalescencji. Pomimo, że wprysk wargowy (*herpes labialis*) uważanym bywa za objaw nigdy nie towarzyszący, a nawet wykluczający rozpoznanie tyfusu, jednak w dwu przypadkach widzieliśmy go ósmego dnia choroby. Oba przypadki lekko i prędko przebiegały.

Oprócz tych strupków krwi, wywołanych traumatyczną przyczyną, spotykamy także na wargach prawdziwe *fuligo*, t. j. czerniałe płatki zluszczającego się nabłonka. Jednocześnie pokrywa on dziąsła, a nawet nasadę zębów. Z dziesięć razy spotykaliśmy ten objaw, bądź w początkach, bądź w końcu choroby, zwykle jednak w cięższej przebiegających przypadkach, lecz nie zawsze przy bardzo wysokich ciepłotach. Dwa z tych dziesięciu przypadków zakończyły się śmiertelnie; wobec tego, a także ze względu na cięższy przebieg pozostałych przypadków, objaw ten ma poważniejsze rozpoznawcze znaczenie.

Język w pierwszym tygodniu choroby bywa wprawdzie wilgotnym, lecz białym, szczególnie pośrodku, podczas gdy wierzchołek i brzegi są czerwone. Koło ósmego, dziewiątego dnia wierzchołek języka zaczyna podsychać, a wkrótce cała górna powierzchnia jest suchą, a przytem pokrytą mniej lub więcej grubą warstwą białego, szarawego, lub żółtego nalotu. W okresie opadania ciepłoty, warstwa nalotu poczyną się zluszczać, z początku z brzegów i z wierzchołka, następnie z całej powierzchni tak, że pozostaje język czerwony, suchy, z widocznymi brodawczkami, które dopiero w okresie zdrowienia pokrywają się nowym nabłonkiem.

Zdarza się często, że przez cały czas trwania choroby, pomimo wysokiej ciepłoty, język wcale nie zasycha, lecz pozostaje wilgotnym. W takich razach i pragnienie, które tak męczy gorączkujące dzieci, jest mniejszem, aniżeli przy suchym języku.

Nie spotykaliśmy nigdy pleśniawek (*aphthae*) podczas tyfusu, o których inni autorzy wspominają, natomiast w trzech przypadkach w jamie ustnej dzieci widzieliśmy *soor*. Wszystkie trzy przypadki były bardzo długie i ciężkie, a dwa z nich skończyły się śmiertelnie. *Soor* dawał się zauważyć dopiero w końcu choroby, 20—27 dnia, a zwykle towarzyszyły mu liczne inne rzadsze i cięższe objawy, jako to: odleżyny, wybroczyny i krwawienia, głos chrypowaty, nieprzy-

tomność, wyczerpanie sił, żółtaczka i t. p.. Soor widzieliśmy u dzieci, mających 9—8—11 lat.

Również rzadko jak na zewnętrznej powierzchni warg, tak i wewnątrz jamy ustnej spotykamy owrzodzenia, *stomatitis ulcerosa*, które spostrzegaliśmy tylko trzy razy, w jednym z tych przypadków pod postacią zgorzelinową (*stomatitis gangraenosa*). Przypadek ten pomyślnie się zakończył; zgorzel ograniczyła się do przestrzeni 2 kwadratowych centymetrów i powierzchnia owrzodzona zablizniła się.

U innego zaś dziecka spotykaliśmy prawdziwą zgorzel (*noma*), drążącą przez całą grubość policzka. Chory 6-letni przybył do szpitala w końcu trzeciego tygodnia tyfusu i zmarł na drugi dzień po przybyciu. Ciężki ten objaw raz jeden tylko spostrzegaliśmy.

Również rzadkim objawem a być może że tylko przypadkowym powikłaniem tyfusu, jest nieżyt gardzieli (*angina*), który zaledwie pięć razy spostrzegaliśmy. Chorzy ci przechodzili tyfus w miesiącach wiosennych, lub jesiennych [Luty, Marzec, Kwiecień i Październik], łatwo więc nieżyt gardzieli wytłómaczyć przypadkowym przeziębieniem. Chorzy już przybywali do szpitala z tem powikłaniem, 6-go, 7-go [najczęściej] i 16-go dnia choroby. Najczęściej błona śluzowa gardzieli była silnie przekrwiona i jeden lub oba migdały powiększone, w dwu tylko przypadkach natężenie sprawy wywołało wysięk nieżytowy w postaci drobnych szarawych plamek na jednym migdale. Powikłanie to przechodziło w ciągu 2--3 dni przy płukaniu roztworem chlorku potasu i oprócz pewnego dławienia i trudności przy polykaniu nie sprawiało dzieciom szczególnych cierpień.

