

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gązety 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 zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego
miejsce.

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

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

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

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

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

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

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

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chorzy powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterk cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasieniec kłębem wychodzi ze stołcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rybnego ażeby wydalili martwego tasienca.

M. Mutniański.

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOLY NORWĘSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSY, 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 pastyliki jak również przepis dla użycia lekowności

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINTE-MENEGHOLD
wymagać Marki fabrykowanej.

Podczas powolnego ssania tych Pastyłek powietrze którem się odycha przejmują się wyciekami Smoly i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te sąwzdzieczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smola bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wysięknie rozdrażniających.

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

(Należy wymagać)

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

Okuliści Stanisław Fijałkowski

z Dynaburga przeniósł się na stały pobyt do Berdyczowa,

o czem zawiadamia Szanownych Kolegów.

0—2

DRUSKIENICKIE

WODY MINERALNE

w gubernii i powiecie Grodzieńskim

Komunikacja od stacyi Porzece drogi żelaznej Warszawsko-Petersburskiej 17 wiorst, w pociągach i omnibusach pocztowych, prócz tego z Grodna codziennie statkiem parowym, drogi godzin 3.

Sezon od 5/17 Maja do 15/27 Września

i później, przy sprzyjającej pogodzie.

Solanka jodo-bromowa, używa się z dobrym skutkiem w skrofalach, chorobie angielskiej, reumatyzmie, artrytyzmie, blednicy, otyłości, hemoroidach, katarach żołądka, kiszki, dróg moczowych, chorobach kobiet, paraliżach, chorobach skóry. Warunki klimatyczne bardzo dobre. Cholery i żadnych innych epidemicznych chorób w Druskienikach nigdy nie było. Całe Druskieniki otoczone sosnowymi lasami. Domy w ogrodach i lesie.

Łazienki nowo wybudowane z urządzeniem zastosowanem do najświeższych wymagań nauki. Wszelkie wygody, ceny umiarkowane, Muzyka, Kąpiele na Niemie i kaskadowe na Rotniczance, Apteka i Skład apteczny, Lekarz stale praktykujący i kilku na sezon przyjezdnych. Wody mineralne zagraniczne, kumys naturalny, kefir. Sól i ług (Mutter luge) Druskienickie w Warszawie w aptece p. Heinricha.

SZCZAWNICA

w powiecie Nowotarskim w Galicyi

POWSZECHNIE ZNANY ZAKŁAD

zdrojowo-kapielowy klimatyczny, żętyczny i kumysowy

położony w pięknej górskiej okolicy, otoczonej górami, odznaczający się świeżem górskim czystem powietrzem,

z sześciu zdrojami silnej szczawy sodowo-solnej i sodowo-żelazistej

zalecany przez najznakomitszych lekarzy krajowych i zagranicznych w chorobach narządów oddechania, trawienia i dróg moczowych. Liczne, niedrogie, a porządnie urządzone mieszkania zakładowe i w domach prywatnych właścicieli (około 880 pokoi), trzy główne restauracje i kilka drugorzędnych.

Lekarzem zakładowym jest *Dr. Władysław Sciborowski*, prócz niego siedmiu lekarzy co rok do Szczawnicy przybywających. Stała apteka w miejscu a druga w Krościenku o 5 kilometrów oddalonym. Przyrządy do oddechania powietrzem zgęszczonym i rozrzedzonym oraz lekami rozpylonemi, mleko, żętyca, kumys, kefir, kąpiele ciepłe mineralne, natryskowe letnie i zimne, oraz rzeczne w Dunaju i bliższym Ruskim potoku. Czytelnia czasopism, wypożyczalnia książek, muzyka miejscowa. zebrania tygodniowe, teatr, koncerta, pracownia fotograficzna A. Szuberta, poczta i telegraf w miejscu, sklepy wszelkiego rodzaju.

Wycieczki w uroczę okolicy Szczawnicy. Komunikacja z Krakowem i Lwowem koleją żelazną do Starego Sącza, zkąd 42 kilometrów (5 i pół mili) wyborym gościńcem na miejsce. Codziennie przychodzą i odchodzą karety pocztowe ze Starego Sącza i z Krakowa.

Pora zdrojowa trwa od 20 Maja do 20 Września

Ceny mieszkań zakładowych od 20 Maja do 20 Czerwca i po 20 Sierpnia, o trzecią część niższe.

Zamówienia na mieszkania przyjmuje Zarząd Zakładu zdrojowego, przez Stary Sącz w Szczawnicy. Zamówienia na wodę mineralną adresować bezpośrednio do Składu H. Mattoniego w Wiedniu, albo pośrednio przez Zarząd Zakładu zdrojowego w Szczawnicy.

3—1

ZDROJOWISKO CIEPLICE-SCHÖNANAU W CZECHACH

(Od wieków znane termy gorące alkaliczno-solankowe 29,5—39° R.)
Kuracja trwa rok cały.

Wskazane z powodu swej skuteczności w pedogrze, reumatyzmie, paraliżach, newralgiach i innych chorobach nerwowych; w skutkach wynikających z chorób stawów, skrzywień, złamań kości i t. p.

Wszelkich objaśnień udziela i zamówienia na mieszkania przyjmuje: Dla Cieplice inspekcja Kapielowa w Cieplicach, dla Schönau urząd burmistrzowski w Schönau.

4—1

5 godzin od Warszawy, 1 godzina od Lublina, 4 wiorsty od stacyi drogi żelaznej Nadwiślańskiej Nałęczów, powozy i omnibus na pociągi pocztowe.

ZAKŁAD LECZNICZY „NAŁĘCZÓW”

Apteka, poczta, telegraf, fotografia, teatr, koncerta, sklepy, dwie restauracje.

oraz dom zdrowia dla chorych chronicznych z zastosowaniem elektryczności, massażu, wód mineralnych, kumysu, mleka i t. d. pod kierownictwem D-ra Konrada Chmielewskiego **CAŁY ROK OTWARTY.**

Kąpiele zaś żelaziste, borowinowe Nałęczowskie, igliwiowe i wszelkie sztuczne oraz gimnastyka lecznicza od 1 Czerwca.

Urządzenie zakładu wykwintne i wygodne; w sezonie letnim wspólnie z dyrektorem leczą chorych konsultanci specjaliści.

W Nałęczowie leczą się skutecznie cierpienia przewlekłe nerwowe, organów trawienia, nieżyty dróg oddechowych, osłabienia płciowe, choroby kobiece, niedokrwiłość, wycieńczenia, i t. d.

Koszt codziennego utrzymania z kuracją od 3 rs., dzieci za kuracją płać połowę; w sezonie zimowym ceny **ZNACZNIE ZNIŻONE.**

Blizszych objaśnień udziela na miejscu

Administracyja Zakładu

w Warszawie, apteki: Barezna, Heinricha i Bogusławskiego.

6—2

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

Salvator

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—3

Dyrekcya źródeł Salvator. Eperies (Węgry).

TARASP

Engadin. 1185 met. nad płaszczyzną Szwajcaryi.

Otwarcie Hotelu Zakładu Tarasp 1 Czerwca.

Znakomite źródła zawierające sól glauberską, przechodzące składem i zawartością kwasu węg'anego Karlsbad, Marienbad, Kissingen i Vichy. Różnego rodzaju szczawy żelaziste i kąpiele mineralne.

Piękny wzmacniający i orzeźwiający klimat alpejski.

Skład wód mineralnych: w Berlinie: J. F. Heyl & Co., Dr. M. Lehman, w Wrocławiu: Stracka, Fengler; Ecke; Giesser. w Petersburgu: Stoll i Schmidt.

12—1

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. K. SZADEK. O pierzchniach czerwonych kończystych (*Lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*). — II. I. GRUNDZACH. O sposobach wykrywania kwasu mlecznego w zawartości żołądka za pomocą odczynników. — III. A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie [Dalszy ciąg]. — *Dział sprawozdawczy.* 15. NOCARD i ROUX. O hodowaniu laseczników gruźliczych. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Ogłoszenia.

I. O PIERZCHNICACH CZERWONYCH KOŃCZYSTYCH

(*Lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*).

Podał

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

HEBRA ¹⁾ pierwszy zwrócił uwagę na omawiane cierpienie skóry i po dokładniejszym zbadaniu choroby, którą kilkanaście razy spostrzegał, odosobnił ją pod nazwą *lichen ruber acuminatus s. exsudativus* — pierzchnice czerwone kończyste — jako odrębną postać chorobową. Wkrótce potem wzmiankowaną chorobę spostrzegało kilku innych autorów: w Austrii SCHWIMMER ²⁾ i POOR ³⁾, we Włoszech jeden przypadek MANASSEI ⁴⁾, w Niemczech zaś BOCKHARDT ⁵⁾, UNNA ⁶⁾. Wobec nierzadko napotykanych przypadków pierzchnic kończystych w Europie środkowej, należy tu wzmiankować o nadzwyczajnej rzadkości wymienionej choroby w innych krajach, a mianowicie w Anglii, Francji i Ameryce; we Francji dotąd nawet dermatologowie odrzucają stanowczo istnienie pierzchnic czerwonych [BROcq ⁷⁾] i zaliczają przypadki odnośnie do rzędu *lich. plani Wilsoni*. Nie możemy tu pominąć milczeniem tej okoliczności, iż niektórzy niemieccy derma-

¹⁾ HEBRA. Acute Exantheme und Hautkrankheiten. Erlangen. 1860. str. 315—321.

²⁾ ERNST SCHWIMMER. Über Lichen ruber. Allgem. Wiener medicin. Zeitung. 1863. 52.

³⁾ EMAN POOR Allgem. mediz. Zeitung. 1863. 46, 47, 48, 49. Pester mediz. chir. Presse. 1883. 12.

⁴⁾ Giornale ital. d. mal. veneree e della pelle. str. 174—173.

⁵⁾ Monatshefte für praktische Dermatologie. 1883. II. str. 70.

⁶⁾ St. Petersburger medicinische Wochenschrift. 1884. Nr. 45—50.

⁷⁾ Annales de dermatologie. 1886. 9. 10.

tologowie również identyfikują pierzchnice kończyste (*lichen ruber acuminatus*), z pierzchnicami płaskimi (*lichen planus*), uważając obie choroby li tylko za odmiany jednej postaci chorobowej *lichen ruber* [KAPOSI ¹⁾, WEYL ²⁾]. W Anglii, Ameryce, Francji i Danii natomiast często zdarzają się przypadki pierzchnic płaskich, opisywane najpierw przez WILSON'a ³⁾, potem zaś przez BULKLEY'a ⁴⁾, LAVERGNE'ego ⁵⁾, THIAIERGE'a ⁶⁾, CAESAR BOECK'a ⁷⁾ i innych autorów. W polskim piśmiennictwie lekarskim znajdujemy opisy przypadków pierzchnic czerwonych kończystych, podane przez OBTUŁOWICZA ⁸⁾ i GLUECKA ⁹⁾. W naszych zaś okolicach koło Kijowa, przypadki omawianej choroby widocznie zdarzają się bardzo rzadko; o ile przynajmniej mogłem przekonać się z dostępnej dla mnie literatury, nigdzie nie znajdowałem opisów przypadków pierzchnic kończystych (*lichen ruber acuminatus*), spostrzeganych w Królestwie i Rossyi. Byłoby jednak mylnem mniemanie o nieistnieniu tej choroby w Rossyi, gdyż w ciągu zaledwo dwóch lat ostatnich napotkałem w Kijowie trzy przypadki pierzchnic kończystych czerwonych. Nie wykluczając tedy rzadkości cierpienia omawianego w naszym kraju, wypada mi przypuścić, iż *lichen ruber acuminatus* w niektórych przypadkach przeoczony lub mylnie rozpoznawanym bywa; rzeczywiście w przypadkach napotykanym przeze mnie w Kijowie, wysypkę przedtem rozpoznawaną jako przymiotową i czasem nawet przez długi czas leczono bezskutecznie środkami swoistemi.

