

# 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.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

## TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginalu niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—4

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

# Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.  
20—1 Dyrekcyja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).



# PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwno

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

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając 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 takowego

**SPRZEDAŻ HURTOWA:**

**A. GÉRAUDEL**

4 SAINTE-MENNECOUR  
wymagać Marki fabry-  
kowanej.)

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którym się od-  
dycha przejmując się wzięwami  
Smoly i wprowadza je do siedliska  
cierpienia. Dzięki tej specjalnej  
własności działania jakoteż ich  
składowi Pastyłki te sąwzięczną  
skuteczną własność leczenia  
wszystkich chorób w których smo-  
ła bywa zalecaną. Są one niezbęd-  
ne dla palących tytonio, dla osób nad-  
grzających głos i dla tych których zatra-  
dzenia wystawiają ich na skutki kurzu  
i wyziewów rozdrabniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTY-  
LEK we Francji i Zagranicą świadczy  
o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać  
wv

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

## „VICTORIA”

Naturalna  
Woda  
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hundyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—Wodą gorzką Victoria spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambl.—Prospekta wysła gratis Dyrekcyjia. Wien, Stefansplatz— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie. 10—1

## KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów  
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów Hewelkego i Krajewskiego. Wydawca D-r Sierpiński.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 2 kop. 50

półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracyi i Ekspedycyi Marszałkowska 116

6—6



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. K. SZADEK. Karbolan rtęci (*Hydrargyrum carbolicum oxydatum*) i zastosowanie jego w przymiocie. — 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.* 12. LEYDEN. Zaburzenia ze strony serca w przebiegu władu rdzenia. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. KARBOLAN RTEŃCI

(*Hydrargyrum carbolicum oxydatum*)

### I ZASTOSOWANIE JEGO W PRZYMIOCIE.

Podał

**D-r Karol Szadek** [z Kijowa].

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi Szanownych Kolegów na nowy przetwórcę rtęci, mało dotąd znany i u nas jeszcze nie używany przy leczeniu przymiotu.

W jednym z zeszłorocznych zeszytów mniej znanego miesięcznika lekarskiego włoskiego, pojawił się artykuł, w którym prof. GAMBERINI podaje wiadomość o nowym przetworze rtęciowym, nadającym się bardzo, według niego, dla stosowania leczniczego w przymiocie <sup>1)</sup>. Wychodząc z zasady, iż przymiot należy zaliczyć do rzędu chorób zakaźnych pasorzytnego pochodzenia, powziął GAMBERINI myśl zwalczania przymiotu za pomocą przetworu, któryby się składał z dwóch najdzielniejszych środków niszczących pasorzyty, za jakie uważane są: kwas karbolowy i rtęć; w tym celu połączył wymienione środki, otrzymany zaś nowy przetwórcę rtęciowy nazwał fenolanem rtęci.

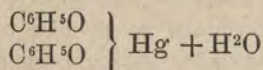
Nowy przetwórcę rtęci, z polecenia GAMBERINI'ego, przygotowali chemicy-farmaceuci: LUIGI BORIANI i DALLARI GHERARDO, w następujący sposób: przedczony roztwór wodny karbolanu potasu zmieszano z ochłodzonym i przedczonym roztworem wodnym sublimatu, poczem następowało strącenie osadu. Wymieniony osad, początkowo koloru pomarańczowego, zmieniał wkrótce barwę, która stawała się nieco jaśniejszą, koloru żółtawego. Otrzymany w postaci proszka osad posiadał woń kwasu karbolowego i jak okazało się z rozbioru chemicznego, przedstawiał połączenie kwasu karbolowego z rtęcią [ $C^6H^4OHg$ ].

<sup>1)</sup> PIETRO GAMBERINI. Il Fenolo di mercurio, nuovo medicamento per la cura della sifilide. Rixista Italiana di Terapia e Igiene. Piacenza. 1886. Marzo. p. 84—89.



Nowego przetworu rtęci używał GAMBÉRINI w 10-ciu przypadkach przymiotu [u 5 mężczyzn i 5 kobiet], stosując go do wewnątrz i otrzymał bardzo pomyslné wyniki. Fenolan rtęci zapisywał autor w postaci pigulek, powleczonych balsamem toluzańskim, a każda pigułka zawierała 0,02 fenolanu rtęci. Leczenie zaczynał od 2 pigulek codziennie, następnie dochodził stopniowo do zadawania po 4—6 pigulek na dzień. Chorzy w ogólności dobrze znosili fenolan rtęci, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego występowały rzadko, mianowicie, tylko w 3-ch przypadkach użycie wymienionego środka wywołało nieznaczne bóle w kiszkiach, biegunki zaś wcale nie spostrzegano. Objawy druzgorzędne przymiotu, jakoto: wysypka plamista i grudkowa i t. d., szybko ustępowały. Dla usunięcia objawów przymiotu wystarczało zwykle użycie 1,0—0,6 gramów wymienionego środka. Nieznaczne zajęcie jamy ustnej rtęciowe spostrzegał autor w 4-ch przypadkach, lecz objawy nie były wcale groźne i szybko ustąpiły. Leczenie w 6-ciu przypadkach trwało od 12—20 dni, w 3-ch przypadkach od 24—45 dni, w jednym zaś przypadku dla usunięcia objawów przymiotu wypadło stosować środek przez 70 dni.

Zadawalające wyniki, jakie GAMBÉRINI otrzymał w 10-ciu przypadkach przymiotu, leczonych wewnętrznem użyciem fenolanu rtęci zachęcały do dalszych doświadczeń, chcąc też zaznajomić się z własnościami nowego przetworu rtęciowego i wypróbować jego działanie w przymiocie, powziąłem starania o sprowadzenie wymienionego środka; takowe jednak spełzły na niczem, gdyż fenolan rtęci w handlu jeszcze wtedy nie pojawił się, a sprowadzenie go wprost z Włoch było niedogodnem. Musiałem więc sobie poradzić inaczej i zwróciłem się w tym celu do tutejszego aptekarza pana H. BRANDTA [posiadającego pracownię chemiczną], prosząc go o przygotowanie fenolanu rtęci według przepisu GAMBÉRINI'ego. P. BRANDT uprzejmie przechylił się do mego życzenia i po kilku próbach udało się mu wyszukać sposób postępowania dla przygotowania karbolanu rtęci. Otrzymany przez niego przetwór przedstawiał dość trwałe połączenie chemiczne, w którym rozbiór wykazał 50% rtęci i następujący skład.



Wymieniony przetwór, dla którego najodpowiedniejszą będzie nazwa karbolanu rtęci (*Hydrargyrum carbolicum oxydatum*), przygotowany był przez osadzenie stężonego i wolnego od kwasu węglanego roztworu karbolanu potasu, przyczem na dnie naczynia otrzymano osad żółtawo zabarwiony. Naczynie z mieszaniną tą zostawiono następnie w spokoju na 24 godzin i od czasu do czasu kłócono, osad przytem stopniowo odbarwiał się i w końcu przybrał prawie biały kolor. Wymieniony osad przeniesiono na filtr, kilkakrotnie przepłukiwano przekroploną wodą, dopóki nie przestał dawać odczynu na chlor, następnie osad znów przeniesiono na filtr i wysuszono pod kloszem wobec kwasu siarczanego.

Otrzymany wymienioną drogą karbolan rtęci przedstawia się w postaci proszku bezkształtnego, prawie białego koloru, pozbawionego smaku i wy-



dającego słabą woń kwasu karbolowego. Proszek karbolanu rtęci rozpuszcza się, rozkładając się przytem; kwas solny w zwykłej ciepłocie mało na niego działa, przy gotowaniu zaś, proszek w kwasie solnym łatwo się rozpuszcza. Po zmieszaniu roztworu gryzącego lub węgla alkali z rozcieńczonym roztworem karbolanu rtęci w kwasie solnym, otrzymuje się czerwono-żółty osad tlenku rtęci. Karbolan rtęci nie topi się przy ogrzewaniu w próbówce suchej, lecz zaczyna się rozkładać i ulatnia się, osiadając na szkle. Jeżeli ogrzewanie trwa dalej, wtedy rozkłada się ostatecznie, przyczem otrzymujemy kulki rtęci, węgiel i parę wodną. Pod wpływem gotowania z rozcieńczonym kwasem azotnym, karbolan rtęci rozpuszcza się, jeśli zaś gotowanie dalej przeciągnąć, wtedy otrzymuje się odczyn MILLON'a, t. j. plyn, z początku słabo zabarwiony, przybiera wkrótce czerwoną, następnie zaś brunatną barwę. Oddziaływanie to należy uważać za charakterystyczne dla karbolanu rtęci; w chloroformie, siarku węgla i eterze karbolan rtęci nie rozpuszcza się wcale, przy gotowaniu z ługiem sodowym rozpuszcza się, dając osad białawy <sup>1)</sup>.

Przygotowany opisany wyżej sposobem nowy przetwórk, karbolan rtęci, zacząłem od Lipca 1886 roku stosować w przymiotcie u chorych przychodzących. Zadawałem go z początku do wewnątrz w pigułkach po 0,02 na dawkę, chory używał codziennie przecięciowo 3 dawki, w niektórych nielicznych przypadkach dawałem codziennie po 4 dawki. Przetwórk chorzy zawsze dobrze znosili i w 2-ch tylko przypadkach wewnętrzne użycie karbolanu rtęci wywołało objawy podrażnienia przewodu pokarmowego. W żadnym zaś przypadku nie powstało zaburzenie trawienia, stolec był prawidłowy, biegunki nie spostrzegano. W kilku nawet przypadkach, dotyczących chorych, którzy oddawna cierpieli na niezbyt przewlekły przewód pokarmowy, po dłuższem zażywaniu pigułek z *hg. carbol. oxyd.*, łaknienie się polepszyło i stolce stały się regularniejszymi. Dłuższe nawet, w przeciągu 6—8 tygodni, używanie karbolanu rtęci nie sprowadzało szkodliwego działania na przewód pokarmowy.