O przeroście obu migdałów (*tonsillitis hypertrophica chronica*), który raz jeden widzieliśmy, wspominamy tylko mimochodem dlatego, że utrudnienie polykania było tak znacznem, iż zmusiło do wycięcia obu migdałów podczas rekonwalescencji chorego tyfusowego. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

II. S. Weir Mitchell. Leczenie niektórych postaci neurastenii i histeryi. (*Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie*).

Fat and blood [tłuszcz i krew] taki jest w oryginale tytuł dzieła filadelfijskiego profesora. Autor na podstawie empirycznych danych robi spostrzeżenie, że ubytek tłuszczu z ustroju, wychudnięcie, idzie zawsze w parze z niedokrwistością, ze zmniejszeniem ilości czerwonych ciałek. Z drugiej zaś strony miarą polepszenia zdrowia, np. po przejściu wycieńczających chorób, jest przybytek na wadze, przyrost tkanki tłuszczowej. Tłuszcz zatem i krew, a raczej waga ciała i ilość czerwonych krążków we krwi, są to w ustroju naszym dwa żywioły od siebie zależne i wprost proporcjonalne. Nie sama ilość tłuszczu świadczy o zdrowotności organizmu, daleko ważniejszą jest jego jakość. Co do jakości ludzkiego tłuszczu, chemija wprawdzie nie daje nam odpowiedzi, czy tłuszcz człowieka zdrowego nie różni się od tłuszczu, nagromadzającego się przy nadmiernem użyciu alkoholu, morfiny, przy bezkrwistości i zwyrodnieniu tłuszczowem, niemniej jednak różnica taka istnieć musi, jak się o tem codziennie prze-

konywamy, obserwując z jednej strony osobniki zdrowe, z jędrnym ciałem, z obfitą, ale zbitą, twardą tkanką tłuszczową, z drugiej zaś strony, osobniki otyłe, pełne nadmiernie, ale blade, bezkrwiste, z chorobowym wyglądem. Hodowcy zwierząt również dobrze o tem wiedzą, przekładając twardą, jędrną angielską słoninę nad wszelką inną. Że bezkrwistość może prowadzić do otyłości, możemy się również nauczyć od hodowców bydła, którzy skazują zwierzęta na upust krwi dla szybszego utuczenia, dla otrzymania mleka, wydającego więcej masła. Powyższe uwagi służą autorowi do tego, ażeby dowieść, że nabytek tłuszczu i to tłuszczu, że się tak wyrazimy, do b r e g o, jest rzeczą dla ustroju wogóle pożądaną, niekiedy zbawienną, czasami po prostu powinno być jedynym celem naszych zabiegów leczniczych.

Przypadki, w których naszym zadaniem jest dostarczyć choremu krwi, *resp.* podług WEIR MITCHELL'a utuczyć go, nadzwyczaj są częste. Raz udaje się to nam dość łatwo, jak w okresie zdrowienia po chorobach ostrych gorączkowych, to znów nierównie trudniej, jak we wszystkich chorobach przewlekłych, takich jak suchoty płuc, długotrwałe cierpienia żołądka i kiszek, narządów płciowych, zakazanie zimnicze i wiele innych. W przypadkach lekkich wystarcza pożywna dyjeta, ruch, zmiana miejsca, trochę odpowiednich środków aptecznych, jak żelazo, arsen i t. p.. Jakże często jednak te środki zawodzą i to właśnie tam, gdzieby powinny najlepiej działać, gdzie nie znajdujemy żadnych głębszych zaburzeń w pojedynczych narządach, choć ustrój cały niszczeje i upada. Do tej ostatniej kategorii należą przypadki, które są prawdziwym *cruce medicorum*: przedewszystkiem liczna grupa kobiet, których cierpienie określa się, jako wycieńczenie nerwowe, albo *irritatio spinalis*, jeśli do tego dołączają się objawy nadczołści z strony mlecza; oprócz wychudnięcia i niedokrwistości zwykle mamy tu pewne nieprawidłowe objawy psychiczne; uważamy takie przypadki za histeryczne bez względu na to, czy istnieje jakie cierpienie macicy lub jajników, czy nie.