Mając na względzie rzadkość pierzchnic czerwonych kończystych [które jednak należą do rzędu dość ważnych pod względem rozpoznania i rokowania chorób skóry], przyjąwszy też na uwagę brak odnośnych artykułów w piśmiennictwie lekarskim polskim z ostatnich lat, jakoteż uwzględniając małą znajomość tej choroby w ogólności, przedtem nim przystąpię do treściwego opisu przypadku, spostrzeganego przezemnie przez dłuższy czas na oddziale chorób skórnych szpitala garnizonowego w Kijowie, skreślę szkic choroby omawianej, a mianowicie opiszę pokrótce objawy, przebieg, rozpoznanie pierzchnic czerwonych kończystych, a także zabiegi lecznicze, jakie należy podjąć przy tej chorobie.

Pierzchnice czerwone kończyste (*lichen ruber acuminatus*) należą do rzędu przewlekłych, nadzwyczaj uporczywych cierpień skóry i znamionują się powstawaniem na skórze drobnych, dość twardych, suchych i kończystych guzików, wielkości główki od szpilki; barwa ich ciemnoczerwona; każda grudka już od początku swego istnienia bywa pokryta na wierzchołku twardą łuską szarawo-

1) KAPOSI. Vorlesungen über Hautkrankheiten. Wien. 1879.

2) ZIEMSEN'S Handbuch der Hautkrankheiten. Leipzig. 1886. I Häfte.

3) British medical Journal. 1866. Octobre 13; Journal of eutan. medicine. 1869. July.

4) Archives of dermatology. 1880. VI. p. 148—148. VII. p. 392, 435—437.

5) F. LAVERGNE. Contribution à l'étude sur le lichen plan. Paris. 1883.

6) Annales de dermatologie et de Syphilographie.. 1885. p. 69—74.

7) Monatshefte für praktische Dermatologie. 1886. 10. p. 435—445.

8) Przegląd lekarski. 1876. 28.

9) Tamże. 1879. 37 i 38. Oprócz tego na posiedzeniu lekarzy Lwowskich d. 7 Listopada 1885, D-r KRÓWCZYŃSKI przedstawił chorego cierpiącego na pierzchnice czerwone (*lichen ruber exsudativus*). [Przegląd Lekarski 1886. 15].

białego koloru. W początkach choroby spostrzegamy gdzieś na tułowiu rozsiane guziki, później liczba ich coraz się mnoży; grudki układają się w gromadki, które z biegiem czasu i sprawy chorobowej coraz to się zwiększają. Grudki pojedyncze przez ciąg całej sprawy chorobowej bez trwają zmiany, wcale nie zwiększając się i nie ulegając żadnym przeobrażeniom, z wyjątkiem chyba zanikania w razie ustępowania choroby; nigdy też pomiędzy wysypką nie dostrzegamy żadnych owrzodzeń, pęcherzyków i t. d.. Wysypka szerzy się przez powstawanie na obwodzie dawnych wykwitów coraz to liczniejszych nowych grudek, układających się zwykle kołem, okrągławemi lub owalnemi gromadkami. W miarę postępowania choroby, nowe wykwitki powstają też i na kończynach, szyi, twarzy, głowie i t. d.. Choroba szerzy się na coraz większe obszary skóry, pojedyncze gromadki łączą się pomiędzy sobą. W przypadkach ciężkich, powierzchnia całego prawie ciała zajęta bywa grudkową wysypką, zlewającą się i łuszczącą się. Skóra wtedy bywa zaczerwienioną, zgrubiałą, nacieczoną, powierzchnia jej nierówna, szorstka i powleczone warstwą drobnych, suchych łusek. Jeżeli ręką poprowadzimy po skórze takiego chorego, wtedy otrzymujemy wrażenie, jakiego się zwykle doznawać po dotknięciu się tarki. Wysypka, jak już wyżej mówiliśmy, występuje zwykle z początku na tułowiu, na brzuchu, lub piersiach, na bokach i plecach; rzadziej początkowe wykwitki grudkowe spostrzegamy na skórze powierzchni wyprostnej kończyn; później zaś wysypka szerzy się z tułowia i na inne części ciała, nie szczędząc ani kończyn, ani szyi, ani głowy i twarzy; pod koniec choroby nawet zgięcia kończyn bywają zajęte. Na głowie wypadają włosy; na skórze dłoni i podeszew zwykle brak grudek, a to dzięki stosunkom anatomicznym skóry tutejszej; skóra dłoni i podeszew natomiast ulega znacznemu zgrubieniu i pokrywa się grubemi łuskami, gdzieś przedstawiając na powierzchni swej pęknięcia, czasem szczeliny bardzo bolesne. Paznogie też przyjmują udział w cierpieniu skóry, tracą zwykle właściwy swój kolor, są suche, szarawo-brunatno zabarwione, zgrubiałe i łamią się.

Po upływie kilku miesięcy, czasem lat, wysypka, zajmawszy wielkie przestrzenie skóry, może spowodować wycieńczenie ustroju; chory chudnie, traci podskórną tkankę tłuszczową i nakoniec wpada w charłactwo; w niektórych groźniejszych, nieleczonych zwłaszcza, przypadkach może nastąpić zejście śmiertelne [z pomiędzy znanych przypadków 14 chorych stracił HEBRA, dwóch chorych na pierzchnicę czerwone umarło w Peszcie (I i III przypadki POOR'a l. c.)]. Szczęściem jednak przypadki ze śmiertelnem zejściem dość rzadko się napotyka, szczególnie zaś w ostatnich czasach. Większa część przypadków choroby omawianej przebiega pomyślnie, gdyż wysypka nie zawsze się szybko szerzy, dość często nawet cierpienie skóry ogranicza się niewielkimi okolicami ciała, usadowiając się w postaci bądź to niewielkich gromadek grudkowych, bądź też rozsianych grudek; niemało też do pomyślniejszego przebiegu choroby przyczynia się świadomość co do rozpoznawania i stosownego leczenia pierzchnic czerwonych kończystych. W przypadkach łagodniejszych, kiedy wykwitów grudkowych nie wiele istnieje na skórze, odżywianie całej skóry i jej czynności fizjologiczne mniej ulegają zaburzeniu, a wskutek tego cały ustrój chorego też nie wiele na tem cierpi, nie ma wcale ani wycieńczenia, ani charłactwa;

w podobnych przypadkach wysypka stopniowo ustępuje i nawet może samodzielnie, bez leczenia, zniknąć.

Okres przeobrażenia wstecznego sprawy chorobowej przy pierzchnicach czerwonych kończystych znamionuje się spłaszczeniem się grudek i zanikaniem ich, przytem barwa ich z czerwonej stopniowo przechodzi w szaro-żółtą, brunatną i blado-szarą; łuszczenie też stopniowo zmniejsza się, w końcu zaś ustaje i na miejscu bylej wysypki pozostają rozległe plamy szarej barwy; plamy te barwnikowe dość długo jeszcze pozostają bez zmiany i bardzo powoli bledną. Innych zmian wysypka pierzchnic kończystych nigdy nie przedstawia, mianowicie przeobrażenia się w pęcherzyki, krosty, wrzodziki i t. p.. W niektórych, dość zresztą rzadkich, przypadkach omawianego cierpienia, może być zajęta i błona śluzowa ust i języka; widzimy na niej wtedy białawe blaszki, złożone z uwarstwionego nabłonka i otoczone obwódką czerwoną. Pierzchnice czerwone kończyste rzadko przebiegają szybko, najczęściej potrzeba kilkunastu miesięcy, nawet kilku lat, dla rozszerzenia się wysypki na znaczną przestrzeń skóry.

Przyczyny powstawania cierpienia omawianego nie są wcale dotychczas wyjaśnione. O rozmaitych przypuszczeniach, dotyczących się domniemanych przyczyn choroby, zamilczę, gdyż zdania co do pochodzenia choroby są dość sprzeczne i nie mają za sobą żadnych pewników. Pierzchnicom czerwonym kończystym podlegają zwykle osoby młodego i dojrzałego wieku [najczęściej w wieku od 20—50 lat] rzadziej dzieci [Kaposi ¹⁾ spostrzegł chorobę u 8-miesięcznego, Fox ²⁾ u 2-letniego dziecka].

Poszukiwania anatomiczne wskazują na to, iż zmiany chorobowe przy *lichen ruber acuminatus* dotyczą przeważnie naskórka, który grubieje, jego zaś komórki warstwy rogowej pęcznieją [nieprawidłowe zrogowacenie całej warstwy naskórka — według Auspitz'a ³⁾]; obok tego dotknięte są gruczoły potowe [Robinson ⁴⁾], spostrzegano też przerost *mm. arrectorum pilorum* [Lesser ⁵⁾]. Następnie zaś zajęta bywa górna warstwy skóry właściwej z usadowieniem się bujających komórek wzdłuż naczyń skórnych.

Rozpoznanie pierzchnic czerwonych kończystych wobec rzadkości omawianej choroby skóry nie zawsze bywa łatwe, tembardziej iż wysypka ta podobną jest do kilku innych cierpień skóry, wcale odrębnych. Wymienimy tu niektóre choroby skóry, od których nie zawsze łatwo odróżnić wysypkę pierzchnic czerwonych kończystych:

1) Wysypkę pierzchnic kończystych można czasem wziąć za wyprysk grudkowaty (*eczema papulatum*), brak jednak pęcherzyków, zdrapań i strupków, przebieg powolny wysypki, nieznaczny odczyn w zajętej skórze, usadowienie się

1) Journal of cutaneous and venereal diseases. 1885. November. p. 345.

2) Vorlesungen über Hautkrankheiten. Wien und Leipzig. 1879. p. 403.

3) H. Auspitz. System der Hautkrankheiten. Wien. 1881. p. 131.

4) A. R. Robinson. Lichen ruber of Hebra and Lichen planus of Wilson. N. Y. medical Record, 1883. p. 425 and 509.

5) Edmund Lesser. Hautkrankheiten. Leipzig. 1885, p. 40.

wykwitów przeważnie na tułowiu i stronach wyprostnych kończyn ułatwiają nam wykluczenie wyprysku i rozpoznanie pierzchni.

2) Od pierzchni płaskich WILSON'a (*lichen ruber planus Wilsoni*) grudki pierzchni czerwonych kończystych tem się różnią, iż są bardzo małe, kończyście i wyniosłe nad powierzchnię skóry, posiadają barwę ciemno-czerwoną i już od samego początku swego istnienia każda grudka na wierzchołku osobną łuską jest zaopatrzona. Przebieg wysypki przy *lichen ruber acuminatus* bywa nieco szybszy, wykwity zaś rozleglejsze, wysypka pierzchni płaskich przeciwnie bardzo powoli przebiega, leniwie się szerzy i układa się zwykle w nieprawidłowe blaszki, gromadki lub długie smugi, rzadko też zajmuje większe obszary skóry; zwykle z początku wykwity pierzchni płaskich nie łuszczą się, są gładkie, barwy-fioletowej.

3) Odróżnienie wysypki pierzchni czerwonych kończystych od wysypki przymiotowej drobnoguziczkowej (*lichen syphiliticus s. syphilis miliaris*), usadowiającej się często w tych samych okolicach ciała co i *lichen ruber acuminatus*—opiera się na cechach następujących: a) wysypka przymiotowa guziczkowa ma dążność do tworzenia gromadek rozrzuconych, które kształt prawidłowy pierścienia kolisty lub półkolisty, przybierają; pierzchnice przymiotowe wreszcie rzadko zajmują rozległe przestrzenie skóry. Wysypka zaś pierzchni kończystych czerwonych szerzy się ciągle i nieustannie ku obwodowi i zajmuje coraz większe przestrzenie skóry; w przypadkach groźniejszych szerzy się na cały tułów, głowę i t. d., nigdy nie układa się tak prawidłowo, jak to ma miejsce przy wysypce przymiotowej; w początku tylko grudki pierzchni kończystych zdarzają się w postaci rozrzuconych gdzieśgdzie guziczków lub gromadek; b) wysypka pierzchni czerwonych kończystych złożoną bywa zawsze z bardzo drobnych, jednakowej wielkości guziczków, w wysypkach zaś przymiotowych obok grudek prosówkowych drobnych, często napotykamy rozrzucone guziczki większej objętości, dosięgające wielkości soczewicy i nawet grochu; c) grudki przymiotowe rzadko ulegają wessaniu bez uprzedniego przeobrażenia się rozpadowego, grudki zaś pierzchni czerwonych kończystych nigdy nie podlegają owrzodzeniu i zawsze pozostają suchemi; d) grudki *lich. rubri acuminati* posiadają od początku istnienia swego na wierzchołku łuski, grudki zaś przymiotowe na początku są gładkie i nie łuszczą się, aż dopiero pod koniec, kiedy zaczynają zanikać, tworzą się łuski na ich powierzchni. Często też prosówka przymiotowa wrzodzię lub przeobraża się gdzieśgdzie w trądzik (*acne*) lub liszajec (*impetigo*); wtedy na powierzchni grudek przymiotowych spostrzegamy już brunatno-zielonawe strupki i krosty, a pod nimi owrzodzenia; e) w pierzchnicach przymiotowych (*lichen syphiliticus*) zwykłym objawom na skórze towarzyszą zwykle właściwe zmiany chorobowe na błonach śluzowych, gruczoły też obrzmiewają i twardnieją. W przypadkach pierzchni czerwonych kończystych nigdy nie spostrzegamy zmian w gardle, owrzodzeń zaś zawsze brakuje, gruczoły limfatyczne są niezajęte.