Ilość przypadków przymiotu, w których podawałem do wewnątrz karbolan rtęci, wynosi dotychczas 35 | mężczyzn 26, kobiet 6 i dzieci w wieku od

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach pojawił się w handlu nowy przetwórk rtęciowy nazywany *Hydrargyrum carbolicum crystal*. Wobec braku w odnośnej literaturze farmaceutycznej i lekarskiej wzmianki o składzie chemicznym, własnościach i sposobach przygotowania owego przetworu rtęciowego, podaliśmy z aptekarzem p. BRANDEM ten przetwórk zbadaniu, które wykazało co następuje: *Hydrargyrum carbolicum crystal*, przedstawia się w postaci proszku żółtawego, złożonego z pryzmatycznych kryształów. Przy gotowaniu z wodą lub rozcieńczonym kwasem solnym, kryształy *hg. carbol. cryst.* prawie się rozpuszczają, jeśli zaś poddać je działaniu kwasu azotnego przy wysokiej ciepłocie, proszek rozpuszcza się, nie dając odczynu MILLON'a, lecz natomiast plyn żółtknie i wydaje woń będzwinową. W chloroformie i siarku węgla, karbolowa rtęć krystaliczna łatwo się rozpuszcza. Jeśli kryształy poddać w suchej próbówce działaniu wysokiej ciepłoty, wtedy topią się one wkrótce na żółtawą ciecz; przy dalszem gotowaniu przetwórk rozkłada się: rtęć i węgiel osadzają się w postaci kulek, obok tego zaś wydziela się gaz z wonią będzwinianu. Przy zbliżeniu otworu ogrzanej próbówki do płomienia, wydzielający się gaz zapala się. Z przytoczonych tu własności *hg. carbolici crystal*, a także z dokonanego rozbioru okazało się, iż wymieniony przetwórk rtęci, jakkolwiek zbliżony do przygotowanego przez H. BRANDTA karbolanu rtęci, nie jest jednak identycznym i może być określony następną formułą:  $C_{12}H_{10}Hg$ .



1—3 lat 3]. Po podaniu środka do wewnątrz, rtęć uległa wchłonięciu do ustroju, a dowodem tego był skutek leczniczy w przypadkach przymiotu, w których stosowałem karbolan rtęci. O wessaniu się rtęci świadczyły też objawy zajęcia rtęci jamy ustnej, spostrzegane przezemnie w 5-ciu przypadkach; wzmiankowane objawy rtęciowe ograniczyły się tylko na obrzmiewaniu dziąseł, nieznacznem ślinieniu i wkrótce ustąpiły po zastosowaniu odpowiednich środków. Za dowód stanowczy wchłaniania się rtęci do krwiobiegu, przy użyciu wewnętrznem karbolanu rtęci, należy uważać i wydzielanie się rtęci na zewnątrz z moczem, co stwierdziliśmy rozbiorem chemicznym moczu; już po użyciu 0.06 *hgry carbolici oxydati* wykazano rtęć w moczu.

Co się tyczy wyników leczniczych przy wewnętrznem stosowaniu karbolanu rtęci w przymiocie, takowe jak już wyżej wzmiankowaliśmy, były bardzo pomysłne. Szczególnie zaś szybko ustępowały łagodniejsze postacie objawów drugorzędnych, mianowicie wysypka płamista. Inne postacie zajęcia skóry i błon śluzowych, grudkowe wysypki, *impetigo capillitii*, łuszczące się grudki na dłoniach i podszwach, *plaques muqueuses* i t. p. objawy też ustępowały. W powrotnych postaciach przymiotu działanie karbolanu rtęci zawsze było szybkie. Dla usunięcia objawów drugorzędnych i różyczki przymiotowej, wystarczało 2—4 tygodniowe stosowanie tego środka do wewnątrz, cokolwiek dłużej leczeniu opierały się grudkowe i krostkowe postacie wysypki, a także rozpadłe lepiej błon śluzowych, które znikaly dopiero po 4—6 tygodniowym leczeniu. Najdłużej pozostawały niebolesne obrznięcia gruczołów limfatycznych, co jednak nie powinno nas zadziwiać, wobec znanej ich oporności przy stosowaniu innych swoistych środków.

Pomyślego działania karbolanu rtęci na przerosłe lepiej płaskie (*condylomata*) na częściach rodnych i dookoła odbytu nie mogłem stanowczo stwierdzić, gdyż miałem do czynienia z chorymi prywatnemi, musiałem tedy z wielu względów stosować jednocześnie i miejscowe leczenie.

Z 35 chorych, leczonych wewnątrznie karbolanem rtęci, 19 przedstawiało objawy powrotne przymiotu wtórnego, poprzednio leczyli się innemi środkami rtęciowemi [bądź wstrzykiwaniami sublimatu i innych przetworów rtęciowych bądź wcieraniami szaruchy], w 16 zaś przypadkach miałem do czynienia z chorymi, przedstawiającymi nieleczone jeszcze świeże objawy przymiotu wtórnego. W 12 przypadkach przymiotu, leczonego poprzednio wcieraniami lub wstrzykiwaniami, zastosowałem do wewnątrz karbolan rtęci, jako leczenie następcze, dopełniające. Należy tu nadmienić, iż w 2-ch przypadkach uporczywego przymiotu, znamionującego się rozprzestrzenioną wysypką grudkową tułowia i kończyn [u 45-letniego mężczyzny i 42-letniej kobiety], w mowie będący środek zawiódł oczekiwania i stosowanie jego wewnątrznie okazało się mało skutecznem, co zmusiło mnie do energiczniejszych zabiegów leczniczych [wcierań maści rtęciowej według SIMON'a]. Przy objawach późnych przymiotowych stosowałem do wewnątrz karbolan rtęci w kilku przypadkach, lecz zawsze jako leczenie następcze (*Nachcur*), po przeprowadzeniu systematycznych wcierań lub wstrzykiwań, nie odważam się tedy sądzić o skuteczności środka w późnych okresach przymiotu.



Karbolan rtęci chorzy używali zawsze po jedzeniu, w celu zapobieżenia podrażnieniom przewodu pokarmowego. Przepis pigulek był następujący:

Rp. *Hydrargyri carbolici oxydati* 1,2.  
*Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut. f.*  
*masa pil. ex qua form. pil. N. 60.*  
*Obduce balsamo tolutano.*

S. codziennie po 2—4 pigulki.

Dzieciom w wieku od 1—3 lat stosowałem codziennie po dwie dawki wynoszące każda po 0,004—0,005 *hg. carbol. oxyd.*. Dzieci doskonale znosiły wymienione dawki i ani razu nie zauważono u nich żadnych objawów zaburzenia lub podrażnienia w przewodzie pokarmowym. [D. n.]

---

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. 13].

LANDWEHR [32] wydobywał glikogen (*thierisches Gumm*) za pomocą roztworu sody lub stężonego roztworu KHO, na zimno.

BISTO [33] u zwierząt bezkręgowych oznaczał glikogen z ilości wytworzonego zeń kwasu mlecznego, u zwierząt tych bowiem glikogen bardzo szybko podlega fermentacji mlecznej.

PASZUTIN [5] części miękkie poddawał kilkakrotnemu działaniu wody wrzącej. „Ponieważ jednak obróbka tkanek wymaga dużo czasu i wygotowywanie powinno trwać kilka godzin, nim się przystąpi do wydzielania glikogenu, więc w ciągu jednego dnia doświadczenia skończyć nie można i jest się zmuszonym nocą przerwać na kilka godzin ogrzewanie. Aby uniknąć rozkładu podczas tej przerwy, musiałem dodawać alkaliów [węgieln potasu lub sodu], w nadmiarze, naówczas fermentacja nie ma miejsca“. . . „Początkowo dolewałem alkaliu tylko na noc, następnie jednak i wcześniej to czyniłem podczas gotowania, ponieważ tkanki daleko łatwiej i prędszej wygotowują się w alkaliach niż w wodzie destylowanej; szczególnie dotyczy to chrząstek“ [str. 222—223].

R. KUELZ [39] radzi „kawałki wątroby rozcierać w mózdzierzu, poczem całą tę masę przenieść do wody i tutaj dodawać potażu gryzącego. Na 100 grm. wątroby wystarcza 3—4 grm. KHO. Następnie należy ogrzewać na kąpieli wodnej, dopóki objętość nie zmniejszy się do 200 ctm. [przy 100 grm. masy do badania użytej], w takim razie w roztworze będzie około 2% KHO. Jeśli rozpuściło się nie wszystko, lub na powierzchni tworzy się kożuch, to całą



zawartość przelewamy do szklanki, pokrywamy szkiełkiem zegarkowym i znowu ogrzewamy aż do zupełnego rozpuszczenia. Dla osiągnięcia celu tego potrzebnym jest 2 lub 3 godzinne ogrzewanie\* [str. 191—192].

Żałuję bardzo, że o pracy PAVY'ego dowiedziałem się dopiero wtedy, gdy większa część moich poszukiwań była już na ukończeniu, zaś praca KUELZ'a przysłaną została do Kazania 24 Kwietnia 1886 roku, t. j., w czasie, gdy nie tylko w kwestyi wyboru metody wyciągania glikogenu nie miałem żadnych wątpliwości, lecz i poszukiwania nad zmianami pośmiertnymi glikogenu ukończyłem. Zresztą praca KUELZ'a nie pozostała bez wpływu na poszukiwania moje, dzięki bowiem pracy tej nie przeprowadzałem badań nad działaniem odczynnika BRUECKE'go na glikogen.

Przytoczony rys historyczny przekonywa nas, że większa część badaczy, zajmujących się oznaczaniem glikogenu w wątrobie i w mięśniach, wydobywała ciało to za pomocą wody wrzącej. Powodem takiego postępowania było albo to przekonanie, że glikogen, dzięki łatwej rozpuszczalności w wodzie i z narządów z łatwością za pomocą wody wydobyty być może, albo, że wyciąganie wodą przewyższa inne sposoby z powodu jednoczesnego wyciągania cukru, co stanowi okoliczność bardzo ważną, gdy należy oba wodany węgla oznaczyć, albo wreszcie powzięta w ostatnich czasach obawa niszczącego działania alkaliu na glikogen, a które to działanie wykazali VINTSCHGAU i DIETL. Według tych badaczy, błąd, popełniany przy oznaczaniu glikogenu poddanego działaniu alkaliu, w każdym razie nie jest tak nieznacznym, gdyż np. glikogen ogrzewany 3 razy na parowej kąpieli w 0,95% roztworze KHO, tracił na wadze 11,57%. Dodać należy, że tę koncentrację roztworu alkalicznego należy uważać za najniższą, przy jakiej rozpuszczenie przyrządów i zniszczenie budowy białkowej przez alkaliu jest jeszcze możliwym.