Takich to właśnie chorych, t. j. neurasteników i histeryczki, uważa WEIR MITCHELL za najodpowiedniejszych do leczenia swoją metodą, która polega na odosobnieniu chorego, leżeniu w łóżku, nadmiernem odżywianiu (*gavage, Ueberfütterung*), mięsieniu i elektryzacji. Oryginalność tej metody polega, jak mówi sam WEIR MITCHELL, nie na stosowaniu oddzielnych jej momentów, które aż nadto dobrze znane są każdemu lekarzowi, ale na celowem, według pewnego planu, połączeniu tych pięciu czynników dla osiągnięcia jednego celu, poprawy odżywiania, upadek którego WEIR MITCHELL uważa za źródło powyższych cierpień. Wychodząc z zasady, że pół-chorzy są najtrudniejsi do leczenia, autor mniema, że im przypadek jest cięższy, im chory jest więcej wycieńczony i wychudzony, tem wdzięczniejszym jest jego leczenie, tem łatwiejszem pielęgnowanie, tem większa nadzieja zupełnego wyleczenia, naturalnie z tem zastrzeżeniem, że przypadek jest czysto histerycznej natury, t. j. bez wyraźnych organicznych zaburzeń.

Odosobnienie autor uważa za konieczne. Chorych trzeba oderwać od starych przyzwyczajęń, zwykle szkodliwych, od wpływu otoczenia, które ulega ich kaprysom i despotyzmowi. Stосуje się to szczególnie do owych słabych, nerwowych kobiet, dla których długotrwała kruchość zdrowia przeszła w stałą, a przytem rzecz można ulubioną postać bytu. O żadnem polepszeniu mowy być nie może, dopóki raz na zawsze nie przerwiemy tego codziennego dramatu, odgrywanego w pokoju chorej, dramatu, zaprawionego tysiącem drobnych objawów egoizmu, wiecznem uganiem się za współczuciem i zwracaniem na siebie uwagi otoczenia. Histeryczka, jak słusznie zauważył WANDELL HOLMES, jest upiorem, wysysającym krew ze swego otoczenia. Odosobniając taką chorą, stajemy się również dobroczyńcami jej najbliższych. Do towarzystwa i pielę-

gnowania chorej wybieramy osobę zupełnie obcą, zdrową, inteligentną, żwawą, delikatną i obytą z tego rodzaju choremi.

Spokój zupełny, *resp.* leżenie w łóżku zalecamy tam, gdzie ustawiczne zmęczenie, chęć wypoczynku i liczne objawy histeryi wynikają z zaburzeń w odżywianiu. Są kobiety, które udają zmęczenie przez lenistwo, które po całych dniach leżą na sofie lub szezlongu i chorują wskutek braku ruchu i powietrza. Dla takich ruch i zajęcia będą jedynem lekarstwem, ale niektóre histeryczki dochodzą do tak oplakanego stanu ogólnego odżywiania, że każdy ruch, każde usiłowanie nawet ruchu staje się dla nich rzeczywistą męczarnią i powiększa tylko osłabienie. Tego rodzaju chore autor kładzie do łóżka na kilka tygodni, zabrania im wszelkiego ruchu do tego stopnia, że osoba pielęgnująca karmi je własnoręcznie. Chorej nie wolno jest czytać, ani wykonywać żadnej ręcznej roboty, nikt jej odwiedzać nie może z wyjątkiem personelu lekarskiego. Chorzy nadspodziewanie dobrze znoszą podobny sposób postępowania. Bezwzględny spokój, cisza, przerywana tylko zjawianiem się osoby pielęgnującej i lekarza, dziwnie łagodzący wpływ wywierają na najniesforniejsze nawet nerwy. Usunięcie się od wszelkich zajęć i obowiązków, czasowe ale bezwzględne powstrzymanie się od wszelkich wysiłków cielesnych i umysłowych, jednoczesne wzmacnianie ustroju przez obfite pożywienie, w krótkim czasie wywierają cudowny niemal wpływ na ogólny stan chorych. W miarę nabierania sił, chorzy zaczynają wykonywać pewne czynności i stopniowo powracają do życia prawidłowego.