4) w przypadkach posuniętej choroby, kiedy wysypka pierzchni czerwonych kończystych zajęła już rozległe przestrzenie skóry i pojedyncze wykwity z trudnością można rozróżnić, *lichen ruber acuminatus* łatwo wziąć za łuszczycę (*psoriasis universalis*) lub za łupież czerwony (*pityriasis rubra*). Jakkolwiek

jednak wygląd nacieczonej, czerwonej i pokrytej drobnymi łuskami skóry prawie jest jednaki na pierwszy rzut oka we wszystkich tylko co wymienionych cierpieniach skóry, przy bliższym i dokładniejszym wszakże obejrzeniu skóry dotkniętej pierzchnicami kończystymi można zauważyć, iż wysypka złożona jest z grudek drobnych i twardych; przy lupieży czerwonej, skóra wcale nie jest nacieczoną i obrzmiałą, przeciwnie zaś uderza nas wtedy wiotkość jej, grudek wcale nie dostrzegamy okiem, ani też dotykaniami skóry wyczuwamy. W wątpliwych i trudniejszych do rozpoznania przypadkach, udajemy się do wywiadów, z których w łuszczycy zwykle wypada, że choroba skóry zaczęła się pojawieniem wykwitów na kolanach i łokciach, gdzie się dość długo trzymała, nie szerząc się dalej; wysypka początkowo to znikwała, to się znów pokazywała; słowem bieg wysypki w łuszczycy zwykle bywa nieprawidłowy, z przerwami, polepszeniami i pogorszeniami; przeciwnie zaś wysypka pierzchnic czerwonych kończystych nieprzerwanie postępuje i szerzy się, pojawiając się w początkach na skórze tułowia.

R o k o w a n i e w przypadkach pierzchnic czerwonych kończystych, stosownie leczonych, zawsze jest dość pomyślnem, gdyż wysypka zwykle po upływie niejakiego czasu zaczyna ustępować, chociaż trafiają się przypadki groźniejsze, szybko przebiegające, które, gdy są leczone zapóźno, mogą zakończyć się niepomyślnie. Łagodne przypadki samodzielnie mogą przejść w wyzdrowienie. Trzeba jednak pamiętać zawsze o tem, iż pierzchnice czerwone kończyste są chorobą nader uporczywą i czasem nawet dla życia niebezpieczną, gdyż zajęcie całej powierzchni ciała sprowadza zaburzenie w czynnościach i odżywianiu skóry, co też odziaływa szkodliwie na stan ogólny zdrowia i wywołuje w następstwie charłactwo; wobec takich okoliczności, należy jak najprędzej pospieszać z pomocą lekarską i stosować bardzo długo leczenie, pomnąc iż choroba łatwo się wraca.

L e c z e n i e. W pierzchnicach czerwonych kończystych koniecznem jest ogólne leczenie, mianowicie podawanie do wewnątrz przetworów arsenowych, na co już odawna wskazał HEBRA. Jakkolwiek działanie arsenu w chorobie omawianej dotychczas wcale nie jest wytłómaczone, jednak środek ten należy uważać jako potężny swoisty lek w pierzchnicach kończystych, który nie daje się zastąpić żadnymi innymi [patrz dalej zdanie sprzeczne UNNY i BOCKHARDT'a]. Arsen najlepiej stosować w postaci pigułek [po 0,005 *acidi arsenicosi* zawierających], zaczynać należy od jednej lub dwóch pigułek na dzień i stopniowo co kilka dni zwiększając dawki, dochodzi się zwykle do 0,05—0,1 *arsenici albi* na dobę. Pigułki arsenowe zapisuje się według np. jednego z następujących przepisów:

1) <i>Acidi arsenicosi</i>	4,00	2) <i>Acidi arsenicosi</i>	0,5 [!]
<i>Piperi nigri</i>	35,00	<i>Piperi nigri</i>	5,0
<i>Gummi mimosae</i>	7,50	<i>Pulv. liquoritae</i>	3,0
<i>Aq. dest. q. s. ut f. optime terendo in mortar. ferreo et adendo pulv. gum. arab. q. s. ut f. pil.</i>		<i>Mucil. gumos. q. s. ad pil.</i>	
<i>Nr. 800.</i>		<i>Nr. 100</i>	

Dla osiągnięcia pomyślnych wyników niezbędnem jest długie podawanie przetworów arsenowych. Wskutek tego trzeba zwracać uwagę na stan żołądka, gdyż często po zażyciu większych dawek arsenu zdarzają się objawy podra-

znienia w przewodzie pokarmowym, oprócz tego nierzadko też występują oznaki ogólnego otrucia arsenem. Wtedy należy zmniejszyć dawki, lub też nawet przerwać użycie środka. Pierwsze objawy otrucia są: suchość w gardle, zaczerwienienie łącznicy oka i bóle w dołku sercowym i t. d.. W niektórych przypadkach chorzy nie znoszą wcale przetworów arsenu, stosowanych do wewnątrz; wtedy można zalecić podskórne wstrzykiwania roztworu FOWLER'a:

Liq. ferri arsenicosi 5,0

Aq. destillatae 10,0

M. D. S. 1—2 gramy na wstrzykiwanie.

Wstrzykiwania podskórne arsenu, zalecane przez LIPP'a ¹⁾ w niektórych chorobach skórnych, są bardzo bolesne, lecz miejscowo nie wywołują ropni lub stwardnień i oprócz tego posiadają tę zaletę, iż przy stosowaniu arsenu pod skórę omija się kanał pokarmowy, drażliwy na działanie przetworów arsenowych. Arsen należy cierpliwie i o ile można nieprzerwanie stosować aż do zupełnego ustąpienia objawów na skórze; nie należy prędko się zrażać nie otrzymując szybkiego skutku, gdyż choroba jest uporczywą i zwykle wypada kilka miesięcy czekać na pomyślny zwrot wysypki; rzadko pierzchnice czerwone kończyste ustępują po 3—4 miesięcznej kuracji arsenowej.

Obok leczenia ogólnego przetworami arsenu, należy też udawać się do pomocniczego działania środków zewnętrznych, które są czasem potrzebne w celu usunięcia lub złagodzenia dotkliwego swędzenia, jakie często dokucza chorym na pierzchnice kończyste.

Z pomiędzy tych środków można zalecić następujące:

Rp. *Empl. diachylon simpl. liquefacti*

Ol. olivari aa part. aeq. [NEUMANN].

Rp. *Alcoholi* 300,0

Acidi carbolici 5,0

M. D. S.

Rp. *Acidi salicylici*

Aetheris acetici

Aetheris pethrol.

aa 5,00

Alcoholi 300,00

M. D. S.

UNNA ²⁾ w przypadkach pierzchnic czerwonych stosuje metodyczne wcierania maści WILLKINSON'a z dodatkiem kwasu karbolowego, lub też używa własnej maści, składającej się z:

Rp. *Hydr. bichlorati corros.* 0,5—0,1

Acidi carbolici 20,0

Ung zinci benzoati 500,0

M. f. unguentum.

Chorego podczas leczenia zaleca co dzień owijać na kilka godzin w koldry wełniane. Wzmiankowany autor, a za nim i BOCKHARDT ³⁾ utrzymują, iż sto-

¹⁾ EDUARD LIPP. Ueber die Behandlung von Psoriasis und chronischen Ekzemen mittelst subcutaner Injectionen von arseniger Säure. Archiv für dermatologie und Syphilis. 1869. 3. p. 362—368.

²⁾ Monatshefte für praktische Dermatologie. 1882. 1. — St. Petersburg. medic. Woch. 1884. str. 45—50.

³⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift. 1885. 22.

sując metodę powyższą, osiągnęli zawsze pomyślne wyniki bez użycia przetworów arsenowych.

Skreśliwszy w tych kilku słowach szkic choroby omawianej, uważam za stosowne podać krótką historję jednego przypadku pierzchni czerwonych kończyn, spostrzeganego przezemnie w szpitalu garnizonowym Kijowskim; przypadek ten zasługuje na wzmiankę, oprócz rzadkości samej choroby, już z tego powodu, że wysypka mogła być łatwo wzięta za cierpienie skóry przymiotowe lub za pierzchnicę żółtawą.

Felczer 3-go Orenburskiego pułku kozaków, Bazyli Charytonow, lat 21 liczący, przeniesiony na oddział dermatologiczny szpitala 10. IX. 1885 roku. Z wywiadów okazało się, iż w dzieciństwie często cierpiał na wypływ ropy z uszu, oprócz tego miał kilka razy rozmaite sączące wysypki na tułowiu, twarzy i głowie, gruczoły limfatyczne nierazdo obrzmiewały, i t. d., słowem, u chorego spostrzegano objawy, właściwe tak zwanym żolzom (*scrophulosis*). W 19 roku życia, zauważył na kończynach, pośladkach i piersiach występowanie wysypki, złożonej z drobnych czerwonych guzików; ostatnia czasami znikła, pozostawiając plamy barwnikowe, lecz wkrótce znów się pojawiała. W Maju 1885 roku wkrótce po spółkowaniu podejrzanem, zauważył chory wrzód na wędzidełku, wskutek czego wstąpił na oddział weneryczny szpitala wojskowego w Kijowie, gdzie pozostawał aż do przeniesienia go na oddział dermatologiczny. Z notat, jakie wynależliśmy w historii choroby, prowadzonej na oddziale wenerycznym, widać, iż chory miał wrzód miękkki i dymienie pachwinowe z prawej strony; w ostatnich nastąpiło wkrótce ropienie, ropień przecięto i jamę wy-skrobano łyżeczką VOLKMANN'a; rana operacyjna, pomimo ścisłego stosowania leczenia przeciwnilnego (opatrunek stały i zasypywanie jodoformem), dość długo się goiła; nareszcie dopiero po upływie dwóch miesięcy wrzód pachwinowy się zabliznił. Na pierwszy dzień pobytu chorego na oddziale wenerycznym zauważono u niego na skórze tułowia wysypkę, złożoną z grudek drobnych, usadowianych gromadkami⁴.

Badanie podmiotowe chorego, dokonane po przybyciu jego na oddział dermatologiczny, dało następujące wyniki: chory wzrostu miernego, układ kostny dobrze rozwinięty, mięśnie cokolwiek wychudłe, podskórnej tkanki tłuszczowej niewiele. Skóra i błony śluzowe blade. Wewnętrzne narządy zdrowe, na wędzidełku miękka blizna, w prawej pachwinie biała, wyciągnięta, siatkowa blizna dość obszerna i nieprawidłowego kształtu, gruczoły szyjowe, barkowe i inne wyczuwalne i miękkie. Na skórze piersi i brzucha spostrzegamy rozrzucone liczne plamy, kształtu okrągłego lub nieprawidłowego, barwy brunatno-szarej; na skórze pleców, pośladków, a także gdzieniegdzie na brzuchu, na stronie wyprostnej przedramion i uda, na zgięciach w dolnej części przedramienia liczne gromadki z drobnych prosówkowych kończystych grudek złożone. Grudki barwy ciemno-czerwonej, suche i twarde, każda na wierzchołku swym suchą łuskę posiada; wielkość grudek wyrównywa mniej więcej główce od szpilki, gdzieniegdzie zaś dochodzi do ziarnka prosa. Wymienione gromadki, składające się z gęsto ułożonych obok siebie grudek, liczniej są usadowione w okolicy pośladków, na łokciach i stronie wyprostnej kończyn górnych, niż w innych okolicach. Wykwity nie wszędzie jednakowej wielkości, gdzieniegdzie składają się li tylko z niewielkiej gromadki, liczącej zaledwo kilkanaście grudek; na pośladkach i wyprostnej stronie kończyn górnych spostrzegamy większe gromadki, do wielkości monety miedzianej dochodzące. Skóra na głowie, twarzy, szyi i w górnej części tułowia prawie nietknięta wysypką; na goleniach gdzieniegdzie, na plecach i kończynach górnych rozrzucone pojedyncze grudki kończyste, zaopatrzone też w łuski. Nigdzie nie widać zlania się grudek w większe blaszki lub ropienia; wy-

syпка nie sęczy i nie wrzodzieje, nadżarę, pęcherzyków lub zdrapań także nie spostrzegamy na skórze chorego, który zresztą skarżył się na to, iż wysypka niekiedy [szczególnie zaś podczas spocenia się] sprawia mu swędzenie, wprawdzie nieznaczne.