Ponieważ przypuszczenie o łatwym wydobywaniu glikogenu z ustrojów za pomocą wody wrzącej nie było dowiedzionem, a zaś niszczące działanie alkaliu na glikogen mogło być uważane jako pewne jedynie dla czystych roztworów glikogenu, więc rozpocząłem doświadczenia nad wydobywaniem glikogenu z wątroby obu sposobami, w celu porównania otrzymywanych przy każdym z tych sposobów ilości glikogenu.

Poznanie obu sposobów ważnem jest i z tego powodu, że porównywanie wyników poszukiwań, otrzymywanych przez rozmaitych autorów, dotąd nie było możliwym, a wskutek tego wiele bardzo kwestyj, pomimo usiłowań wielu wydatniejszych badaczy, oczekuje jeszcze na rozstrzygnięcie. Tak np. z przeglądu literatury nie można na pewno wywnioskować, jaki rodzaj pokarmu odpowiada największemu nagromadzeniu glikogenu w wątrobie: wodany węgla, czy też ciało białkowe? ponieważ PAVY oznaczał glikogen, rozpuszczając narząd badany w potażu gryzącym. CL. BERNARD wydobywał glikogen wodą, a dla oddzielenia ciała tego od białka gotował odwar z alkaliu przez  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny, CZEREPOW i LUCHSINGER wyciągali glikogen za pomocą wody jedynie i t. d..

Do doświadczeń brałem wątrobę psów różnego wieku i rasy, bez względu na poprzedni stan odżywiania. Wątrobę krajałem na drobne kawałki i po rozdzieleniu na 2 równoważne części poddawałem działaniu 6 procentowego KHO, drugą



traktowałem wodą według metody SEEGEN'a i KRATSCHMER'a. Ponieważ wyciąganie wodą tym ostatnim sposobem wymagało 8—10 godzin czasu bez przerwy, a przez czas ten w filtracji przy ciepłocie pokojowej mógłby rozpocząć się rozkład glikogenu, więc, aby uniknąć tej ewentualności, stawiano naczynie z odwarem wątroby w śnieg lub lód. Dalsze postępowanie i oznaczanie glikogenu szło według sposobu BRUECKE'go.

Zaraz przy pierwszych poszukiwaniach otrzymałem ten niespodziewany wynik, że za pomocą alkaliu gryzących otrzymuje się więcej glikogenu, niż przy wyciąganiu wodą.

Tablica I.

Nr. doświadczenia.	Ilość wątroby.	Ilość wyciągniętego wodą glikogenu w %	Ilość glikogenu, otrzymanego przy traktowaniu 6% KHO w %.	% glikogenu niewyciągniętego wodą.
I	111,0 grm.	1,85	2,3	19,6
II	100,0 grm.	0,9302	1,519	38,8

Następnie oznaczałem ilość glikogenu w pozostałych po wyciąganiu wodą wrzącą resztkach wątroby, w celu przekonania się, czy otrzymany ztąd glikogen nie pozostaje w jakimkolwiek stosunku do wyciągniętego wodą?

W tym celu resztki wątroby rozpuszczałem w 6% KHO i tutaj oznaczałem glikogen.

Tablica II.

Nr. doświadczenia.	Waga wątroby w gramach.	% glikogenu otrzymanego przez wyciąganie wodą.	Nadto otrzymano % glikogenu po rozpuszczeniu resztek w 6% KHO.	% niewyciągniętego glikogenu wodą.
III	115,0	0,355	0,7312	67,3
IV	55,0	0,2	ślady	—
V	34,0	0,788	1,71	68,5
VI	32,0	0,631	0,514	44,8
VII	30,0	1,4	1,83	56,6
VIII	—	0,992	1,58	61,0

W ten sposób jasnym się okazało, że wyciąganie glikogenu przez kilkakrotne wygotowywanie wątroby w wodzie nie prowadzi do celu. A więc i wnioski, oparte na badaniach według tej metody prowadzonych, nie są prze-



konywające, gdyż i omyłki, spowodowane tą metodą poszukiwań, są zmienne. Z tychże doświadczeń wnioskować możemy, że w celu wyciągnięcia glikogenu należy dać pierwszeństwo metodzie, zasadzającej się na poddawaniu wątroby działaniu potażu gryzącego.

Może więc glikogen daje się oznaczyć ubocznie, drogą poprzedniej przemiany ciała tego na cukier, jak to czynił O. NASSE albo von WITTICH?. Lecz sposób swój sam projektodawca, O. NASSE, uznaje, jako niedostateczny. Mając to na uwadze, a zarazem opierając się na współczesnych badaniach nad sprawami fermentacyjnymi, sposobu O. NASSE'ego nie próbowałem. Zato sposób von WITTICH'a pozornie opiera się na zasadzie prawdziwej, zbliżony jest bowiem najwięcej do używanego przez chemików sposobu oznaczania krochmalu. W celu określenia wartości takiego oznaczania, wykonałem kilka doświadczeń; 25,0 grm. wątroby suszyłem na kąpieli wodnej przy 100—110°, poczem masę wysuszoną ostrożnie zeszkrobywałem szpadelkiem i następnie przenosiłem do moździerza dla sproszkowania. Ponieważ przy tłuczeniu proszek się rozpylał, więc chcąc ubytkowi zapobiec, dodawałem pewną ilość wody. Cel był osiągnięty, lecz już tłuc nie można było, tylko rozgniatać i rozcierać, co zabierało 2 godziny czasu. Sproszkowaną dość grubo masę zmywałem do rurki ze szkła w ogniu hartowanego i przybliżenie na każde 10 ctm. płynu dodawałem 5 kropel stężonego kwasu siarczanego. Równoległe w drugim doświadczeniu na 10 ctm. płynu brałem 1 ctm. sześcienny 10% kwasu solnego. Rurki zaklejano i wstawiano do naczyń z wodą wrzącą na 12 godzin, w celu wywołania przemiany glikogenu. Po upływie czasu tego zawartość rurki wylewano i samą rurkę wymywno jeszcze wodą gorącą. Proszek, na pozór wcale nie zmieniony, odfiltrowywano i przemywano wodą. Filtrat w ten sposób otrzymany z wątroby, traktowanej kwasem solnym, po dodaniu spirytusu dawał osad, gdy tymczasem filtrat, otrzymany z wątroby, traktowanej kwasem siarczanym, osadu nie dawał. Ten pierwszy osad odfiltrowywano, a filtrat wyparowywano i rozcieńczano wodą. Po zmierzeniu objętości i zobjętnieniu obu filtratów, w każdym z nich oznaczałem cukier sposobem ALLIHN'a, ważąc miedź metaliczną. Jednocześnie w dwóch częściach wątroby, po 25 grm. ważących, oznaczano w jednej cukier, w drugiej glikogen.

Doświadczenie IX. W 25 grm. wątroby oznaczono glikogenu sposobem BRUECKE'go 0,595 czyli 2,38%.

Z 25,0 grm. wątroby za pomocą wody wrzącej wydobyto cukru 1,13%.

Z wyżej oznaczonej ilości glikogenu może się wytworzyć cukru 2,64%, a więc po tej przemianie powinno by się otrzymać  $2,64 + 1,13 = 3,77\%$  cukru w wątrobie, tymczasem ja otrzymałem:

przy traktowaniu HCl	—	1,85%
" " H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub>	—	1,49%

Z powodu małej liczby, doświadczenia te nie są w stanie przekonać nas bezwzględnie, że metoda ta nie ma wartości, a szczególnie nie dają nam odpowiedzi na pytanie, dlaczego stosunkowo duża część glikogenu nie uległa przemianie na cukier. Być może, wyjaśnienia faktu tego należałoby szukać w tej okoliczności, że masa wątroby po wysuszeniu mogła tylko na grubsze kawałki być



sproszkowaną i następnie, że kwas solny i siarczany, powodując zkrępnienie białka, przeszkadzały przechodzeniu do roztworu glikogenu, którego większa część, jako zawarta w skrzepniętej masie białkowej, uchronioną była od działania kwasu.

Przekonawszy się, że sposób wydobywania glikogenu, oparty na rozpuszczaniu narządów w alkalijach, lepszym jest od sposobu von WITTICH'a, starałem się dalej przekonać, ażali błąd, przy oznaczaniu glikogenu z powodu ni-szczącego działania alkaliu popelniany, nie jest zbyt wysokim.

Poszukiwania VINTSCHGAU'a i DIETL'a [35, 36] nad działaniem alkaliu na glikogen wykazały, że przy traktowaniu wodnych roztworów glikogenu potażem gryzącym przy ciepłocie blizkiej wrzenia, glikogen niektóre swe własności fizyczne zmienia: staje się przezroczystszym, przyjmuje zabarwienie żółto-bure, trudno ulega strącaniu, wskutek czego alkohol po nad osadem nigdy nie bywa przezroczystym, przedstawia kolor niezupełnie biały, staje się bardzo lepkiem zbiera się z łatwością w kłębki i jak to zauważył CL. BERNARD, silnie przylega do szkła. Przytem odcedzanie glikogenu ze spirytusu idzie bardzo powolnie, a w końcu już po przemyciu i oblanu mocnym alkoholem tak twardnieje, że prawie staje się podobnym do piasku, a co najważniejsza traci poczęści własność osadzania się od alkoholu. Wskutek tego, przy nagrzewaniu glikogenu w 0,95% roztworze potażu gryżącego na wodnej kąpieli w ciągu 2 godzin, strata na wadze wynosić może blizko 11,71%. Z doświadczeń swoich autorowie dochodzą do wniosku, że „przy działaniu KHO, nawet w słabem stężeniu, od 0,04% do 0,06% wynoszącem, dopóki ciepłota nie dochodzi do punktu wrzenia wody, glikogen przybiera na wadze, powiększanie to tem mniejszem się staje, im więcej ciepłota zbliża się do 100° C.. Jeśli roztwór doprowadzimy do wrzenia, następuje ubytek na wadze“ [str. 267].