Zachowanie bezwzględnego spokoju, kilkotygodniowe leżenie w łóżku bez najmniejszego ruchu, ma swoją odwrotną stronę; zmniejszenie łaknienia, zwolnienie przemiany materii, zaburzenia w trawieniu i krwiobiegu. Nie zapominać o tem, że skazując chorego na leżenie w łóżku, zmniejszamy działalność serca o kilkanaście uderzeń na minutę, że paraliżujemy kiszki i odbieramy chęć do jedła, że nakoniec mięśnie, będące długo w spoczynku, ulegają zanikowi. Tylko mając na myśli powyższe niedogodności długiego leżenia i starając się im zapobiedz, możemy choremu przez zalecenie bezwzględnego spoczynku, obok wzmoczonego dowozu żywności, pomódz, a nie zaszkodzić.

Dwie są metody lecznicze, które zapobiegają złym skutkom leżenia: mięsienie i elektryzacja.

Mięsienie stosować należy od początku leczenia codziennie w ciągu pół do jednej godziny. Mięsienie ma być ogólne, na każdym posiedzeniu poddają mu się kolejno kończyny, brzuch i plecy. Technika mięsienia od czasu ogłoszenia spostrzeżeń WEIR MITCHELL'a tak się udoskonaliła, że zbytecznem byłoby powtarzać udzielane przezeń wskazówki. Celem mięsienia ogólnego w zajmujących nas przypadkach jest przyspieszenie przemiany materii, zapobieganie zastojom żylnym i zanikowi mięśni. Bierny ruch, niezależny od woli, nie męcząc chorego, stwarza dla jego ustroju warunki takie, jakby chory sam ruchu używał. Dobroczynny wpływ mięsienia ujawnia się bardzo prędko: skóra nabiera żywej barwy, paznogie różowieją, na skórze zjawiają się drobne żyłki, wielkie pnie tętnicze lepiej napelniają się krwią. Bóle, zjawiające się często po pierwszych posiedzeniach, rychło znikają, pojawia się natomiast uczucie pewnej błogości i zadowolenia. Interesujące są spostrzeżenia asystentów WEIR MITCHELL'a nad zachowaniem się ciepłoty ciała pod wpływem mięsienia: prawie zawsze ciepłota po mięsieniu podnosiła się o kilka dziesiątych stopnia.

Elektryzacja, mianowicie faradyzacja mięśni całego ciała wywiera wpływ podobny, jak mięsienie. Obok gimnastyki mięśni i tonizującego wpływu na cały ustroj, faradyzacja wywołuje stale podniesienie ciepłoty ciała, co autor niejednokrotnie spostrzegał, tym więc sposobem faradyzacja równieź dobroczynnie może wpływać na ogólną przemianę materii. WEIR MITCHELL pierwszeństwo oddaje mięsieniu, uważając faradyzację ogólną za jego dopełnienie, a poniekąd za rozrywkę dla chorego.

Najistotniejsza a zarazem najtrudniejsza część metody WEIR MITCHELL'a polega na żywieniu, a raczej przekarmianiu (*Ueberfütterung, gavage*) chorych, znajdujących się w wyżej wymienionych warunkach, t. j. odosobnionych, leżących w łóżku, massowanych i elektryzowanych codziennie. Chorzy tacy, neurastenicy i histeryczki, najczęściej podlegają niestrawności, uskarżają się na bóle brzucha i brak łaknienia. Pierwszym pokarmem, jaki podamy choremu, będzie mleko. Mleko powinno być świeże, zbierane, najlepiej surowe, w dawkach po 120 grm. co 2 godziny. W razie rozwolnienia mleko należy przegotowywać lub dodawać wody wapiennej. Dla poprawienia smaku mleka dodajemy trochę herbaty, kawy, cukru lub soli. W pierwszych dniach wyłącznie mleczne pożywienie wpływa na zmniejszenie wagi ciała, wywołuje ospałość, zatwardzenie, obłożenie języka i nieprzyjemny smak. Wszystkie te objawy wkrótce znikają i chorzy mają się zupełnie dobrze, nawet tacy, którzy nie znosili żadnego pokarmu i uskarżali się na bóle po każdym jedzeniu. Po 4—8 dniach wyłącznie mlecznej diety, kiedy miną objawy niestrawności, chorzy dostają kawalek mięsa, potem chleb i masło, po 10 dniach jedzą już 3 razy dziennie i piją około litra mleka. Następnie przed każdym jedzeniem otrzymują od 60—120 grm. ekstraktu słodowego. Powoli *menu* coraz się powiększa: kakao, kawa mleczna, wyciąg z mięsa [funt drobno pokrajanej wołowiny nalewa się 360 centymetrami sześć wody z dodatkiem 5 kropeł stężonego kwasu solnego, stawia się przez noc na lodzie, a następnie przez 2 godziny trzyma się w naczyniu napełnionem wodą o 43° C., po przedczeniu podaje się choremu w 3 dawkach dziennie], trochę wina, tran [15 grm. w $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu], nie mówiąc o jaknajwiększej ilości mięsa, mleka, masła, jaj i t. d.. Ze środków aptecznych autor używa żelaza, arsenu i strychniny. Sądźmy, że najlepszą ilustracją metody WEIR MITCHELL'a będzie opis jakiego pojedynczego przypadku.