Wybitne cechy wysypki, przebieg powolny cierpienia skóry, umiejscowienie i t. d. wskazywały, iż w przypadku odnośnym, mieliśmy do czynienia z łagodną postacią pierzchnic czerwonych kończystych tułowia i kończyn (*Lichen ruber acuminatus*). Wobec takiego rozpoznania, choremu dano do wewnątrz pigułki arsenowe w dawkach co kilka dni zwiększanych, miejscowo zaś naznaczono wcierania maści UNNY.

Dalszy przebieg choroby był następujący:

D. 5. X. 1885. Zauważono nowe wykwitły wysypki grudkowej na skroniach, w okolicy podbródka i przedramionach.

D. 18. X. Plamy barwnikowe na tułowiu zaczynają blednąć. Grudki w niektórych gromadkach zanikają, płaszczą się i przybierają więcej żółtawą, bladą barwę.

D. 24. X. Wysypka na twarzy spłaszcza się i zanika. Grudki na tułowiu coraz to znacznie zapadają i bledną.

D. 31. X. Wszystkie wykwitły z wyjątkiem gromadek, usadowionych na stronach wyprostnych przedramion i pośladkach, zanikają.

D. 16. XI. Wysypka na pośladkach i kończynach górnych upoczywie się utrzymuje; obok dawnych spostrzegamy nawet gdzieniegdzie i nowe wykwitły grudkowe.

D. 28. XI. Wysypka powoli jednak ciągle, szerzy się. W niektórych miejscach zauważono nowe pojedyncze kończyste czerwone grudki.

D. 12. XII. Wysypka na tułowiu i pośladkach znów zaczęła blednąć i miejscami znika, pozostawiając szaro-żółte plamy barwnikowe, obok zaś tych spostrzegamy nieliczne guziki nowopowstałej wysypki.

D. 26. XII. Nowych wykwitów nigdzie nie widać; dawniejsze bledną, lecz w niektórych miejscach nie utraciły jeszcze właściwych swych cech [kolor, twardość, kończystość, łuski].

Nie chcąc dalej nużyć Czytelnika powtarzaniem szczegółów, skreślimy krótko dalszy przebieg wysypki u naszego chorego:

W Styczniu i Lutym 1886 r. znów spostrzeżono zwiększenie się wysypki, jakoteż powstawanie nowych wykwitów [na kończynach], chociaż chory przez cały czas pobytu na oddziale prawie nie przestawał zażywać pigulek arsenowych i przyjął w przeciągu półroczna niespełna 3 gramy *acidi arsenicosi*. Nieraz wprawdzie, z powodu występowania zaburzeń i bólów żołądka, musieliśmy przerywać lub zmniejszać użycie arsenu, mając na względzie wrażliwość błon śluzowych przewodu pokarmowego u naszego chorego. Stosowaliśmy nawet arsen podskórnie (*liq. kali arsenicosi, aque destillatae, aa*), lecz musieliśmy po kilku zaledwie dniach zaniechać wstrzykiwań podskórnych arsenu, gdyż wywoływały one dotkliwy ból w miejscach nakłóć. W Lutym, wobec upoczywości wysypki, nie ustępującej dotąd stosowaniu wewnętrznych i zewnętrznych środków, zwiększyliśmy znacznie dawki arsenu [do 0,1 na dzień] i wreszcie w Marcu 1886 roku udało się zatrzymać dalszy rozwój wysypki; dawniejsze wykwitły zaczęły też dość raźnie zanikać i w wielu miejscach pozostawiły plamy szarawo-żółte. Chory jednak wyszedł z oddziału, nie dokończywszy leczenia.

Dalszy los jego niewiadomy.

Rozpatrując się w opisanym powyżej przypadku, musimy zwrócić uwagę na to, iż wysypka grudkowa u naszego chorego pomimo leczenia stosownego, była

bardzo uporeczywą i wracała się; cały zresztą przebieg choroby skóry był dość łagodny: wysypka była rozrzucona w postaci małych gromadek i szerząc się bardzo powoli, nie zlewała się i nie zajęła wielkich obszarów skóry, jak to często zdarza się w przypadkach pierzchnic czerwonych kończystych. Wobec łagodnej postaci choroby, łatwo sobie wytłómaczyć w naszym przypadku małe oddziaływanie choroby skórnej na ogólny stan odżywiania i zdrowia chorego, który przez cały czas swego pobytu na oddziale [$\frac{1}{2}$ roku], szczególnież zaś pod koniec, był wogóle zdrow, miał niezłe łaknienie, sen i t. d.; przed wyjściem ze szpitala, chory nawet nieco utył i blade przedtem policzki nabrały rumieńców zdrowych. Łagodny i pomyślny przebieg wysypki można też po części wytłómaczyć stosowaniem właściwych środków, a mianowicie arsenu.

Jeszcze kilka słów, dotyczących się rozpoznania wysypki w przypadku naszym; wobec tej okoliczności, iż chory niedawno przed przeniesieniem go na oddział skórny cierpiał na wrzód prącia i dymienicę, można było przypuścić przymiotowe pochodzenie wysypki; przeciwko takiemu mniemaniu jednak przemawiały: bezskuteczność wcierań rtęciowych, stosowanych w ciągu miesiąca przed wstąpieniem chorego na oddział dermatologiczny; dawniejsze [przed pojawieniem się wrzodu wędzidełka] pochodzenie i istnienie wysypki, usadowienie się jej, przebieg choroby, jednostajność wykwitów, trwałość grudek, brak wielopostaciowości wysypki; brak wszelkich zmian chorobowych na błonach śluzowych i t. d. wszystko to stanowczo wyłącza przymiotowy charakter choroby skóry, za jakim pozornie przemawiało w naszym przypadku obrzmienie bezbolesne, aczkolwiek nieznaczące, gruczołów limfatycznych i poprzednie istnienie wrzodu na prąciu. Zresztą wyczuwalność gruczołów, jak również nieco przydługie gojenie się rozciętego ropnia dymienicowego, łatwiej w przypadku naszym złożyć na karb zółzów; objawy zaś ostatnich już od dzieciństwa u chorego istniały. Ostatnia okoliczność znów przemawiałaby na korzyść innego przypuszczenia, iż wysypka grudkowa, spostrzegana u chorego, była zółzowego pochodzenia; rzeczywiście podobieństwa niejakiego wysypki do pierzchnic zółzowych (*lichen scrophulosorum*) można było dopatrzeć się w wykwitach znikających, jakie spostrzegaliśmy na tułowiu u chorego; jednak wybitne cechy wysypki gdzieindziej [na pośladkach i kończynach], kończystość, twardość, kolor i usadowienie się grudek przeważnie na stronach wyprostnych kończyn, wreszcie brak wybitnych cierpień zółzowych, po części też i wiek chorego, wszystko to przemawiało przeciwko zółzowej naturze wysypki, a za *lichen ruber acuminatus*. Mieliśmy tedy w przypadku opisanym do czynienia z wysypką pierzchnic czerwonych kończystych (*lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*), odznaczającą się: dość łagodnym i powolnym przebiegiem, usadowieniem się nietylko na tułowiu, lecz przeważnie nawet na kończynach i pośladkach, przyczem wykwitły rozrzucone były niewielkimi gromadkami i wykazywały pochopność do zlewania się i szerzenia się na większe przestrzenie skóry.

II O SPOSOBACH WYKRYWANIA
KWASU MLECZNEGO W ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA
ZA POMOCĄ ODCZYNNIKÓW.

Napisał

Ignacy Grundzach.

Dla wykonywania badań klinicznych w dziedzinie patologii żołądka ważną niezmiernie jest rzeczą posiadać odczynniki, za pomocą których można by było prędko i łatwo określić przyrodę kwasu w zawartości żołądka. Odczynniki na kwas solny zostały dokładniej zbadane niż inne i kliniczna ich wartość została już ocenioną. Co się zaś tyczy używanych dla celów klinicznych odczynników na kwas mleczny, to w niniejszem podaję kilka szczegółów, jakie wykryłem przy badaniu zachowania się tych odczynników, z jednej strony wobec kwasu mlecznego, a z drugiej wobec mieszaniny kwasów mlecznego i solnego.

1. Amyl-alkoholowy wyciąg barwnika czarnych jagód, wprowadzony do badań klinicznych przez UFFELMANN'a, przygotowuje się w ten sposób, że na świeże jagody nalewa się czystego alkoholu amyłowego, jagody w nim dokładnie się rozciera, nastój pozostawia się na 24 godziny i następnie się cedzi. Najpraktyczniejsemi w użyciu okazują się papierki przygotowane z bibuły namoczonej w tym wyciągu i przepłukanej wodą przekroploną. Po wysuszeniu papierki te posiadają barwę szarawo-niebieską, która od działania kwasu mlecznego zmienia się na czerwoną, znikającą po przepłukaniu papierka w eterze. Ta ostatnia cecha pozwala odróżnić kwas mleczny od kwasu solnego, który również zabarwia papierki te na czerwono, ale ta czerwona barwa nie daje się splukać eterem. Przy większych stopniach kwaśności płynów, zawierających kwas mleczny albo solny, odczynnik ten rzeczywiście pozwala rozróżnić oba te kwasy. Jeżeli zaś stopień kwaśności płynu, *resp.* zawartości żołądka jest bardzo niski, jeżeli zaczerwienienie papierka w nieznacznym tylko nastąpi stopniu, to w eterze znika ono, niezależnie od tego od jakiego kwasu powstało. Jeżeli w zawartości żołądka są obecne oba w mowie będące kwasy, to rozumie się rozróżnienie ich za pomocą tego odczynnika jest niemożliwe. Ponieważ zaś odczynnik ten jest bardzo czuły na oba kwasy, przeto nawet w tych przypadkach, w których w roztworze znajdują się małe ilości kwasu solnego, a duże mlecznego, o obecności tego ostatniego przekonać się nie możemy, bo eter w tym razie nie zmywa barwy czerwonej papierka. Odczynnik więc ten daje dodatnie wyniki tylko w tych razach, w których w stosunkowo mocno kwaśnej zawartości żołądka znajdują się wyłącznie albo prawie wyłącznie kwasy organiczne, *resp.* kwas mleczny.