Przy działaniu więcej stężonych roztworów KHO [do 1,65% KHO] i przy ciepłocie blizkiej punktu wrzenia wody, otrzymywano znaczny ubytek wagi glikogenu.

W celu uzasadnienia ostatniego wniosku, autorowie wykonali 6 doświadczeń, które w załączonej tablicy zestawiam, zaznaczając, że ubytek wagi glikogenu wyrażony jest w procentach.

	% potażu gryżącego . . . . .	1,65	0,55	0,28	0,18	0,09
% ubytku glikogenu	2 godziny na kąpieli wodnej przy ciepłocie wrzenia	10,65	9,57	—	—	—
	3 godziny na kąpieli wodnej przy ciepłocie wrzenia	—	11,71	—	—	—
	Na wolnym ogniu do poczynającego się wrzenia	—	—	2,33	2,93	1,84

Aby pojąć rzeczywiste znaczenie przytoczonych cyfr, zaznaczyć należy, że w jednym doświadczeniu VINTSCHGAU'a i DIETL'a, przy gotowaniu na kąpieli



wodnej czystego roztworu wodnego glikogenu, ubytek ciała tego na wadze wynosił 2,13%. A więc biorąc fakt ten na uwagę, nie mamy podstawy do przypisywania ubytku wagi glikogenu, przy użyciu KHO w 0,09%—0,27% stężeniu, działaniu właśnie tego alkali. Rozumowanie to szczególnie da się zastosować przy ocenianiu działania KHO w jeszcze mniejszym stężeniu, przy którym otrzymywano czasem nawet przybytek glikogenu, a czasem ubytek, *maximum*  $+ = 2,59\%$ , *maximum*  $- = 1,88\%$ . Na poparcie tych wniosków można przytoczyć jeszcze następujące fakty. Opisane na str. 266 doświadczenie VIII d dokonane zostało w takich samych warunkach, co i doświadczenie VI a, przytoczone na str. 264, tymczasem w tem ostatniem otrzymano glikogenu na wadze  $+ 0,96\%$ , a w pierwszym strata na wadze wynosiła 1,88%. Na str. 235 przytoczone są 2 doświadczenia, dokonane o ile się zdaje w jednakowych warunkach, przynajmniej stężenie KHO było jednakowe  $= 0,045\%$ ; w jednym otuzymano glikogenu  $+ 0,45\%$ , w drugim  $- 2,52\%$ .

Z zestawienia tego widzimy, że uprawnionym jest jedynie ten wniosek VINTSCHGAU'a i DIETL'a, że przy działaniu KHO w stężeniu od 0,95% do 1,65%, glikogen utracą częściowo własność osadzania się od spirytusu, a to w skutek działania alkali, co 3 doświadczenia rzeczywiście stwierdzają. Doświadczenia, w których otrzymywano nieznaczny przybytek wagi glikogenu, albo wskazują nam nie na przemianę glikogenu z powodu wprowadzenia do doświadczenia nowego czynnika, alkali, lecz raczej na to, że spirytus w tem stężeniu, jakiego używamy do osadzania glikogenu, nie strąca wszystkiego glikogenu. Zapatrywanie to doświadczeniami stwierdził KUELZ [39]. Autor ten odważał pewną ilość glikogenu, rozpuszczał w wodzie i następnie osadzał spirytusem. Po przeważeniu okazało się, że glikogen tracił na wadze od 1,86 do 2,46% [str. 171].

Niedostateczna ilość doświadczeń VINTSCHGAU'a i DIETL'a i brak zupełny poszukiwań nad działaniem na glikogen KHO w tem stężeniu, jakie ja sam do doświadczeń używałem, skłoniły mię do przedsięwzięcia dalszych w tym kierunku badań. Wtym celu brałem glikogen, wydobyty z wątroby za pomocą wody, a od ciał białkowych i soli sposobem BRUECKE'go oddzielony. Spirytus wydalany był przez suszenie. Po rozpuszczeniu w wodzie i destylowaniu odmierzano pewną ilość otrzymanego roztworu glikogenowego i ten traktowano KHO określonego stężenia. Potem roztwór ściągnięto przy 0° ciepłoty, dodawano kwasu octowego mocnego, aby odczyn był słabo kwaśny i osadzano podwójną objętością 96,5% spirytusu. Osad po przemyciu 65% spirytusem, a następnie absolutnym alkoholem i wreszcie eterem, suszono i nakoniec ważono.

Pod wpływem alkali glikogen co do przezroczystości zmieniał się zgodnie z opisem VINTSCHGAU'a i DIETL'a. Zaznaczyć jedynie mogę, że opalizowanie słabło proporcjonalnie do stężenia KHO, lecz dawało się skonstatować i wówczas, gdy stężenie KHO wynosiło 36%. Osad od spirytusu otrzymywał barwę białą, często z odcieniem ciemnym, szczególnie, gdy stężenie KHO nie przerosło 2%.

(Patrz tablicę III-cią na stronie następnej).

Woda, która wyparowywała, na nowo dopelnianą była. VI i VII doświadczenia dokonane były w warunkach najbliższych tym, jakie zachowywałem przy



Tablica III.

Nr. doświad- czenia.	Sposób traktowania.	Waga gli- kogenu bez po- piolu.	Waga popiołu.	% ubytek glikogenu na wadze.	Średnio w %
I	40 ctm. osadzono bcz wszelkiego traktowania	1,3429	0,007		
II	40 ctm. takiego samego roztworu na kąpieli wodnej 45 minut . . . . .	1,3488	0,006	+0,4	} -0,3
III	Jak w doświadczeniu poprzedzającym . . . . .	1,3285	0,006	-1,0	
IV	40 ctm. roztworu ogrzewano na kąpieli wodnej przy ciepłocie wrzenia w 5% KHO 45 minut	1,3145	0,009	-2,1	} -3,3
V	Jak w doświadczeniu poprzedzającym . . . . .	1,282	0,005	-4,5	
VI	} Taką samą ilość glikogenu nagrzewano na wolnym ogniu do poczynającego wrze- nia w 5% KHO 45 minut . . . . .	1,265	0,01	-5,0	} -5,0
VII		1,262	0,007	-5,0	

rozpuszczaniu wątroby w KHO. Mianowicie roztwór wodny glikogenu był poddawany działaniu alkali w szerokim porcelanowym naczyniu, postawionem na siatce metalowej i nagrzewany za pomocą palnika gazowego o umiarkowanym płomieniu, przyczem woda ubywająca wskutek parowania dopełnianą była.

[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. 13].

Przechodzimy obecnie do objawów ze strony żołądka i kiszek.

Wymiotami jak wiadomo rozpoczyna się niejedna choroba dziecięcego wieku, a szczególnie cierpienia mózgowe i choroby zakaźne wysypkowe. W tyfusie brzuszny jednak rzadko spotykamy ten objaw, pomimo że zajęcie kanału pokarmowego jest tak znaczne w tej chorobie. Tylko 18 razy mieliśmy do czynienia z wymiotami; u 13 chorych wystąpiły one w pierwszych dniach choroby, wraz z bólem głowy i śpiączką i wtedy masy wymiotne zawierały resztki niestrawionego jedzenia i napojów. Trzy z tych przypadków przebiegały ciężko, nawet bardzo ciężko, gdyż w jednym nastąpiła recydywa [ale już bez powtór-



nych wymiotów], a w drugim chory zmarł. We wszystkich tych trzynastu przypadkach dzieci tylko jeden raz wymiotowały.

W trakcie samej choroby 5 razy zdarzyły się wymioty, raz 4-go dnia [trwały przez dwa dni], a dwa razy 5-go dnia. W jednym z tych przypadków przez trzy dni powracały. W dwóch nareszcie przypadkach niepodobna już uważać wymiotów za objaw tyfusu, albowiem zjawily się dopiero podczas zdrowienia i to po wyraźnym błędzie w pożywieniu chorych [po zjedzeniu pomarańczy i t.p.]; wymiotom towarzyszyło rozwolnienie, a te objawy podrażnienia kanału pokarmowego ustąpiły po 2—3 dniach.

W masach wymiotnych, zrzuconych w przebiegu choroby, znajdowano śluz, przyjęte lekarstwa, żółć, płyny wypite przez chorych, a raz glisty (*ascaris lumbricoides*).

Wymioty, jak widzimy, rzadko przytrafiają się w tyfusie brzuszny u dzieci, nie mają nic charakterystycznego, ani też pod względem rokowania nie dają nam najmniejszej wskazówki, gdyż i lekkie i ciężkie przebiegi obserwowaliśmy po tym objawie.

**B r a k ł a k n i e n i a** rozpoczyna przebieg tyfusu i naturalnie towarzyszy mu przez cały czas trwania. Dopiero w rekonwalescencji łaknienie powraca, tem prędzej, im krótszy i lżejszy był przebieg. Lecz i po bardzo ciężkim przebiegu zdarza się niejednokrotnie zadziwiająco szybki powrót łaknienia, a nawet bardzo silnego głodu, tak dokuczającego dzieciom, że te płaczą i domagają się wciąż jedzenia. Wtedy naturalnie dla miłosiernej usługi i litościwych rodziców najlepsza zdarza się okazyja działać wbrew pozwoleniom lekarzy i zawczasie podawać dzieciom szkodliwe dla nich pożywienie. Takie błędy zdarzają się prawie w każdym przypadku, nawet w szpitalu; jednak pomimo tego nietylko powroty, ale nawet powikłania poważniejsze rzadko się zdarzają.

Do bardzo niemiłych objawów, a jednocześnie stałych, należy **b o l e s n o ś ć** w okolicy **k i s z k i ś l e p e j**. Spotykano ją w każdym przypadku, zaraz w pierwszym tygodniu. Czasami ból jest nieznaczny i występuje dopiero przy głębszym nacisku, w innych zaś razach dzieci, szczególnie starsze, same nań wskazują, a czasami jest tak silny, że dzieci ciągle się skarżą nań i najmniejszy wtedy nacisk lub opukiwanie znacznie go powiększa. W początku choroby ból ten ściśle umiejscowiony jest w okolicy ślepej кишки, a dopiero w następnych dniach i to niezawsze przechodzi i na inne okolice, szczególnie na pępkową.