Pani C., 33-letnia mężatka. W 16 roku życia podległa bardzo silnemu wysiłkowi umysłowemu, ukończywszy pewien zakład wyższy z kursem 4-letnim w przeciągu lat dwóch. Wczesne zamążpójście, trzykrotna ciąża sprowadziły szybkie wychudnięcie i utratę cery dotychczas świeżej. Stopniowo chora zaczęła upadać na siłach, przestała miesiączkować i w ciągu 6 miesięcy straciła 30 funtów wagi. Chora nie jest w stanie niczem się zajmować, nie może chodzić, ani szyć, ani czytać z powodu osłabienia wzroku. Ciepłota ciała nie przechodzi nigdy 36,6° C., ilość czerwonych krążków krwi znacznie zmniejszona. Chora leczyła się ciągle bez najmniejszego skutku.

Przy badaniu nie znaleziono żadnego cierpienia organicznego i uznano za stosowne poddać ją leczeniu znaną nam metodą.

Chorą położono do łóżka i pozwolono wstawać jedynie dla oddawania moczu i stolca.

1 dnia podano kwartę mleka w dwugodzinnych odstępach, 2 dnia szklankę kawy i dwie kwarty mleka. Z powodu zaparcia stolca dano wieczorem pigułkę z aloesu. 3, 4, 5 dnia ta sama dyjeta. Objawy niestrawności przeszły. Chora spała bez zwykłej dawki chlorału. 6 dnia dodano 360 grm. wyciągu mięsnego w 3 dawkach. 7, 8 dnia taka sama dyjeta. 9 dnia o 7 godzinie kawa, o 7 $\frac{1}{2}$ —180 grm. mleka, to samo o 10, 12, 2, 4, 6, 8 i 10-ej; wyciąg mięsny o 11, 5 i 9-ej. 13 dnia oprócz powyższego pożywienia na śniadanie jajko i chleb z masłem. 15 dnia wieczorem chleb z masłem i żelazo. 18 dnia i następnych *menu* było następujące (*maximum*): o 7-ej godzinie kawa; o 8-ej żelazo i ekstrakt słodowy, śniadanie: kotlet, chleb z masłem, 1 $\frac{1}{2}$ szklanki mleka; o 11-ej zupa [wyciąg mięsny]; o 2-ej żelazo i ekstrakt słodowy, obiad złożony z kilku potraw, mleko, 180 grm. wina Burgundzkiego; o 4-ej wyciąg mięsny; o 7-ej ekstrakt słodowy, żelazo, chleb z masłem, owoce, lub 1 $\frac{1}{2}$ szklanki mleka; o 9-ej wyciąg mięsny; o 10-ej aloesowe pigułki; o godzinie 12-ej w południe mięsienie, trwające godzinę; o godzinie 4-ej po południu elektryzacja przez 30 minut.

Już w 2-im tygodniu chora zaczęła nabierać ciała, a po 2 miesiącach waga ciała z 96 funtów podniosła się do 129; barwa skóry znacznie się ożywiła.

Po 6 tygodniach zaprzestano dawać wyciąg mięsny, a ilość żelaza zmniejszono do połowy; mięsienie robiono co 2 dzień, następnie gimnastykowano [ruchy bierne]; zaczęto podawać strychninę po 0,002 grm. 3 razy dziennie przy jedzeniu. Po 9 tygodniach chora opuściła zakład. Wyleczenie było zupełne i długotrwałe. Między innymi ważnym był skutek leczenia ten, że chora dostała regularności, [której nie miała już od lat 5-ciu]. Regularność przychodziła odtąd stale w ciągu 18 miesięcy, dopóki chora nie zaszła w ciążę.