Drugi i trzeci odczynnik zostały również przez UFFELMANN'a wynalezione. Pierwszy z nich stanowi roztwór półtorochlorku żelaza i kwasu kar-

bolowego w wodzie, a drugi jest po prostu roztworem półtorochlorku żelaza w wodzie. Pierwszy z nich przygotowujemy, rozpuszczając 3—5 kropeł obojętnego aptecznego półtorochlorku żelaza i taką ilość kropeł stężonego roztworu kwasu karbolowego w 20 ctm. sześcienn. wody przekroplonej. Dla otrzymania drugiego odczynnika, rozpuszcza się 1 lub 2 krople obojętnego roztworu półtorochlorku żelaza w 50 ctm. sześcienn. wody przekroplonej. Pierwszy odczynnik posiada barwę ametystową, która od kwasu mlecznego zmienia się na cytrynowo-żółtą, od kwasu zaś solnego odczynnik ten odbarwia się. Drugi odczynnik UFFELMAN'a jest prawie bezbarwny, od kwasu mlecznego przyjmuje barwę cytrynowo-żółtą, a od kwasu solnego nie zmienia się. Często się zdarza, iż po dodaniu płynu przezroczystego, niewątpliwie kwas mleczny zawierającego, w obu odczynnikach występuje silna opalizacja barwy białawej z lekkim trudno się uchwycić dającym odcieniem żółtawym. Z tego powodu dla wykrycia kwasu mlecznego za pomocą tych odczynników dobrze jest postępować w sposób następujący: do epruwetki wlewa się kilka ctm. sześcienn. płynu odczynnikowego, następnie powoli kroplami puszcza się po ścianie epruwetki płyn badany; po zetknięciu się tych płynów, na granicy pomiędzy nimi, jeżeli płyn badany zawiera kwas mleczny, powstaje wyraźna cytrynowo-żółta obrączka, a po skłóceniu cały płyn przyjmuje barwę cytrynowo-żółtą albo też opalizująco białawą z żółtym odcieniem. Najwyraźniej odczyn ten występuje, jeżeli wzięć 1—2 ctm. sześciennych odczynnika i taką ilość płynu badanego.

Lecz nietylko kwas mleczny barwi w mowie będące odczynniki na kolor cytrynowo-żółty; takież sam odczyn powodują mleczały, np. mleczały sodu lub wapnia, w podobny sposób działają nawet alkalia. Roztwory peptonu zabarwiają te odczynniki na kolor żółty z lekkim różowawym odcieniem. Barwa ta [pomarańczowa], znacznie się różni od cytrynowo-żółtej, jaką kwas mleczny powoduje, jednakże przy braku doświadczenia bywa powodem bardzo ważnych pomyłek. Jeżeli badany roztwór posiada oprócz peptonu chociażby bardzo małe ilości kwasu mlecznego, to oba odczynniki pod wpływem tegoż przyjmują barwę cytrynowo-żółtą. Pepton więc nie przeszkadza wykrywaniu kwasu mlecznego za pomocą tych odczynników.

Ponieważ bardzo często mieliśmy do czynienia z płynami zawierającymi jednocześnie kwas mleczny i solny, przeto ważnem nam się wydało rozstrzygnąć kwestyję, czy i o ile kwas solny, odbarwiający oba w mowie będące odczynniki, przeszkadza powstawaniu odczynu na kwas mleczny. Otóż z odnośnych doświadczeń wynika, że jeżeli ilość kwasu solnego jest mniejszą, równą albo nawet kilkakrotnie, do pewnej rozumie się granicy, przewyższa ilość kwasu mlecznego, to odczyn na ten kwas ostatni pomimo tego występuje. Jeżeli zaś kwasu solnego w badanym płynie zawiera się 4—6 razy więcej niż kwasu mlecznego, to odczynniki od takich płynów odbarwiają się, czyli, że kwas mleczny wykryć się w nich nie daje.

4) Odczynnik RHEOCH'a-MOOR'a, składający się z rodanku potasu i octanu żelaza, przygotowuje się w sposób następujący: 2 ctm. sześcienn. 10% roztworu rodanku potasu miesza się z 7,5 ctm. sześcienn. wody przekroplonej i dodaje się

0,5 ctm. sześcienn. obojętnego roztworu octanu żelaza. Nie udało nam się nigdy dostać obojętnego roztworu octanu żelaza, używany jednak przez nas w miejsce obojętnego kwaśny roztwór tej soli w niczem reakcyi nie zmienia. W ten sposób przygotowany płyn posiada barwę brunatnawo-żółtą, która od działania kwasu mlecznego ginie, czyli, że płyn się odbarwia. Najwyraźniej ta reakcyja występuje, jeżeli do porcelanowej parowniczkii wlejemy kilka kropeł odczynnika, następnie kroplami będziemy dodawali płyn, w którym przypuszczamy obecność kwasu mlecznego.

W taki sam sposób względem będącego w mowie odczynnika zachowują się mleczany [sodu, wapnia] i alkalijska. Pepton na reakcyję tę wpływu żadnego nie wywiera. Kwas solny zmienia barwę odczynnika na różową lub krwawą. Kwas mleczny silniej na odczynnik ten działa niż kwas solny, gdyż jeżeli oba te kwasy w równej znajdują się w badanym płynie ilości, a nawet gdy kwasu solnego jest w pewnej mierze więcej, to odczynnik od płynu takiego się odbarwia; dopiero wówczas odczynnik różowieje, dopiero więc wówczas kwas mleczny wykryć się nie daje, gdy kwasu solnego znajduje się w płynie 4—6 razy więcej niż kwasu mlecznego. Dodać winniśmy, że odczynnik RHEUCH'a-MOOR'a powinien być świeżo przygotowany, gdyż w szklanem zakorkowanem naczyniu nieraz już po upływie 24 godzin ulega zepsuciu, zmienia barwę brunatnawo-żółtą na jasno-różową samoistnie i nie nadaje się wówczas wcale do wykrywania kwasów.

Z tego cośmy powyżej powiedzieli o używanych przy badaniach klinicznych odczynnikach na kwas mleczny wynika, że wobec kwaśnego odczynu badanej cieczy, *resp.* za wartości żołądka, tylko dodatni wynik przemawia za obecnością kwasu mlecznego, ujemny zaś wynik nie przemawia przeciwko obecności tego kwasu, bo jeżeli płyn z żołądka wydobyty zawiera 4—6 razy mniej kwasu mlecznego niż solnego, to odczyn na pierwszy z tych kwasów nie wystąpi pomimo obecności takowego w badanym płynie. Jeżeli kwaśność płynu wydobytego jest bardzo małą, co najwyżej kilka setnych procent wynoszącą, a w płynie tym kwas solny za pomocą metylfioletu i tropeoliny wykryć się daje ¹⁾, natenczas ujemny wynik przy tak małym stopniu kwaśności przemawia albo za zupełną nieobecnością kwasu mlecznego, albo też za tem, że znajdują się w roztworze nieskończenie małe ilości tego kwasu, pamiętać bowiem należy, że kwas solny wtedy tylko reakcyjom na kwas mleczny przeskadza, gdy ilość pierwszego przewyższa cztero lub sześć-krotnie ilość ostatniego w płynie, oba kwasy te zawierającym.

¹⁾ Wiadomo, że zmiana barwy tych odczynników następuje dopiero wówczas, gdy kwasu solnego znajduje się co najmniej kilka setnych procent.

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

Przez

A. Panormowa.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

II. Kawalek wątroby 81,0 wagi, traktowany w 3 godziny po śmierci, dał 3340 ctm. sześciennych odwaru. Po wydaleniu białka redukcya 19,4 ctm. sześcienn. nastąpiła przy 20 ctm. sześcienn. płynu FELLING'a, a więc cukru było 1,7, w % — 2%. Cała wątroba zawiera 3,2 grm. cukru.

W całej wątrobie zawiera się 15,95 grm. glikogenu, czyli 10,03%. W ciągu 3 godzin ilość cukru wzrosła, ilość zaś glikogenu zmniejszyła się. Glikogenu znikło $16,91 - 15,95 = 0,96$, z ilości tej wytworzyć się może cukru gronowego 1,056, a tymczasem otrzymano $3,2 - 1,65 = 1,55$. Niezgodność z wynikami poszukiwań PAVY'ego łatwo wyjaśnia się tą okolicznością, że BOEHM i HOFFMANN wyciągali glikogen wodą, [wyciąganie powtarzane było do 20 razy], a PAVY potażem gryzącym. Ostatecznie zasługuje na uwagę fakt, że przed ogłoszeniem poszukiwań SEEGEN'a i KRATSCHMER'a [1880 r.], już czyniono poszukiwania w celu bezpośredniego stwierdzenia przypuszczenia CL. BERNARD'a.

SEEGEN pomija również w swojej pracy późniejsze jeszcze poszukiwania DELPRAT'a [40], mające na celu sprawdzenie jego doświadczeń, a dalej BOEHM'a i HOFFMANN'a [7], według tej samej metody dokonane [wyciąganie glikogenu wodą].

Swoje własne poszukiwania dokonywałem według tego samego planu, co SEEGEN i KRATSCHMER, a więc w pewnej części wątroby oznaczałem cukier, a po kilku godzinach w innej części teje wątroby ponownie to czyniłem. Glikogen oznaczany był w oddzielnych porcjach dla przyczyn wiadomych. Przytem baczono na to, aby części wątroby, przeznaczone do oznaczania glikogenu i cukru, traktowane były jednocześnie. Cukier wyciągano przez gotowanie w wodzie i następne wyciskanie, ponowne gotowanie i t. d., dopóki próba odwaru nie przestawała dawać odczynu na cukier z płynem FELLING'a, z modyfikacją WORM-MUELLER'a [41]. Odwar wodny, w celu zapobieżenia fermentowaniu, przed dokończeniem wyciągania, stawiano w naczynie ze śniegiem. Osadzenia białka dokonywano według tego samego sposobu, co u SEEGEN'a i KRATSCHMER'a, mianowicie metodą CL. BERNARD'a: pewną odmierzoną ilość odwaru osadzano 4-ma objętościami spirytusu 96,5%, nazajutrz osad odcedzano. Filtr przemywano 80% spirytusem. Filtrat wyparowywano do sucha i rozpuszczano w wodzie. Następnie dodawano świeżo przygotowanego płynu FELLING'a w nadmiarze, gotowano przez 4—5 minut i oznaczano cukier z ilości wytworzonego Cu_2O przez ważenie tego ostatniego.

SEEGEN i KRATSCHMER oznaczali cukier metodą miareczkową. Zdaniem SEEGEN'a [42], „ważenie Cu_2O pozornie tylko wydaje się ściślejsem, ponieważ liczne, a niezbędne przytem rękozcyny, stają się powodem straty i przyczyną błędów daleko częściej, niż obliczanie, przy pewnej wprawie, na objętość“. [str. 392]. Co do mnie, to i jeden i drugi sposób uważam za nieściśle, jeśli mają być stosowane tak, jak to dotychczas czyniono. WORM-MUELLER [43], SOXLET [44], ALLIHN [45], dowiedli w sposób niewątpliwy, że tak jest w istocie. Dla tego też przy poszukiwaniach, wymagających większej ścisłości w oznaczaniu cukru, należy używać sposobu SOXLET'a, lub ALLIHN'a. Wogóle terażniejsze nasze wiadomości o przyrodzie cukru wątrobowego nie są wystarczające, aby ścisły sposób oznaczania ciała tego mógł być opracowanym. Zastosowanie ścisłych sposobów SOXLET'a i ALLIHN'a lepszych wyników by nie dało, ponieważ sposoby te zostały opracowane do oznaczania cukru gronowego. A więc rękozcyny, z całą ścisłością wedle tej metody przestrzegane, mogą okazać się nawet wprost szkodliwymi, jeśli okaże się w wątrobie, prócz cukru gronowego, obecność maltozy lub jakiej innej jeszcze odmiany cukru. Wedle poszukiwań bowiem SOXLET'a cukier inwertowany całkowicie redukuje Cu_2O już po 2 minutowem gotowaniu, maltoza po 4 minutach. Prócz tego w filtracie znajdować się muszą zmienne ilości dekstryny, redukującej Cu_2O dopiero po długotrwałem gotowaniu.

Wedle metod opisanych dokonywałem w dalszym ciągu sprawdzenia poszukiwań SEEGEN'a i KRATSCHMER'a.

Doświadczenie XXI. Pies na 12 godzin przed doświadczeniem nakarmiony chlebem. Zabity przez przekłucie rdzenia przedłużonego. W celu wyciągnięcia cukru brano, o ile możliwości, mniej wody, aby ztąd nie powiększała się objętość filtratu.

Po 15 minutach jedną część wątroby traktowano wodą, drugą KHO .

Z 50,0 grm. wątroby otrzymano odwaru 111 ctm. sześcienn., do oznaczenia cukru wzięto 11 ctm. sześcienn.. Waga $\text{Cu}_2\text{O} = 0,0908 \times 0,5042 = 0,046$ cukru. w 111 ctm. sześcienn. = 0,464, w 100 grm. wątroby = 0,928%.

Z 50 grm. wątroby, traktowanej po upływie 15' od śmierci zwierzęcia, otrzymano glikogenu 4,0185, w 100,0 wątroby = 8,037%.