Najczęściej bólowi temu towarzyszy znaczne **w z d ę c i e b r z u c h a g a z a m i**. Po części jest ono powodem ogólnej bolesności brzucha, lecz nie ograniczonego bólu w okolicy ślepej кишки, gdyż ten nie przechodzi nawet po usunięciu wzdęcia kiszek.

Co do tego ostatniego, to zjawia się ono już w początkach choroby, najczęściej jako skutek **z a p a r c i a s t o l c a**. Nieraz też ustępuje po podaniu środków przeczyszczających, w wielu jednak przypadkach albo powtarza się podczas przebiegu, albo trwa przez cały czas, nawet w okresie zdrowienia. W takich razach jest ono objawem osłabienia kiszek (*atonia intestinorum*), nie ma atoli złego prognostycznego znaczenia.



Przy tyfusach u dorosłych zwykliśmy szukać i znajdować najczęściej t. z. przelewanie (*gargouillement*) w okolicy kiszki ślepej, lub koło pępka. U dzieci stosunkowo rzadko się zdarza ono, tylko 12 razy zanotowaliśmy je i to w pierwszym tygodniu choroby. Po przeczyszczeniu zwykle ustępowało.

Co do stolców w tyfusie, to trzeba zwrócić uwagę na dwa okresy, mianowicie przed i po interwencji lekarskiej. Z bardzo nielicznymi wyjątkami, dzieci przybywające do szpitala w pierwszych dniach choroby cierpiały na zaparcie stolca, pomimo że już w domu podawano im olej rącznikowy. Stolec twardy i skąpy miał miejsce co 2—3 dni. Skutkiem tego było wzdęcie brzucha rozwijającymi się gazami. W jaki sposób przebiegałby ten objaw w dalszym ciągu tyfusu bez interwencji lekarskiej, trudno nam orzec, albowiem zawsze podawano dzieciom środki wypróżniające, kalomel lub olej rącznikowy, a pod wpływem tych środków stolce stawały się rzadkie, obfitsze i częstsze, a co najważniejsza, stan ten utrzymywał się i w dalszym ciągu, zupełnie bez powtórnego użycia leków. W ten sposób zamiast zaparcia stolca z pierwszego tygodnia, widzimy w 2 i w 3 tygodniu lekkie rozwołnienie występujące 2—4 razy dziennie, masy stolcowe składały się makroskopowo z płynu brunatno-szarego zawierającego kłaczkę śluzu, kawałki nabłonka i nieprzetrawione resztki jedzenia i lekarstw. W okresie zdrowienia stolce stają się mniej częste, a nieraz zjawia się znowu zaparcie.

W jednym tylko przypadku, oprócz zwykłej zawartości, dostrześliśmy w stolcu glisty (*ascarides*), co dzień po jednej sztuce. Nie był to ten sam przypadek, w którym w wymiotach znaleźliśmy glistę.

Krew bardzo rzadko spotykamy w stolcach. Niemily to objaw, z czterech bowiem przypadków, w których stolce były krwawe, trzy zakończyły się śmiertelnie. Objaw ten widzieliśmy tylko u dziewcząt, trzy razy w szpitalnej, raz w prywatnej praktyce. Dzieci miały 6, 8, 10 i 14 lat. Pierwszy raz stolce krwawe pokazały się dopiero w trzecim tygodniu, 16 lub 17-go dnia, a w jednym przypadku dopiero 28-go dnia choroby. W trzech przypadkach objaw ten tylko o kilka dni poprzedzał śmiertelne zejście, a u chorego, który wyzdrowiał, krwawe stolce pokazały się 28-go dnia choroby, jednocześnie z krwawieniami z dziąseł, z gardzieli, z prawego ucha, z nozdrzy, z licznymi wybroczynami na ciele. Stolce krwawe powtarzały się przez kilka dni; krew była płynna, lecz czerniała, co dowodzi, że z wyższego oddziału kiszki wypływała. Chory ten przestał gorączkować dopiero 45-go dnia choroby, pozostawał jeszcze przez 8 dni w szpitalu, a wypisując się miał prawidłowe stolce, jakoteż ogólny jego stan znacznie się poprawił, pozostała tylko niedokrwistość.

O mimowolnem oddawaniu moczu i stolców przez dzieci, chore na tyfus, w całym mym materyjale raz jeden tylko spotkałem wzmiankę w przypadku, który przebiegał śmiertelnie. Być może, że przypadki te zdarzały się częściej, lecz że posługaczki nie wspominały o tem lekarzowi. Wogóle jednak objaw ten zachodzi bez wątpienia bardzo rzadko, na co zwrócili już dawniej uwagę RILLIET i BARTHEZ, a także HENOCH.

Zapalenia otrzewnej lub przedziurawienia kiszki nigdy nie spostrzegaliśmy.



Ze strony dróg oddechowych najczęściej oskrzela przyjmują udział, który wyraża się ich nieżytem. Prawie nie ma przypadku tyfusu brzuszego u dzieci bez tego objawu, zjawia się on zaraz w początku choroby, cechując się z początku lekkim suchym kaszlem, zaostrozonym oddechem z suchymi rżęczeniami; już koło 5—6-go dnia wydzielina śluzu w oskrzelach powiększa się i rżenia w płucach stają się wilgotne, a kaszel częstszy i wilgotniejszy. Nieżyt oskrzeli trwa zwykle przez cały czas trwania gorączki i bardzo prędko ustępuje w okresie zdrowienia. Zwykle nieżyt umiejscowiony jest w obu płucach.

Tylko u sześciu chorych, czterech chłopców i dwóch dziewczynek objawy nieżytku rozprzestrzeniły się z oskrzeli na pęcherzyki płucne, wywołując ograniczone lub rozlane zapalenie nieżytowe płuc (*bronchopneumonia*). Objawy takowego zjawiały się w późniejszych okresach tyfusu, w 3-im lub 4-ym tygodniu, zaczynały się zwykle od jednego płuca, a potem przechodziły i na drugie. Tylko w jednym przypadku zapalenie ograniczyło się do dolnej części jednego prawego płuca, w innych zajęte były albo wierzchołki obu płuc, albo dolna część jednego płuca i wierzchołek drugiego. Pomimo spadku ciepłoty, zapalenie nieżytowe płuc trwało dalej, bardzo powoli ustępując i skutkiem tego przewlekając rekonwalescencyję. Pomimo tego we wszystkich przypadkach chorzy wyzdrowieli, powikłanie to trwało od 10 dni do 3 tygodni. Częściej niż nieżytowe, spotykamy ograniczone włóknikowe zapalenie płuc. Dziesięcioro dzieci w wieku od 3 lat do 12-stu przechodziło je podczas tyfusu. W pięciu przypadkach zajęta była część lewego płuca, w trzech — prawe, a w dwóch ogniska zapalne były w obu płucach. Małe dzieci częściej przechodziły to powikłanie, gdyż siedmioro nie miało więcej nad 7 lat, a tylko troje miało po 9, 10 i 12 lat. Co do płci, to sześciu było chłopców, a cztery dziewczynki. Zapalenie płuca występowało nieraz w samym początku tyfusu, trzeciego dnia nawet, w innych zaś przypadkach dopiero w trzecim, a nawet w 4-ym tygodniu, już po spadku ciepłoty tyfusowej. Skutkiem przyłączającego się powikłania, ciepłota na nowo podnosiła się, nieraz bardzo wysoko, bo do 41° C., czego nie było w przebiegu samego tyfusu. Zwykle zapalenie trwało niedługo, od czterech do jedenastu dni i kończyło się pomyślnie. Dziewięciu chorych wyzdrowiało, a jeden, 10-cio-letni chłopiec, u którego zapalenie zjawiało się w obu płucach piątego dnia choroby, a w 9 dni potem przyłączył się obrzęk obu płuc, umarł.

Objawów, wskazujących za życia na zgorzel płuc, nie spotykaliśmy ani razu, a ponieważ sekcyi zwłok nie robiono, przeto nie wiemy, czy w niektórych śmiertelnie zakończonych przypadkach nie było ukrytych ograniczonych zgorzelińowych ognisk w miąższu płuca. Rzadko spotykamy zajęcie krtani w tyfusie u dzieci i dlatego na końcu objawów oddechowych o tem wspominamy. Zupełny brak głosu (*aphonia*), albo silną chrypkę spostrzegaliśmy tylko cztery razy. Wszystkie przypadki były bardzo ciężkie, powikłane, a jeden z nich śmiercią się zakończył. Chrypka przyłącza się zwykle pod koniec choroby, gdy chory bardzo jest wycieńczony i trwa kilka dni, poczem zupełnie przechodzi. W jednym przypadku chrypka pojawiła się już 12-go dnia choroby, trwała z pięć



dni i przeszła. W drugim, śmiertelnym przypadku, zjawiała się 14-go dnia i trwała do śmierci, t. j. do 21 dnia choroby.

Co do zmian anatomicznych w krtani, to nie mamy żadnych o tem wiadomości, ze względu jednak na krótkie trwanie i łatwe ustępowanie tego powikłania bez pozostawienia śladów, przypuścić możemy jedynie lekkie zmiany, jakoto: osłabienie strun głosowych, przekrwienie z obrzękiem i wysiękiem śluzowym.

Inni autorzy [HENOCHE], acz rzadko, widzieli jednak owrzodzenia na strunach głosowych i nagłośni, a wszystkie tego rodzaju przypadki były śmiertelne. Być może, że także zmiany zachodziły w naszym przypadku, śmiertelnie zakończonym.

Do rzadkich objawów zaliczyć wypada *łuszczenie się naskórka*. Zdawać by się mogło, że różyczka w początku, jakoteż obfite poty w końcu tyfusu powinny wywoływać następne łuszczenie się; jednakże jest ono rzadkiem zjawiskiem, które tylko 4 razy widzieliśmy. Naszem zdaniem wcale nie zależy ono od potów, gdyż w jednym przypadku wystąpiło ono 20-go dnia choroby na całym ciele, jeszcze w gorączkowym okresie tyfusu, a dopiero w 3 dni potem zjawily się poty. Dodać jednak winienem, że w tym jak i w następnym przypadku w okresie zdrowienia tworzyły się na ciele chorych liczne czyraki (*furunculi*), co razem wzięte z łuszczeniem się naskórka, wskazuje na upadek odżywiania w powłokach zewnętrznych podczas tyfusu.