Autor podaje szczegółowy opis kilku przypadków, spostrzeganych przez siebie i przez innych lekarzy, głównie przez PLAYFAIR'a. Co w tych przypadkach zasługuje na uwagę [oprócz wyzdrowienia], to okoliczność, że nadmierne żywienie nie sprowadzało nigdy cięższych objawów niestrawności, a jeżeli czasem takowe się zdarzały, przechodziły prawie bez leczenia, jedynie przez zmniejszenie codziennego pożywienia.

Autor nie podaje statystyki leczonych przez siebie przypadków z uwagi, że nie zawsze wiedział o dalszym losie swoich chorych. Wogóle jednak widział zawsze jeśli nie wyzdrowienie zupełne, to przynajmniej znaczną poprawę.

Wobec bezsilności wszelkiego innego leczenia chorób, o jakich wspomina WEIR MITCHELL, jego metoda przyjętą została z wdzięcznością przez ogół lekarzy i licznych znalazła zwolenników. Wśród tych ostatnich zasługuje na uwagę BURKART z Bonn, który, stosując metodę WEIR MITCHELL'a w 21 przypadkach histeryi i neurastenii, otrzymał w 12 [t.j. 53%], wyleczenie, co ze względu na trudną uleczalność powyższych chorób, można uważać za wynik dość pomysłny. (*Zur Behandlung der Hysterie und Neurasthenie. Berl. klin. Wochenschrift, 1886. Nr. 16*). Przeciwwskazanie do stosowania metody WEIR MITCHELL'a stanowi, według BURKART'a, wszelkiego rodzaju rozdrażnienie mózgu, histeryja połączona z ciągłymi wymiotami i nerwobólami trzewowymi, co się tyczy niestrawności nerwowej, to, o ile takowa występuje samotnie, jest trudniejszą do wyleczenia od niestrawności na tle histerycznym.

Oprócz BURKART'a o metodzie WEIR MITCHELL'a pisali: PLAYFAIR (*The systematic treatment of nerve prostration and hysteria. London. 1883*), FISCHLER (*Die systematische Behandlung der Nervosität und Hysterie. Berlin. 1883, Playfair-Cur*), LEYDEN (*D. med. Wochenschrift. 1886. Nr. 14*). W najnowszym podręczniku dyjetetycznym MUNK'a i UFFELMANN'a (*Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Wien und Leipzig. 1887*) na str. 572 spotykamy wzmiankę o leczeniu neurastenii metodą WEIR MITCHELL'a, chociaż autor [UFFELMANN] uważa ją za trudną do przeprowadzenia, ze względu, że duże ilości mleka u wielu chorych wywołują zaburzenia w trawieniu. Co się samej książki WEIR MITCHELL'a tyczy, to nie odznacza się ona ścisłością naukowego materiału. Tak np. w opisie pojedynczych przypadków nie spotykamy ani badania żołądka, ani krwi, ani moczu, ani tętna, nie mówiąc już o badaniu kału, chociaż badania tego rodzaju byłyby tu właśnie na miejscu i przekonałyby nas więcej, niż głoślowne zapewnienia autora o skuteczności jego metody. Wogóle z książki wieje optymizm i uprzedzenie do metody, która nie jest znów tak cudowną, jak o tem przekonywają choćby cyfry statystyczne, zebrane przez BURKART'a. Pomimo to, może dlatego, książka jest bardzo zajmująca i doskonale, plastycznie opisaną jest geneza histeryi i neurastenii, psychologicznie prawdziwie opisany stan chorych, logicznie i przekonująco przedstawiony jest ogólny plan leczenia. Jednym słowem książka czyta się przyjemnie, jednym tchem. To nam tłumaczy jej poczytność; doczekała się w krótkim czasie 4 wydań, przetłómaczoną została na język francuzki, włoski, rosyjski i niemiecki, a LEYDEN o niej powiedział: „*Ich wünsche dass Jeder bei der Lectüre des Büchleins den gleichen Genuss haben möge, wie ich ihn gehabt habe*“.

A. Pulawski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Coraz większa liczba lekarzy stosować zaczyna, jako pro lukt dyjetetyczny przy najrozmaitszych postaciach chorobowych, mięso w postaci proszku. Przystosobianie wszakże tego przetworu w większej ilości przedstawia pewne trudności, a sprowadzone z zagranicy preparaty [francuzkie lub angielskie] są tak kosztowne, że dla biedniejszej ludności i szpitali są niedostępne.