W 24 godzin po śmierci zwierzęcia z 50,0 grm. wątroby otrzymano 536 ctm. sześcienn. odwaru. Do oznaczenia cukru wzięto 10 ctm. sześcienn. = 0,0543 $\text{Cu}_2\text{O} = 0,0274$ cukru. W 536 ctm. sześcienn. — 1,468 = 2,94%.

W takiej samej ilości wątroby oznaczono glikogenu = $3,175 \times 2 = 6,35\%$.

Cukru wytworzyło się: $2,94 - 0,928 = 2,012$. Ilość glikogenu, który uległ przemianie: $8,037 - 6,35 = 1,687$. Z tej ilości wytworzyć się może 1,873 cukru gronowego, ztąd nadwyżka wytworzonego cukru = 0,139.

Doświadczenie XXII. W 15 minut po śmierci z 43,0 grm. wątroby otrzymano 192 ctm. sześcienn. odwaru. Do oznaczenia cukru wzięto 12 ctm. sześcienn. = 0,0678 $\text{Cu}_2\text{O} = 0,0342$ cukru gronowego; w 192 ctm. sześcienn. = 0,547, w 100,0 wątroby = 1,27%.

W 15 minut po śmierci zwierzęcia z 45,0 grm. wątroby otrzymano glikogenu 1,5227, w % = 3,383%.

Po 24 godzinach z 50,0 grm. wątroby otrzymano odwaru 488 ctm. sześcienn. 10 ctm. sześcienn. = 0,0397 Cu_2O = 0,02 cukru. W 488 ctm. sześcienn. = 0,98 czyli 1,95%.

Po 24 godzinach z 50,0 grm. wątroby otrzymano 1,118 czyli 2,236% glikogenu.

Wytworzyło się się cukru gronowego $1,96 - 1,27 = 0,69$. Glikogenu przetworzonego $3,383 - 2,236 = 1,147$. Z ilości tej może się wytworzyć 1,27 cukru. Niedobór w ilości cukru = 0,58.

Doświadczenie XXIII. W 15 minut po śmierci zwierzęcia traktowano wodą wrzącą 34,0 grm. wątroby, otrzymano odwaru 304 ctm. sześciennych 20 ctm. sześcienn. = 0,0325 Cu_2O = 0,01639 cukru gronowego, w 304:20 = 0,249 czyli 0,73%.

W 15 minut po śmierci z 34,0 grm. wątroby otrzymano 0,80 glikogenu, czyli 2,5%.

Po 24 godzinach z 32,0 grm. wątroby otrzymano 248 ctm. sześcienn. odwaru, do oznaczenia cukru wzięto 10 ctm. sześcienn. = 0,0462 Cu_2O = 0,0233 cukru, w 248 ctm. sześcienn. = 0,578 czyli 1,8% cukru gronowego.

Z 32,0 grm. wątroby otrzymano glikogenu 0,3665 czyli 1,145%.

Wytworzyło się cukru $1,8 - 0,73 = 1,07$, przetworzyło się glikogenu $2,5 - 1,145 = 1,355$. Z ilości tej wytworzyć się może 1,5. Ztąd niedobór cukru wynosi = 0,43.

Doświadczenie XXIV. W 15 minut po śmierci otrzymano z 30,0 grm. wątroby 274 ctm. sześcienn. odwaru, 20 ctm. sześcienn. przy redukcji dało 0,0522 Cu_2O = 0,02632 cukru. W 274 ctm. sześcienn. = 0,36 czyli 1,2%.

W 15 minut po śmierci z 30,0 grm. wątroby otrzymano glikogenu 0,9718 czyli 3,23%.

Po 4 godzinach z 30,0 grm. wątroby otrzymano odwaru 279 ctm. sześcienn. do oznaczenia cukru wzięto 10,2 ctm. sześcienn., otrzymano 0,0364 Cu_2O = 0,0183 cukru, w 279 ctm. sześcienn. = 0,510 czyli 1,7%.

Po 4 godzinach z 30,0 grm. wątroby otrzymano 0,7531 czyli 2,51% glikogenu.

Wytworzyło się cukru $1,7 - 1,2 = 0,5$.

Przetworzyło się glikogenu $3,23 - 2,51 = 0,72$, z ilości wytworzyć się może 0,799 cukru gronowego. Niedobór w ilości wytworzonego cukru 0,299.

Doświadczenie XXV. W 15 minut po śmierci z 40,0 grm. wątroby otrzymano 360 ctm. sześcienn. odwaru, 20 ctm. sześcienn. przy redukcji dały 0,0455 Cu_2O = 0,229 cukru, w 360 ctm. sześcienn. = 0,411 czyli 1,03% cukru.

Po 15 minutach po śmierci z 40,0 grm. wątroby otrzymano 1,212 czyli 3,3% glikogenu.

Po 4 godzinach 40,0 grm. wątroby traktowano wodą wrzącą, otrzymano 345 ctm. sześcienn. odwaru, 15 ctm. sześcienn. przy redukcji dały 0,0443 Cu_2O — 0,02234 cukru, w 345 ctm. sześcienn. = 0,514 czyli 1,28% cukru gronowego.

Po 4 godzinach z 40,0 grm. wątroby otrzymano 0,8949 glikogenu, czyli 2,237%.

Cukru wytworzyło się $1,28 - 1,03 = 0,25$, glikogenu przetworzyło się $3,3 - 2,237 = 1,063$, w ilości tej może wytworzyć się 1,18 cukru gronowego. Niedobór w ilości wytworzonego cukru = 0,63.

Z 40,0 grm. wątroby po 24 godzinach otrzymano 315 ctm. sześcienn. odwaru, 15 ctm. sześcienn. dały przy redukcji $0,0763 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,03847$ cukru, w 315 ctm. sześcienn. = 0,8079 czyli 2%.

Z 40,0 grm. wątroby otrzymano 0,5425 glikogenu, czyli 1,35%.

Cukru wytworzyło się $2 - 1,28 = 0,72$, glikogenu przetworzyło się $2,237 - 1,35 = 0,887$, z tej ilości glikogenu może się wytworzyć 0,985 cukru gronowego. Niedobór w ilości cukru wynosi = 0,265.

Doświadczenie XXVI. Z 25,0 grm. wątroby w 10 minut po śmierci zwierzęcia otrzymano 462 ctm. sześcienn. odwaru, 20 ctm. sześcienn. dały przy redukcji $0,0157 \text{ Cu}_2\text{O} - 0,0079$ cukru gronowego, w 462 ctm. sześcienn. 0,182, czyli 0,72%.

Z 25,0 grm. wątroby otrzymano po 10 minutach 1,1043 czyli 4,4172% glikogenu.

Z 25,0 gr. wątroby w 4 godziny po śmierci otrzymano 473 ctm. sześcienn. odwaru, 20 ctm. sześcienn. przy redukcji dały $0,027 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,0136$ cukru gronowego, w 473 ctm. sześcienn. = 0,322 czyli 1,29%.

Z 25,0 grm. w 4 godziny po śmierci otrzymano 0,98 czyli 3,92% glikogenu.

Cukru wytworzyło się $1,29 - 0,72 = 0,57$.

Glikogenu przetworzyło się $4,4172 - 3,92 = 0,4972$, z ilości tej może się wytworzyć 0,552 cukru gronowego. Ilość wytworzonego cukru prawie odpowiada ilości przetworzonego glikogenu. Nadwyżka w ilości wytworzonego cukru = 0,018.

Z 25,0 grm. wątroby w 24 godzin po śmierci otrzymano odwaru 400 ctm. sześcienn., 20 ctm. sześcienn. dały $0,0657 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,033125$ cukru, w 400 ctm. sześcienn. = 0,6625, czyli 2,65%.

Z 25,0 grm. wątroby po 24 godzinach otrzymano 0,7815 czyli 3,125% glikogenu.

Cukru wytworzyło się $2,65 - 1,29 = 1,36$, glikogenu przetworzyło się $3,92 - 3,125 = 0,794$, z tej ilości może wytworzyć się 0,891 cukru gronowego. Nadwyżka w ilości wytworzonego cukru = 0,469.

Doświadczenie XXVII. W 15 minut po śmierci zwierzęcia z 25,0 grm. wątroby otrzymano 310 ctm. sześcienn. odwaru, 40 ctm. sześcienn. dały przy redukcji $0,0717 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,0361$ cukru gronowego, w 100,0 grm. wątroby = 1,12%.

Z 25 grm. wątroby w 15 minut po śmierci otrzymano 1,0965 glikogenu, czyli 4,386%.

Po 4 godzinach z 25,0 grm. tejże wątroby otrzymano 480 ctm. sześcienn. odwaru, 40 ctm. sześcienn. dały $0,0885 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,0446$ cukru gronowego, w 480 ctm. sześcienn. 0,5352, czyli 2,14%.

Z 25,0 grm. wątroby po 4 godzinach otrzymano 0,9795 czyli 3,918% glikogenu.

Cukru wytworzyło się $2,14 - 1,12 = 1,02$.

Glikogenu przetworzyło się $4,386 - 3,918 = 0,468$, z tej ilości wytworzyły by się mogło 0,51948. Nadwyżka w ilości wytworzonego cukru = 0,5.

Po 8 godzinach z 25,0 grm. otrzymano 420 ctm. sześciennych odwaru, 40 ctm. sześciennych dały $0,085 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,0424$ cukru, w 420 = 0,45 czyli 1,8% cukru gronowego.

Po 8 godzinach z 25,0 grm. wątroby otrzymano glikogenu 0,9425 czyli 3,77%.

Wytwarzanie cukru nie zostało skonstatowanem, przeciwnie ilość cukru zmniejszyła się o 0,34. Glikogenu przetworzyło się $3,918 - 3,77 = 0,148$, z tej ilości może wytworzyć się 0,165 cukru gronowego. Niedobór w ilości wytworzonego cukru = 0,5 [0,164 - 0,34].

Po 24 godzinach z 25,0 grm. wątroby otrzymano 0,741 czyli 2,964% glikogenu.

Po 24 godzinach z 25,0 grm. wątroby otrzymano 440 ctm. sześcienn. odwaru, 40 ctm. sześcienn. dały $0,1185 \text{ Cu}_2\text{O} = 0,05975$ cukru gronowego, w 440 ctm. sześć. = 0,657 czyli 2,63%.

Cukru wytworzyło się $2,63 - 1,3 = 0,83$, glikogenu przetworzyło się $3,77 - 2,964 = 0,806$, z tej ilości może wytworzyć się 0,895 cukru gronowego. Niedobór w ilości wytworzonego cukru = 0,065.

Dodane poniżej tablice ułatwiają zestawienie otrzymanych wyników.

Tablica VIII.

№ doświadczel.	W 15 minut po śmierci w 100 grm. wątroby było		Po 4 godzinach otrzymano w 100 gr. wątroby.		Po 8 godzinach otrzymano.		Po 24 godzinach otrzymano.	
	glikogenu	cukru	glikogenu	cukru.	glikogenu	cukru.	glikogenu	cukru.
XXI	8,037	0,928	—	—	—	—	6,35	2,94
XXII	3,383	1,27	—	—	—	—	2,236	1,96
XXIII	2,5	0,73	—	—	—	—	1,145	1,8
XXIV	3,23	1,2	2,51	1,7	—	—	—	—
XXV	3,3	1,03	2,237	1,28	—	—	1,35	2,0
XXVI	4,4172	0,72	3,92	1,29	—	—	3,126	2,65
XXVII	4,386	1,12	3,918	2,14	3,77	1,8	2,964	2,63

To znaczy, że na jedną część wytworzonego cukru gronowego przypada zniknięcie 1,02 części glikogenu.

A więc, w wątrobie po śmierci, ilość wytworzonego cukru nie tylko całkowicie pokrytą bywa przez ilość glikogenu przetworzonego, lecz nawet mniejszą jest od tej, jaka wytworzyć by się mogła, gdyby glikogen przemieniał się jedynie na cukier gronowy i gdyby cukier gronowy przez czas przemiany nie ulegał innym zmianom, np. gdyby nie fermentował.

Ztąd wypada, że poszukiwać innego źródła wytworzenia cukru, prócz glikogenu, nie ma potrzeby.

Tablica XIV.