W drugim przypadku łuszczenie się było ograniczone tylko do pośladków i też zjawilo się w okresie gorączkowym, 15-go dnia choroby, a potów w tym przypadku wcale nie było.

W trzecim przypadku widzieliśmy łuszczenie podczas rekonwalescencji, lecz i tym razem chory nie pocił się; w czwartym przypadku naskórek nie tyle się łuszczył ile całemi płatami schodził, jak z macerowanego płodu; objaw ten wystąpił 17-go dnia ciężkiego tyfusu, a w 9 dni potem chory umarł.

Zanim do opisu powikłań tyfusu przejdziemy, słówko jeszcze o *krwawieniach*, spotykanych podczas tej choroby. O krwawych stolcach już mówiliśmy powyżej; oprócz nich zdarzają się też krwawienia z nosa (*epistaxis*). Spotykaliśmy je tylko siedm razy. Tylko w jednym przypadku miało ono krytyczne znaczenie.

Z tych szczegółów wnioskować możemy, że krwawienie z nosa nie ma znaczenia prognostycznego w tyfusie, gdyż spotykamy je zarówno w pierwszych dniach przebiegu, jakoteż w ostatnich dniach gorączki, a nawet podczas rekonwalescencji. Również zdarzyło się ono raz jeden na 5 dni przed wystąpieniem tyfusu u 7-letniego chorego, który leczył się w szpitalu na mięszkowe zapalenie nerek i tutaj zaraził się tyfusem. W tym przypadku trudno orzec, czy *epistaxis* był objawem zmian wywołanych przez zapalenie nerek, czy też zwiastunem tyfusu.

Wraz z krwawieniem z nosa mieliśmy sposobność spostrzegać jeden przypadek obfitych krwawień z rozmaitych błon śluzowych, o którym wspominaliśmy już wyżej, a tutaj dla rzadkości podamy krótki jego opis:

3. Cyrla Hamerszmit, 8-letnia, zachorowała na tyfus 20 Lutego, a przybyła do szpitala 7-go dnia choroby. Dziecko słabej budowy ciała, niedokrwiste.



Ciepłota 40,0° C. Śledziona na VIII żebrze. Senność, ogólne osłabienie, bóle w kończynach dolnych, w brzuchu. W przebiegu zjawilo się bredzenie nocne, rozwolnienie. Przyłączyło się owrzodzenie warg, wypływ ropny z prawego ucha, skutkiem czego objawy osłabienia wzmogły się. 27-go dnia choroby po raz pierwszy pokazała się krew, wypływająca z dziąseł, co trwało przez cały dzień. Następnego dnia krwawienie obfite z dziąseł, z gardzieli, z policzków, z prawego ucha, a także z nozdrzy. Jednocześnie wybroczyny na twarzy i na kończynach, a także krwa we stolce. Po czterech dniach krwawienia ustały, tylko stolce były jeszcze krwawe, a także krwioplucie (*haemoptoe*). Niedokrwistość chorej stawała się coraz większą. Ciepłota wciąż była gorączkową, wynosiła rano 38,5° C., wieczorami dochodziła do 39,5° C., a nawet wyżej. Krwawienia ustały po 6 dniom trwania, a chora gorączkowała jeszcze przez całe dwa tygodnie, podczas których glos jej był chrypawatym, *soor* pokrywał podniebienie miękkie, słowem była nadzwyczaj osłabioną. Pomimo tego wyzdrowiała i 14 Kwietnia 1881 roku opuściła szpital.

Po krótszem lub dłuższem trwaniu gorączki tyfusowej, następuje spadek takowej, a jednocześnie występują poty, witane z radością przez otoczenie chorego, jako wyraz przełomu choroby. Rzeczywiście najczęściej mają one to znaczenie, gdyż po nich ciepłota ciała pozostaje prawidłową i wszystkie objawy ciężkiej choroby ustępują powoli. U 70 przeszło chorych spostrzegaliśmy je i w większości tych przypadków miały one krytyczne znaczenie. Zwykle występują w nocy, następnego poranku ciepłota opada do lub poniżej prawidłowej, a poty powtarzają się jeszcze w ciągu dnia. Niejednokrotnie widzieliśmy, że pomimo potów wieczorna ciepłota jeszcze była wysoka, podczas gdy ranna opadła niżej stanu prawidłowego, lecz następnego dnia wieczorna ciepłota była nie gorączkową. Poty zdarzają się zarówno w poronnych przypadkach [najsilniejsze], jakoteż w długo trwających; zarówno w przypadkach kończących się krytycznie, jak i w tych, gdzie ciepłota powoli opada.

Nieraz po potach następuje dopiero okres przepuszczający [intermitujący], t. j. ciepłoty ranne są prawidłowe, wieczorne gorączkowe. Trwa to przez 3—7 dni, poczem znowu zjawiają się poty i zaczyna się zdrowienie. W innych zaś przypadkach po okresie przepuszczającym już nie bywa wtórnych potów. Oprócz tego spostrzegaliśmy kilkanaście przypadków, w których poty zjawiały się podczas przebiegu tyfusu, w drugim tygodniu, powtarzały się codziennie przez 3—4 dni, ciepłoty [głównie ranne] były cokolwiek niższe, niż poprzednio, lecz następnie choroba trwała dalej przez kilkanaście dni i kończyła się bez potów, lub też nowemi potami.

[D. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 12. Leyden. Zaburzenia ze strony serca w przebiegu wiału rdzenia.

Podczas gdy zaburzenia innych narządów, występujące w przebiegu wiału rdzenia w postaci tak zwanych *crises*, od dawna są znane, o udziale serca w tem cierpieniu prawie wcale nie wspomiano. Pomijając niedowiedzione twierdzenie ROSENBACHA i BERGERA o wpływie wiału na powstawaniu wad zastawek,



szczególniej niedomykalności zastawek aorty, oraz spostrzeżenia CHARCOT'a nad częstością tętna u tabetyków, znajdujemy kilka zaledwie opisów, dotyczących się „napadów sercowych“, analogicznych do napadów, mających miejsce w innych narządach; wartość jednak tych nielicznych spostrzeżeń zmniejsza ta okoliczność, że objawy ze strony serca występowały jednocześnie z przypadkami żółdkowemi, za następstwo których mogły być poczytywane. Wypełnia obecnie brak ten LEYDEN, opisując cztery przypadki niepowikłanych napadów sercowych, które spostrzegał w różnych okresach wiađu rdzeniowego u chorych, wolnych od wszelkiego cierpienia serca lub tętnic.

Napad zaczyna się zwykle nagle, bez żadnego powodu, nawet niekiedy podczas snu chorego, ściskaniem i mniej lub więcej silnym bólem w okolicy serca, rozpromieniającym się na lewą rękę, oraz uczuciem śmiertelnej trwogi. Czynność serca najczęściej bywa bardzo słabą, tętno miękkim, częstem, nieregularnem; w związku z osłabieniem serca pozostają zawroty głowy, omdlenie, błądźliwość twarzy i oziębienie kończyn. W jednym tylko przypadku chory skarżył się na bicie serca; częściej się zdarza brak tchu. Nie wszystkie te objawy odnajdujemy u każdego chorego, a nawet nie przy każdym napadzie u tego samego chorego; przy słabem natężeniu brak z nich niektórych; z drugiej jednak strony napad może tak być silnym, że następuje zejście śmiertelne [przypadek IV, badania zwłok niedokonano; końcowy okres choroby zdaje się być znanym LEYDEN'owi tylko z opisów otaczających chorego]. Napad trwa zwykle od kwadransa do półtorej godziny, lecz nie jest ciągłym, składa się bowiem jakby z oddzielnych wstrząśnień, trwających po kilkanaście sekund i oddzielonych krótkimi przerwami; napady powtarzają się po kilkakroć tego samego i następnych dni. W przerwach chorego nie doznaje żadnych dolegliwości ze strony serca. Co się tyczy natury napadów, to, wobec zupełnego podobieństwa do dusznicy bolesnej i braku zmian w samym sercu, stwierdzonych w przypadku VULPIAN'a, łatwo dojść do wniosku, że mamy do czynienia z nerwobólem w obrębie rozgałęzień sercowych nerwu błędnego: *angina pectoris nervosa* lub *neuralgia cordis*; nie wyjaśnia to jednak groźnego osłabienia serca. Silne napady *crises gastriques* objaśnił OPPENHEIM znalezionem przez siebie zwyrodnieniem nerwu błędnego. Podzielając to zdanie, LEYDEN przypuszcza, że zwyrodnienie dotyczyć może nie tylko gałęzi żółdkowych tego nerwu i być przyczyną *crises gastriques*, lecz i gałązek sercowych i w ten sposób powodować napady sercowe.

(Centrblt. f. klin. Med, 1887. Nr. 1).

Rappel.

---

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

---

Na posiedzeniu d. 15 Marca 1887 r. kol. STANKIEWICZ okazał przyrząd pomysłu dr. RAUMA, służący do przenoszenia dezynfekowanych ligatur. Jestto małe okrągłe pudełeczko z mosiądzu, pozłacane; przykrywa i dno dają się odszrubować, po środku zaś znajduje się pozioma przegroda, pod którą w dolnej części pudełka, na szpulkach, mieszczą się ligatury zdezynfekowane w jodoformie; szpulek takich jest pięć i na każdą z nich są nakręcone ligatury różnej grubości. Końce ligatur przewleka się przez otworki w przegrodzie i wskutek tego znajdują się w górnej części pudełka, odszrubowując przykrywę łatwo jest wyciągnąć, ile trzeba, ligatury żądanej grubości. Przyrząd ten powinien by okazać się praktycznym na wojnie, w praktyce wiejskiej i t. p., t. j. w ogóle tam, gdzie trudno jest mieć w większych naczyniach dezynfekowane ligatury.