Dlatego zwracamy uwagę Szan. Kolegów na wyrób krajowy p. BOLESŁAWA HORODYŃSKIEGO, który przysposabia proszki mięsne [wołowy i barani], oraz wszelkie mączki dla dzieci. Rozbiory chemiczne tych wyrobów, oraz badania nad ich pożywnością [sztuczne trawienie] wykonywane są w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich przez kolegów NENCKIEGO i FABIANA i niebawem ogłoszone zostaną w specjalnej pracy.

— W końcu Marca opuści prasę **Terapija ogólna** HOFFMANN'a w przekładzie polskim.

W rzędzie nauk lekarskich terapija ogólna ma niesłychanie doniosłe znaczenie dla lekarza. Ale z drugiej strony przedmiot ten przedstawia tyle nieprzewycięzonych trudności, że pomimo ciągłego postępu całej wiedzy lekarskiej, pomimo bezustannego pojawiania się całego ogromu prac z rozmaitych działów medycyny, ukazanie się wyczerpującego dzieła o terapii ogólnej należy do rzadkości, i to nietylko w naszej krajowej literaturze, ale i w zagranicznej. To też dzieła terapii ogólnej literalnie na palcach wliczyć można, a literatura polska posiadała dotąd tylko dwa, traktujące o tym przedmiocie: terapiję ogólną RICHTER'a, w przekładzie SKOBLA, oraz oryginalną terapiję ogólną [część pierwsza] DYBKA.

Dzieło RICHTER'a — w przekładzie i uzupełnieniu SKOBLA — znakomite na swój czas [1850—1856], obecnie przy tak szybkim rozwoju i postępie nauk lekarskich jest już najzupełniej niewystarczającym, a nawet nieodpowiednim. Dzieło zaś DYBKA, niestety, skutkiem nieszczęsnego zrządzenia losu nie zostało dokończonym, tak, że właściwie posiadamy tylko część pierwszą, t. j. wstęp do terapii ogólnej.

W r. 1835 pojawiło się w języku niemieckim nowe dzieło o terapii ogólnej, napisane przez prof. HOFFMANN'a, przez badacza ścisłego i znanego z wielu prac na polu doświadczałem, przez nauczyciela kliniki.

Całe piśmiennictwo lekarskie z wielkim uznaniem i pochwałami odezwalo się o tem dziele, opartem na dokładnej znajomości fizjologii i kliniki.

Z tego powodu członkowie „Gazety Lekarskiej“, chcąc przysłużyć się piśmiennictwu krajowemu i zadość uczynić wielkiej potrzebie kolegów, podjęli się wydania niniejszego dzieła w przekładzie polskim.

Dla krótkości czasu przekładu rzeczzonego dzieła dokonało kilku kolegów, a mianowicie:

Odczyt I. II. III i IV	WACŁAW MAYZEL.
Odczyt V i VI	ALEKSANDER FABIAN.
Odczyt VII.	KAZIMIERZ CHEŁCHOWSKI.
Odczyt VIII i IX	WIKTOR GROSTERN.
Odczyt X i XI	STANISŁAW KONDRATOWICZ.

Jednostajności przekładu oraz jego poprawności pilnowali: GROSTERN i KONDRATOWICZ.

Czem i jak możemy staramy się służyć naszemu społeczeństwu lekarskiemu; od poparcia' zaś i względów obszernego grona Szanownych Kolegów zależy będzie, czy dalej na tej drodze, trudnej pod względem materalnym, kroczyć będziemy mogli.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 29 Marca 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

1) JAKOWSKI. Odczytanie referatu komitetu higieny publicznej „O dezynfekcyi podczas choroby“.

2) K. NOISZEWSKI [z Dynaburga]. O barwnikowym zwyrodnieniu siatkówki (*retinitis pigmentosa*) i chorobach pamięci.

3) RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Luty 1887.

Doktór Medycyny **Stanisław Bęklewski**

0—2 ordynuje w PiatygorSKU i na grupach jak zwykle od 15-go Maja do 1-go Września.

Dr. Turkiewicz. **Leczenie Massażem.**

Hoża № 28 od godz. 4—6.

6—0

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

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów, prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

GRZYBKIE CHOROBYOTWÓRCZE

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.