Znikło glikogenu.	Wytworzyło się cukru.
1,687	2,012
1,147	0,74
1,35	1,07
0,72	0,5
1,063	0,25
0,887	0,72
0,497	0,57
0,794	1,356
0,468	1,02
0,806	0,83
0,148	0,34
Średnio	0,869
	0,885

Doświadczenia podjęte w celu uzasadnienia twierdzenia tego ciekawe są i pod innym jeszcze względem. Pozornie bowiem z doświadczeń tych wynika, że sprawa wytwarzania cukru wątrobowego w pierwszych godzinach po śmierci nie przedstawia się jednakowo z tą sprawą toczącą się w godzinach późniejszych.

Stosunek między ilością glikogenu przetworzonego i ilością cukru, wytworzonego przez pierwsze 24 godzin po śmierci = $1,474 : 1,37 = 1,076$. [Ilość glikogenu przemienionego — średnia: $+ 1,687 + 1,147 + 1,35 + 1,95 + 1,291 + 1,422$, ilość wytworzonego cukru — średnia: $+ 2,012 + 0,74 + 1,07 + 0,97 + 1,93 + 1,51$].

Stosunek między ilością glikogenu przetworzonego i wytworzonego cukru przez pierwsze 4 godzin po śmierci = $0,687 : 0,562 = 1,22$. [Ilość glikogenu przemienionego — średnia: $+ 0,72 + 1,063 + 0,497 + 0,468$, ilość wytworzonego cukru — średnia: $+ 0,41 + 0,25 + 0,57 + 1,02$].

Stosunek między ilością glikogenu przetworzonego i wytworzonego cukru w okresie czasu 4—24 godzin po śmierci = $0,875 : 0,969 = 0,9$. [Ilość glikogenu przemienionego — średnia: $+ 0,887 + 0,794 + 0,954$, ilość wytworzonego cukru — średnia: $+ 0,72 + 1,356 + 0,83$].

Ztąd widzimy, że przez pierwsze 4 godziny po śmierci zwierzęcia przetwarza się więcej glikogenu, niż wytwarza cukru, jeśli cukier wytworzony jest

gronowym jedynie, w 4 godziny po śmierci zwierzęcia ilość przetworzonego glikogenu w wątrobie prawie ściśle odpowiada ilości wytworzonego cukru, jeśli uważać cukier wątrobowy, jako gronowy [$0,875 \times 1,11 = 0,971$ przewyższa 0,969 o 0,002 — omyłkę taką, mając na uwadze niezupełną ścisłość sposobów oznaczania glikogenu i cukru, zaliczyć można do omyłek w granicach analizy będących].

W rzeczywistości stosunek między ilością przetworzonego glikogenu i wytworzonego cukru powinien być nawet cokolwiek większy od wykazanego przez nas.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

14. Nocard i Roux. O hodowaniu laseczników gruźliczych.

Do nauki o doświadczalnym badaniu gruźlicy przybywa nowy ważny fakt, wykryty przez NOCARD'a i ROUX. Autorowie ci mianowicie przekonali się, że dodatek gliceryny do gruntów odżywczych dla hodowli laseczników gruźliczych w wysokim stopniu przyspiesza i ułatwia rozwój tych pasorzytów. Wpływ gliceryny jest tak wydatny, że hodowle po upływie kilku dni są tak rozwinięte jak hodowle bez tego dodatku po tygodniach zaledwie. Sądząc z dołączonej do pracy N. i R. tablicy, przedstawiającej fotografowane hodowle laseczników gruźliczych na gruncie odżywczym z gliceryną i bez niej, rezultat można nazwać istotnie świetnym. Prócz tego laseczniki gruźlicze hodować się dają łatwo w ten sposób nie tylko na skrzepłej surowicy krwi [co dotychczas prawie wyłącznie robiono] lecz i na agarze, a także w buljonie z dodatkiem gliceryny. Nawet w płynie mineralnym z dodatkiem gliceryny, podobnego składu do płynu COHN'a, można widzieć po 40 dniach rozwijanie się laseczników gruźliczych.

Ilość gliceryny dodawanej wynosi 6 — 8% na wagę [do rosołu wołowego z peptonem 5%]. Jeszcze lepsze poniekąd wyniki otrzymuje się przez dodanie do gruntu odżywczego [surowicy krwi] gliceryny i peptonu [pepton obojętny rozpuszcza się na zimno w glicerynie w stosunku 20% i po wysterylizowaniu dodaje do surowicy]. Surowica z gliceryną potrzebuje do stężenia wyższej ciepłoty niż bez tego dodatku [$75-78^{\circ}$ C.]. Hodowle na agarze z gliceryną z powodu przezroczystości nadają się dobrze do fotografowania.

Co się tyczy wejrzenia makroskopowego, to hodowle na gruncie stałym są białawe, z czasem cokolwiek żółtawymi się stają; pozór mają tłustawy, wilgotny, półprzezroczysty. Oddzielne kolonie laseczników są z początku blaszeczkowate, okrągławe, przezroczyste w środku i ostro okonturowane; powiększając się stają się brunatnawe i grubsze, brodawkowate, z brzegami falistymi, nierównymi.

Hodowle w buljonie [przeszczepione ze stałego gruntu] widoczne są po 8—10 dniach w postaci płateczków rozpraszających się przy wstrząśnieniu i osadzających się na dnie naczyń; w 3 tygodnie płateczki osadzone na dnie są większe cokolwiek, podobne do hodowli laseczników karbunkulowych, ale zbit-sze, nierozpraszające się.

Przy badaniu drobnowidzowym preparatów zabarwionych, laseczniki hodowane na stałym gruncie glicerynowym wydają się cokolwiek grubszymi niż pasorzyty z hodowli zwykłej ze surowicy. Są też krótsze od tych które znajdujemy w plwocinie. Zresztą własności barwienia się są z początku

przynajmniej te same; w starszych hodowlach laseczniki przedstawiają często formy zgrubiałe i barwią się słabiej. L a s e c z n i k i hodowane w bulionie z gliceryną [wołowym, kurzym] wydają się cokolwiek mniejszymi od rosnących na gruncie stałym i są poplątane; później powiększają się; starsze słabiej się barwią i dostrzedz w nich można ciemniejsze ziarna, posiadające z u p e ł n i e w y g ł ą d z a r o d n i k ó w; ziarn tych bywa 2, 3, jedno lub kilka w całej długości lasecznika; z wiekiem hodowli, ziarna stają się liczniejsze i wyraźniejsze ¹⁾.

Co się tyczy działania gliceryny, to autorowie przypuszczają, że ona nietylko chroni od wysychania lecz zdaje się być wprost pokarmem dla laseczników gruzliczych, ilość bowiem gliceryny zmniejsza się w miarę wzrastania hodowli. Niewiadomo czy gliceryna się spala, czy w nowe produkty przechodzi. Odczyn pozostawał alkalicznym. Na uwagę zasługuje fakt, że laseczniki na glicerynowym gruncie wyhodowane nabierają tak silnej żywotności, że można je dalej hodować łatwo i szybko już i na czystym agarze lub zwykłej surowicy.

Jadowitość laseczników w ten sposób hodowanych zachowuje się w wysokim stopniu: dziesiąta hodowla na agarze glicerynowym wprowadzona w bardzo małej ilości do jamy otrzewnej u świnki morskiej wywołuje zupełny obraz gruzlicy w 4 tygodnie; wstrzyknięta do żyły na uchu królika zabija zwierzę po 15—25 dniach.

Przy tej sposobności NOCARD i ROUX podają niektóre przepisy dotyczące metod badania, a mianowicie otrzymywania krwi na surowicę ze zwierzęcia żywego [wypuszczenie trójgranicem z żyły szyjowej]. Dalej zalecają do hodowli agarowych płaskie cylindryczne słoiki z przystosowaną pokrywką i otworkiem watą zatkanym w bocznej ścianie, służącym do wprowadzenia igły przy zaszczepianiu ²⁾. Wreszcie polecają zamiast płytek agarowych rurki 25—30 cent długie a 2—3 szerokie, które można dyamentem rozcinać od wewnątrz wzdłuż, na rylniki w celu bezpośredniego mikroskopowego badania. Szczegóły odnośne znajdzie czytelnik w oryginale.

W. Mayzel.

[*Annales de l'Institut Pasteur N. 1. (25 Janvier 1887).*]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 5 Kwietnia 1887 r. kol. REICHMAN okazał zawartość żołądka, koloru różowego, wyciągniętą po uprzednim przepłókaniu żołądka i wprowadzeniu doń wody przekroplonej. Zazwyczaj, jak wiadomo, zawartość taka jest bezbarwną, niekiedy tylko koloru błękitnawego lub zielonawego, przyczem niewiadomo dotąd od czego barwa ta zależy. Co się tyczy zawartości koloru różowego, to takową widzi dopiero poraz drugi; w danym przypadku przypuszcza, że barwa ta zależy od obecności jakichś drobnoustrojów. Kol. BUJWID wraz z mowcą otrzymali z zawartości tej hodowlę na żelatynie, w której okazały się laseczniki, zbliżone do laseczników siennych (*bac. subtilis*), nieco tylko od tych ostatnich krótsze i cieńsze, bakteryje te dają z kwasem solnym takąż reakcyję [zabarwienie różowe] jak i bakteryje cholery. Kol. BUJWID

¹⁾ Takie „paciorokowate“ — jak je nazwać można — laseczniki gruzlicze napotykałem niejednokrotnie w płwocinie, zarówno w przypadkach, w których badanie fizykalne wykazywało jamę w płucu, jak i tam gdzie jamy podejrzewać nie było można; głównie jednak w serowatych bryłkach wydzielających się niekiedy w płwocinie suchotników. Wejrzenie paciorkowate laseczników w preparatach barwionych płynem NEELSEN-ZIEBL'a, nie zależy tu od działania kwasu użytego do odbarwiania. Przy innej sposobności powrócę do tego przedmiotu. (*Przyp. sprawozdawcy*).

²⁾ Podczas pobytu na kursach w pracowni Kocza widziałem u D-ra GLOBIG'a hodowle laseczników gruzliczych w takich płaskich naczynkach [bez otworu bocznego] dobrze choć powoli rozwijające się na surowicy. (*Przyp. spraw*)

w tejsze kwestyi zaznaczył, że jak się detalicznie przekonywa, barwnik ten jest różny od barwnika bakteryj cholery, gdyż po odparowaniu roztworu [z kwasem solnym] barwnik tych ostatnich traci swój kolor, pierwszych zaś zachowuje różowy kolor. Nie jest w stanie przewidzieć z pewnością, czy barwa wspomnianej zawartości żołądka zależy od drobnoustrojów, czy też od czego innego.

Następnie kol. RUPPERT odczytał rzecz p. t. „O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszynym.“

Krwotoki kiszkowe dawniejszemi czasy uważane były jako objaw bardzo ciężki w tyfusie brzuszynym. Dopiero GRAVES z Dublina i TROUSSEAU wygłosili wprost przeciwne zapatrywanie, że krwotoki kiszkowe w tyfusie brzuszynym najczęściej stanowią objaw dający rokowanie pomyślne. Pogląd ten udzielił się wielu innym autorom i lekarzom. PETER przypisuje nawet krwotokom wzmiankowanym wpływ krytyczny na przebieg tyfusu brzuszynego. JACCOUD z całą siłą odpiera tę teorię. Przyczynę tej sprzeczności kol. R. widzi w tem, że wymienieni autorowie opierali swe wnioski na szczupłej ilości przypadków. Statystyka GRIESINGER'a i LIEBERMEISTER'a, oparta na stosunkowo wysokich cyfrach, wykazuje nam, że przeszło $\frac{1}{3}$ część chorych na tyfus brzuszyn powikłany krwotokami umiera. Chociaż obliczenia obu ostatnio wymienionych autorów dają już pewniejsze pojęcia o znaczeniu tego powikłania w tyfusie brzuszynym, to jednak przyznać trzeba, że tylko szczegółowa statystyka kliniczna i szczegółowy rozbiór objawów klinicznych i warunków występowania krwotoków dałyby możność ściślejszego rokowania w pojedynczych przypadkach przy łóżku chorego, rzeczy szczególnie ważnej w praktyce prywatnej.