Kol. GAJKIEWICZ przedstawił chorego, dotkniętego neurasteniją. Chory ten cierpi na spazm powiek, połączony z dość głośnym trzaskiem, który można słyszeć niekiedy na łokieć od oka chorego, a nawet i dalej.

Następnie kol. HERYNG wygłosił rzecz: „O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych“.

Naprzód kol. HERYNG postarał się uzasadnić, że przypadki wyleczonych owrzdzeń gruźliczych w krtani [8 spostrzeżeń], które komunikował dawniej [d. 2. III. 1886 r.] na posiedzeniu Towarzystwa, były przypadkami istotnych owrzdzeń gruźliczych, że więc miało się tu do czynienia z wyleczeniem gruźlicy, przeciw czemu do ostatniego prawie czasu panował jednogodny protest. Zwłaszcza ze strony niektórych anatomo-patologów, jak HEINZE i EPPINGER, głoszono, że gruźlica krtani jest nieuleczalną. Uzasadnienie takie kol. HERYNG uważał za konieczne, ze względu na to, iż w czasie, gdy robił swe spostrzeżenia, laseczniki gruźlicze, jedyny niemylny dowód swoistości cierpienia, nie były jeszcze znane. Ze owrzdzenia, które przyjmował za gruźlicze, nie były ani kataralnemi, ani przymiotowymi, przemawiały za tem zarówno ich etylogija, jak i wygląd i miejsce, gdzie je spostrzegano. Chorzy, o których mowa, cierpieli niewątpliwie i na gruźlicę płuc, dowody na to istniały w zjawiskach fizykalnych znalezionych przy badaniu, wreszcie wykryto w płwocinie laseczniki gruźlicze, w późniejszych okresach, gdy gruźlica krtani już była wyleczoną. Kol. HERYNG owrzdzeń kataralnych, które najłatwiej mogłyby być wzięte za gruźlicze, które badał, nie znalazł w preparatach, gdyż wszelkie erozje i wrzody występujące w krtani przy gruźlicy, jakie miał sposobność widzieć, były gruźliczego pochodzenia. Wreszcie w ostatnich czasach kol. HERYNG miał sposobność przekonać się na stole sekcyjnym, że owrzdzenia krtani mogą się zupełnie wygoić samowolnie. U chorej 70-letniej przy zmianach w płucach odpowiadających pojęciu *phthisis fibrosae*, znalazł bliźnę *in parte arythaenoideae laryngis* po gruźliczem owrzdzeniu. Badanie drobnowidzowe wykazało w tem miejscu gruzełki w stanie regresywnym [zwyrodnienie włóknikowe, zanik gruczołów śluzowych i nacieczenie drobnokomórkowe około naczyń]. Prof. Brodowski potwierdził w tym względzie pogląd kol. HERYNGA. Mając więc dowody na przytoczonych przypadkach wyleczalności gruźlicy, kol. HERYNG stosował z powodzeniem metody, o których w tej chwili będzie mowa, w dalszym ciągu na większej ilości chorych, poddając swe spostrzeżenie kontroli innych kolegów.

Razem z wyżej wyszczególnionemi w ciągu roku 1886 choremi, obserwował więc 35 chorych wyleczonych z owrzdzeń gruźliczych. Chorych tych kol. HERYNG dzieli na 4-kategorie; do pierwszej zalicza chorych, u których nastąpiło zabliznienie przy ciężkiej postaci suchot krtani, t.j., połączonych z wystąpieniem rozległych owrzdzeń i zniszczeń i zajęciem płuc [13 chorych], do drugiej należą tacy, u których nastąpiło zabliznienie owrzdzeń gruźliczych krtani, z późniejszym powrotem [9 chorych]. trzecia grupa mieści 6 spostrzeżeń owrzdzeń gruźliczych w innych narządach [4 gruźlica gardzieli, 1 gruźlica nosa, 1 gruźlica języka], w końcu czwartą grupę tworzą przypadki osobno zestawione z ogólnej liczby chorych, u których stosowano leczenie chirurgiczne.

Poglądy szkoły wiedeńskiej były przyczyną nihilizmu panującego w kwestyi leczenia suchot krtaniowych, jaki panował do ostatniego czasu. Dewizą jej było nie tykać wcale gruźliczych owrzdzeń krtani. Stosowano więc środki ściągające i narkotyzujące, w proszkach lub inhalacjach. Zwrotem do racjonalnego leczenia było zastosowanie na owrzdzenia krtani jodoformu i kreozotu, jako środków antyseptycznych. Jeden i drugi z tych środków, mimo względnie dobrego działania, po części zarzucono, dla wielu niedogodności w ich użyciu [psucie laknienia i przez to wpływ zły na ogólne odżywianie]. Dopiero SCHMIDT MAURICX w r. 1880 wprowadził pierwszy antyseptykę w inhalacjach [wziewania kwasu karbolowego i balsamu peruwiańskiego], a co ważniejszą metodę chirurg-



gicznego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani, lecz mało znalazł naśladowców na tem polu, ze względu na trudność w zastosowaniu tej metody, konieczną u operatora odwagę i dużą wprawę i technikę. Odkrycie kokainy przez JELLINK'a, pozwalającej otrzymywać zupełne znieczulenie krtani, a ztąd możliwość łatwiejszego manipulowania w tejże, jest chwilą, od której metoda chirurgicznego leczenia owrzodzeń krtaniowych znalazła oprócz SCHMIDT'a i innych zwolenników. Stosowanie kokainy dawało możliwość dotrzeć do głębi miejsc chorych środkami żrącymi, mało drażniącymi tkanki zdrowe, silnie zaś niszczącymi tkanki chore. Próby nieliczne w tym kierunku wykonywał u nas kol. HERYNG z kwasem chromnym [w 1884], otrzymując niezłe stosunkowo wyniki. Jednakże zastosowanie, poraz pierwszy przez KRAUZE'go, kwasu mlecznego który posiada w wysokim stopniu własności, o jakich dopiero co była mowa, t. j. niszczy tkanki chore nie drażniąc zdrowych, było istotnym postępem na polu niszczenia i usuwania owrzodzeń gruźliczych, a przez to i uleczalności suchot krtaniowych. Własności kwasu mlecznego, przeciw którym zarówno jak i przeciw poglądom KRAUZE'go bardzo oponowano, stwierdzone zostały u nas przez kol. HERYNGA i za granicą zaś przez JELLINK'a, SCHROETTER'a, ROSENFELD'a, SCHNITZLER'a, BETZ'a i nnych, zwłaszcza od czasu zjazdu naturalistów w Berlinie we Wrześniu roku zeszłego zyskał on wielu zwolenników.

Leczenie chirurgiczne wrzodów krtani powinno, zdaniem kol. HERYNGA, polegać na usunięciu choroby u źródła, a więc na zniszczeniu gruzelków, leżących często w błonie śluzowej lub też w tkance podśluzowej, a także na usuwaniu produktów tej sprawy, t. j. przerostów, zgrubień, ziarniny, lub tkanek zwyrodnionych tą sprawą, a nawet zwyrodnionych chrząstek. Ma więc ono na celu, w początkowym okresie, zapobieganie rozszerzaniu się sprawy i przejściu jej w rozpad, t. j. w owrzodzenia; w okresie świeżego rozpadu trzeba ograniczyć takowy i oczyścić owrzodzenie, zapalne zaś obrzęki i przekrwienia trzeba zwalczać na drodze chirurgicznej, gdy zaś owrzodzenia przechodzą w okres oczyszczania się, należy usuwać atoniczną ziarninę i z nią złogi gruzelków głęboko położone lub sadłowate tkanki. Jako pierwszy zabieg chirurgiczny podaje kol. HERYNG wstrzykiwanie kwasu mlecznego 10—20% lub emulsji jodoformowej w miąższ tkanek gruźliczo zwyrodnionych. Pomyślny wpływ tych wstrzykiwań wypróbowanym już został przez D-ra MAYOR'a z Montreal, który o nich ustnie tylko miał wiadomości. W okresie drugim rozpadu i zapalnego odczynu, często połączonym z pierwszym, należy stosować szerokie nacięcia nagłośni, *resp.* nacięcia i nakłócia ściany tylnej i więzów nagłośnio nalewkowych, w okresie trzecim zaś wskazanem jest wyłyżeczkowanie chorych tkanek. Wszystkie te rękoczyny muszą być poprzedzone przez znieczulenie krtani za pomocą kokainy, którą najlepiej jest wstrzykiwać pod błonę śluzową krtani w pobliżu chorego miejsca; kol. HERYNG dokonywa tego za pomocą szprycy z ostrą cienką kaniulą, długą na 1 centymetr, której jednak nie wprowadza się głębiej nad kilka milimetrów w tkankę i wstrzykuje 10% roztwór [w 2% kwasie karbolowym], zazwyczaj 5—8 kropeł. Do nacięć jak i do wyłyżeczkowania używa kolega HERYNG nożyków i łyżeczek własnego pomysłu, o mocnej niegnącej się rączce. Noże nakręca się na szrubkach na takową; ostrza łyżeczki są skośnej pod różnym kątem ustawione, stosownie do miejsca działania. Cząstki niezupełnie łyżeczką oddzielonych tkanek, które po wyłyżeczkowaniu nieraz pozostają i łyżeczką wyjąć się nie dają, trzeba usuwać za pomocą ostrych kleszczyków. Metoda chirurgicznego leczenia owrzodzeń krtani daje znakomite wyniki, lecz w rękach pewnych i wprawnych; lecz narażając na ból, wymaga zupełnej ufności i rezygnacyi ze strony chorego. Rozumie się samo przez się, że leczenie ogólne, wzmocnienie odżywiania i sił jest rzeczą niezbędną i samo leczenie chirurgiczne, bez ostatnich, pomyślnych wyników wydać nie może. Kolega HERYNG leczył z doskonałym skutkiem 14 osób samą metodą chirurgiczną, a 28 tąż metodą w połą-



czeniu ze stosowaniem kwasu mlecznego. Odczyt swój kol. H. objaśniał za pomocą okazów rysunków i preparatów, gdzie uzyskano zablźnienie po leczeniu chirurgicznym; stwierdzonem ono zostało przez prof. VIRCHOW'a, który znalazł bliźny w miejscach dawniej owrzodzonych.

W dyskusji nad tym odczytem kol. DOBRZYCKI najzupełniej potwierdza prawdziwość faktów podanych przez kol. HERYNGA, gdyż sam miał sposobność obserwować w 19 przypadkach dobre skutki chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruczliczych krtani przez kol. H; 8 z tych przypadków są ogłoszone przez kol. H., łącznie zaś ze spostrzeżeniami, o jakich mowa była dzisiaj i z przypadkami, ogłoszonymi przez kolegów OETUSZEWSKIEGO i WRÓBLEWSKIEGO, liczba spostrzeżeń tego rodzaju dochodzi do 58, cyfra pokaźnej i przemawiającej bardzo za tą metodą leczniczą. Przez analogiję kol. DOBRZYCKI sądzi, że leczenie miejscowe gruczlicy płuc przez wprowadzanie do takowych płynów przeciwnilnych powinno dać dobre wyniki. Mówca próbował wziewań 4% kwasu mlecznego, za pomocą inhalatora swego pomysłu i w 25 przypadkach otrzymał dobre wyniki przy tym sposobie leczenia.

Kol. DUNIN zaznacza, że aż nadto zrozumiałą mu wydaje się możność uleczenia gruczlicy krtani na drodze chirurgicznej i dziwi się głosom, które uprzednio gwałtownie przeciw niej powstawały. Sam miał sposobność przekonać się o tem na niektórych chorych opisywanych przez kol. HERYNGA. Lecz gruczlica może się umiejscawiać w takich ustępach krtani [w tchawicy], do których dostać się nożem lub innym narzędziem nie można, a zatem i uleczenie na drodze chirurgicznej jest wtedy niemożliwem. Nie wątpiąc wcale o uleczalności wielu przypadków gruczlicy krtani, nie może jednak w żaden sposób pojąć, jak można przypuszczać, aby np. wziewanie 4% kwasu mlecznego mogło okazać jakikolwiek wpływ na ogniska gruczlicze w płucach i nie sądzi, aby na tej drodze można było osiągnąć dobre wyniki leczenia gruczlicy płucnej. Z własnej praktyki wie o tem, że wziewania kwasu karbolowego nie dają literalnie żadnego pożytku.

Kolega HERYNG w odpowiedzi na zarzut kol. DUNIN, co do leczenia suchot płucnych wziewaniami 2% kwasu mlecznego zwraca uwagę, że on tego wcale nie głosił, a więc odpowiadać za to nie może. Co do wrzodów w dalszych ustępach krtani i co do kwalifikacji różnych przypadków do chirurgicznego leczenia zaznacza, że podejmuje tę metodę tylko u osobników z niezłym odżywianiem, posiadających łaknienie i wogóle przy dość zadawalającym stanie ogólnym. Wprawny laryngolog potrafi ocenić, czy w danym przypadku leczenie miejscowe da się zastosować z powodzeniem lub też nie, a w przypadkach, gdzie gruczlica płuc nie istnieje, i choroba ogranicza się do samej krtani, t. j. gdzie mamy gruczlicę pierwotną, liczyć jeszcze można na zupełne wyleczenie.

Kol. PRZEWOŃSKI utrzymuje, że anatomija patologiczna nie znajduje się w przeciwieństwie, jak twierdzi kol. H. z jego wynikami terapeutycznymi. Przeciwnie anatomija patologiczna wykazuje, iż wrzody gruczlicze krtani i innych błon śluzowych mogą się samowolnie goić lub podgajać. Kol. PRZEWOŃSKI przytacza nawet nowy przypadek samowolnego wygajania się wrzodu gruczliczego u człowieka, który cierpiał na bardzo ostrą *phthisis fibrosa tuberculosa*; człowiek ten umarł z krwotoku, będącego następstwem pęknięcia tętniaka jednej z gałązek tętnicy płucnej, w ścianie starej jamy w płucach. Kolega P. dowodzi, że twierdzenie kolegi HERYNGA, jakoby krtan gruczlicza mogła być siedliskiem tylko wrzodów gruczliczych, jest zanadto bezwzględnem. W takiej krtani mogą tworzyć się niekiedy innego rodzaju ekskoryjacje i owrzodzenia.

Kol. HERYNG odpowiada na to, że co do istnienia owrzodzeń nieżytywych obok gruczliczych, to według jego badań, faktów takich nie znalazł dotąd. Nie przeczy, że istnieć mogą obok wrzodów gruczliczych pierwotne erozyje nieżytywe, lecz nigdy rozwinięte wrzody, kiedy zaś nadżarcia zostają zakażone i stają się



owrzedzeniami gruźliczemi, ocenić tego nikt nie jest w stanie. Jakkolwiek nie przeczy, że prace klinicystów opierać się powinny na doświadczeniu anatomo-patologów, czego sam dał dowód długo pracując w tym kierunku, lecz nie powinny się one nigdy na nie wyłącznie powoływać i jedynie z teoryj danych anatomo-patologicznych wyciągać wnioski co do terapii.

Kol. GOLDFLAM w kwestyi przypadku, w którym kol. H. miał sposobność na sekcji stwierdzić zagojenie się owrzedzenia gruźliczego, przypuszcza, czy, sądząc z opisu kol. H. sprawa ta nie była przymiotową, a nie gruźliczą. Zmiany opisywane przez kolegę HERYNGA w gruzelku, będącym w stanie regresywnym, bardzo przypominają i zupełnie prawie odpowiadają zmianom, stale towarzyszącym wytworom przymiotowym. Domysł ten staje się tem prawdopodobniejszym, iż taseczników w gruzelku nie znaleziono. Na zarzut ten kol. HERYNG odpowiada, że zdanie swe oparł na powadze prof. BRODOWSKIEGO i że każdej chwili gotów jest odnośnie preparaty szczegółowo zbadać wraz z oponentem w celu uzasadnienia swego rozpoznania.

Kolega MATLAKOWSKI zaznacza, że każda nowa kwestyja wywołuje zawsze z początku liczne zarzuty i że pracujący nad nią muszą z trudnością nieraz torować jej drogę. Badania VOLKMANN'a nad uleczalnością miejscowej gruźlicy w kościach, bardzo są ważnym dowodem na korzyść uleczalności tejże sprawy i w krtani. Kwestyja, skoro raz pozyska więcej zwolenników, szybko powinna się rozwinąć i osiąść ogólne uznanie. Kol. PAWIŃSKI dodał w końcu słów parę o chorej, o którą zapytywał kol. GOLDFLAM; leżała ona na jego oddziale i za życia rozpoznawano zgęszczenie w wierzchołkach, podejrzewając sprawę natury przeważnie miąższowej.

Na temże posiedzeniu wybrano na członków honorowych Towarzystwa: prof. WŁODZIMIERZA BRODOWSKIEGO i prof. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO z Warszawy, a także b. prof. ALFREDA BIESIADKIEGO ze Lwowa. W celu uczczenia jubileuszu prof. BRODOWSKIEGO wybrano komitet, złożony z kolegów: GEPNERA, PRZEWOSKIEGO, FABIANA, BRAUNA, DUNINA, DOBRZYCKIEGO i JAWDYŃSKIEGO.

## Wiadomości bieżące.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie Krakowskie obchodziło w dniu 31 Marca r. b. uroczyste 25-letnią rocznicę istnienia swego organu „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO“. „GAZETA LEKARSKA“ z okazji tej przesłała życzenia Towarzystwu, aby organ jego i nadal tak pożytecznie jak dotąd pracował dla dobra społeczeństwa lekarskiego polskiego.

— Prezesem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, w miejsce prof. MIKULICZA, wybrano docenta laryngologii D-ra P. PIENIĄŻKA.

— Wyszedł z druku przekład polski dzieła *Terapija ogólna* HOFFMANN'a.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 5 Kwietnia 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) FR. NEUGEBAUER. Demonstracja kilku preparatów anatomicznych.
- 2) RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny.
- 3) SOKOŁOWSKI. O zwięzieniu przymiotowem tetawicy [z demonstracją preparatu].
- 4) SOKOŁOWSKI. Przypadek krupę oskrzeli (*bronchitis cruposa*) z demonstracją preparatu.
- 5) JAWDYŃSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra GULIŃSKIEGO.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Cennik barwników“ Apteki W. J. Rutkowskiego; a dla prenumeratorów prowincjonalnych prospekt pisma „Wisła“.



# KAPIELE JODOWO-SOLANKOWE BAD HALL

Górna Austryja.

Najsilniejsza solanka jodowa na kontynencie. Pomyślny skutek leczniczy we wszelkich cierpieniach skrofolicznych, niemniej i dotęgliwościach organów moczowo-pęciowych oraz ich skutkach. Przyborowe urządzenie kąpielowe (kuracyja wodami i kąpielami, inhalacyje, m'ęsienie, kefir). Szczęśliwe warunki klimatyczne, stacyja drogi żelaznej. Droga przez Linz nad Dan.

**Sezon od 15 Maja do 30 Września**

Dokładny prospekt w wielu językach wysyła

Zarząd kuracyjny **BAD HALL.**

## JAWORZE (ERNSDORF)

koło Bielska na Szlązku austr.

Zakład wodoleczniczny i żętyczny, uzdrowisko klimatyczne 360 metrów nad poziom morza, u stóp Beskidu szląskiego. Kąpiele igłowe i inne, kuracyja mleczna, Kefir, m'ęszenie (massage), apteka zaopatrzona w wszelkie wody mineralne, nowozbudowany wodociąg wybornej źródlanej wody do picia, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu, restauracyja zakładowa pod własnym zarządem, dwa razy dziennie gra orkiestra.

Pora kąpielowa od 1 Maja do końca Września.—Lekarz zakładowy **Dr. St. Smoleński** docent Uniwersytetu Jagiell.—Zgłoszenia przyjmuje Inspekyja kąpielowa w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Szlązku austr.

## Zwracamy uwagę

iz Kefir przyrządzany według specjalnych wskazówek 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.**

6—4

## Doktór Medycyny **Stanisław Bęklewski**

ordynuje w Piatygorzku i na grupach jak zwykle od 15-go Maja do 1-go Września.

0—3

**WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.**

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

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.