Od roku 1880 kol. R. spostrzegł 6 przypadków tyfusu brzuszynego powikłanego krwotokami kiszkowemi; wszystkie one miały zejście niepomyślne, zakończyły się śmiercią. Ze względu na małą liczbę spostrzeganych przypadków, statystyki kol. R. nie podaje; historyj chorób przytacza dwie, zaznaczając, że pozostałe 4 przypadki miały przebieg podobny do podanego poniżej spostrzeżenia drugiego. Pierwszy z tych dwóch przypadków dotyczył 29 letniej kobiety [w r. 1885 w szpitalu zapasowym]; krwotok wystąpił tu 15-go dnia choroby wskutek błędu dyjetetycznego, chora bowiem w nocy zjadła surowe jabłko, poczem wystąpiły silne bólesi w brzuchu i wkrótce krwotok tak gwałtowny, że wystąpiły objawy zapaści. Krwotok się więcej nie powtórzył. Od następnego dnia chora zaczęła silnie gorączkować i dopiero na trzeci dzień wystąpiły objawy prawostronnego zapalenia płuc. W 13 dni po krwotoku chora zmarła, a sekcya wykazała zmiany właściwe *pneum. croup.* w późniejszym okresie i wrzody tyfusowe w kiszce cienkiej w okresie gojenia. Drugi przypadek dotyczył 62 letniego mężczyzny [1886 r. z praktyki prywatnej]. Chory był otyły i dotknięty rozedną płuc, krwotok wystąpił tu 18 dnia choroby po pewnym wysiłku fizycznym; od tej pory [od rana] do godz. 10 wieczorem, dnia następnego krwotok z przerwami kilkogodzinnemi ciągle się powtarzał. Początkowo krwotoki nie były obfite, to też dopiero przedostatni wywołał objawy zapaści. Przy ostatnim krwotoku wystąpiły pół godziny trwające dreszcze i podniesienie ciepłoty do $39,5^{\circ}$ C.. W 3 godziny po ostatnim krwotoku chory zmarł. W pierwszym przypadku przyczyna mechaniczna podziałała na naczynia, będące w stanie silnego przekrwienia, utrata zaś obfita krwi stała się powodem zmniejszenia odporności organizmu na rozwijające się nowe powikłanie, t. j. zapalenie płuc; w drugim przypadku, zarówno jak w 4 pozostałych, śmierć pozostawała w ściślejszym związku z krwotokami, musiały zaś tu istnieć szczególne warunki podtrzymujące ciągle krwawienia.

Opierając się na wynikach badań pośmiertnych, a mianowicie, iż rzadko tylko daje się wykazać pęknięcie jakiegos większego naczynia kiszkowego i biorąc pod uwagę przebieg kliniczny, musimy przyjąć, że krwotoki te są mięszzowe że zachodzą na rozległej przestrzeni i nie ograniczają się do miejsc zajętych

przez owrządzenia. Dzieje się tu podobnie jak w niektórych przypadkach krwotoków płucnych u sochotników. Nowsze badania [RAYMOND i inni] wykazują, iż przyczyną krwawienia są zmiany w ścianach najdrobniejszych naczyń i naczyniach włosowatych i że wylewy krwi mogą zachodzić *per diapadesin*, obfitsze zaś krwotoki następują wskutek przerwania tychże zmienionych naczyń na rozległej przestrzeni. Kol. R. sądzi, że takie właśnie miększe krwotoki miały miejsce w jego przypadku drugim [i w 4 pozostałych]. W konkluzji dochodzi do wniosku, że przypadki powikłane przez krwotoki kiszkowe, pominąwszy krwotoki przypadkowe, stoją w blizkim związku do tych przypadków tyfusu brzuszego, w których obok krwotoków kiszkowych występują liczne wylewy krwi w innych narządach; różnica polega na tem, że skłonność do krwawienia obejmuje w pierwszych tylko naczynia kiszkowe, w drugich zaś występuje i w innych narządach. Zmiany zaś w ścianach naczyń muszą zachodzić w przebiegu tyfusu i prawdopodobnie pod wpływem zarazka tyfusu brzuszego. Przyjmując takie tłumaczenie, łatwo zrozumieć przypuszczenie istnienia pewnego krwotocznego *genius epidemicus*, występującego w przebiegu niektórych epidemij tyfusowych. Obok tych krwotocznych postaci tyfusu brzuszego, zdarzają się krwotoki kiszkowe w przebiegu tyfusu najzupełniej przypadkowo występujące z powodu wpływów zewnętrznych [przyp. pierwszy] lub też w skutek jakiegoś szczególnego umiejscowienia wrzodu i następnie przerwania jakiej większej gałązki tętniczej. Krwotoki takie, o ile na razie nie spowodują śmierci, powinny dawać rokowania lepsze, niż krwotoki jako właściwość tyfusu występujące. Ponieważ jednak na razie trudno jest przewidzieć czy krwotok będzie się powtarzał, więc w każdym razie wystąpienie krwotoku, choćby na razie ciężkich przypadłości nie wywołał, winno być jako zły znak uważane. Pogarsza jeszcze rokowanie przewidywanie ostrego zakażenia krwi, jak to miało miejsce w przypadku drugim kol. R. wskutek możności wessania produktów rozkładu wylanej krwi.

Co do znaczenia okresu choroby, w którym krwotok się zjawia, to oczywiście w późniejszym okresie, z powodu wycieńczenia chorego, nawet jednorazowy krwotok łatwo spowodować może upadek sił, w tym więc czasie są one cięższe, niż w okresach początkowych. Rozumie się, że złe warunki cyrkulacyjne [rozedma, cierpienia serca] pogarszają rokowanie. Wobec ostatnich badań i te różniejszego pojęcia o naturze cierpien zakaźnych, poglądy TROUSSEAU i PETER'a ostać się mogą.

W kwestyi leczenia powiedzieć można tylko, że ponieważ środki, mające działać miejscowo na źródła krwawienia, celu nie osiągają, pozostają nam tylko środki działaniem swem wytwarzające możliwie pomyslnie warunki dla wstrzymania krwotoku, takimi są makowiec, ergotyna i okłady lodowe na brzuch. Obok stosowania tych środków bez kwestyi nie należy zapominać o odżywianiu chorego, a w razie upadku sił o środkach podniecających.

W trakcie dyskusji nad pracą kol. R., kol. PRZEWÓSKI zgodził się najzupełniej z twierdzeniami mówcy, że przyczyną krwotoków w tyfusie brzuszonym muszą być pewne zmiany w ścianie naczyń, lub może i w krwi samej, powodujące takie krwotoczne usposobienie. Przy krwotokach w ciągu pierwszych 15 dni, gdy wrzody się jeszcze nie wytworzyły, krwotoki nie mogą zależeć od czego innego; pęknięcie większego naczynia miejsca tu mieć nie może; kol. P. miał sposobność obserwować na sekcji wypadek, w którym krwotok wystąpił 4-go czy 5-go dnia choroby, a równocześnie jako dowód krwotocznego usposobienia spostrzegął wylewy krwawe i na innych błonach śluzowych. Po 15 dniach krwotoku z przerwonego większego naczynia również nigdy nie widział, pomimo że nieraz szukał takiej zmiany za pomocą nastrzykiwania *arteriae mesaraicae superioris*. Myśli nawet, że sama anatomiczna budowa do tego nie usposabia, albowiem we wszystkich warstwach ściany kiszkowej znajdują się, jak wiemy, tylko drobne tętniczki, dzieje się to zarówno w tych miejscach, gdzie istnieją wrzody

na blaszkach PEYER'a jak i na miejscu owrzodziałych gruczolów solitarnych. Krwotoki więc w tyfusie brzuszny mogą tylko parenchymatyczne, wskutek nadżarcia ścian drobnych naczyń krwionośnych. Otóż nieproporcjonalność obfitości krwotoków do wielkości światła uszkodzonych naczyń, PRZEWOŚKI bierze za dowód działania w takich razach pewnego usposobienia krwotocznego. Natomiast nie może się zgodzić ze zdaniem kol. R., aby i w suchotach krwotoki płucne powstawały w tenże sposób, ponieważ zawsze prawie wykazać tu można pęknięcie większego naczynia lub tętniaka. Kol. SOKOŁOWSKI na 100 przypadków tyfusu brzusznego obserwował 4 razy krwotoki kiszkowe, raz z pomyślnem a 3 razy ze śmiertelnem zejściem [z tych 2 razy śmierć nastąpiła wskutek powtarzających się krwawień, raz zaś, podobnie jak w przypadku kol. R., wskutek zapalenia płuc]. Nie sądzi aby taka przyczyna jak zjedzenie jabłka lub coś podobnego mogło spowodować krwotok, z drugiej zaś strony skłania się do przyjęcia, że dyjateza krwotoczna istnieć może u ludzi starych lub pijaków, w jego zaś przypadkach krwotoki występowały u ludzi młodych przedtem zupełnie zdrowych. Co do terapii to zawsze stosował makowiec i okłady lodowe Prof. BARANOWSKI zgadza się z kol. R. co do bezskuteczności stosowania miejscowego środków ściągających przy krwotokach kiszkowych w tyfusie; oprócz jednak zimna i preparatów sporyszu istnieje jeszcze jeden środek niezmiernie ważny i mający specjalne wskazanie w takich właśnie przypadkach, o jakich kol. R. wspominał, t. j. w razie podrażnienia kiszek nieodpowiednim pokarmem lub przy obawie zatrucia produktami rozkładowemi krwi; środkiem tym jest olej k r a c z n i k o w y, który bez wzmoczenia ruchów robaczkowych kiszek usuwa źródło podrażnienia i zakażenia. W bardzo ciężkich przypadkach, gdzie krwi wylało się dużo i szybko rozwijały się w wielkiej ilości gazy cuchnące, prof. B. widział znakomite rezultaty przy podaniu tego środka. Kol. OETUSZEWSKI miał sposobność obserwować w jednym przypadku również doskonałe wyniki przy wczesnem stosowaniu *ol. ric.* Zgadza się z kol. R. na przypuszczenie istnienia pewnego *genii epidemici* krwotocznego podczas niektórych epidemij. Kol. DOBRZYCKI w ciągu 16 letniej swej praktyki szpitalnej miał sposobność obserwować 780 — 800 przypadków tyfusu brzusznego, wśród których było kilkanaście z krwotokami kiszkowemi; z tej liczby chorych wszyscy prawie zmarli; zawsze przyczyną krwotoku były błędy dyjetetyczne. Kol. D. nie może zgodzić się, aby *per diapadesin* mógł powstać większy krwotok kiszkowy, jak utrzymywali uprzedni mowcy. Kol. PRZEWOŚKI w kwestyi usposobienia krwotocznego naczyń przytacza jeszcze spostrzeżenie, gdzie widział krwotok kiszkowy bardzo obfity w początkowym okresie dyfterytu kiszek cienkiej i grubej. W końcu kol. RUPPERT przytacza jeden przypisek *cholaemiae*, w którym pod koniec życia były obfite krwawienia z płuc i kiszek, przy sekcji zaś nie zdołano wykryć ani jednego przerwanego większego naczynia. W tym więc przypadku mogła być tylko ogólna nigdy zaś miejscowa przyczyna. W chorobach, gdzie przyjmujemy cierpienie krwi, istnieją najprawdopodobniej zmiany w naczyniach, będące przyczyną krwawienia.

W końcu posiedzenia kol. SZTEMBARTH okazał potwór wydobyty przezeń przed kilku tygodniami. Wezwany przez jednego z kolegów do rodzącej, kol. SZTEMBARTH znalazł główkę płodu oderwaną, plecy i rączki już wywiązane, poród zaś mimo to wcale nie postępował; przy badaniu okazało się, że nie wywiązana jeszcze część płodu przechodzi w znacznej wielkości, gładki i wyraźnie chelboczący guz; po wprowadzeniu do jamy macicy ostrego haka i rozdarcia ścian wzmiankowanego guza, przyczem wydzielilo się dużo płynnej wodnistej zawartości, kol. SZTEMBARTH dokonał ekstrakcyi płodu. Po dokładniejszem rozcięciu ścian brzuszka, wewnątrz takowego znaleziono drugi gładki chelboczący guz, zawierający również płyn wodnisty. Po bliższem zbadaniu okazało się, że drugi ten guz leżący ku dołowi w jamie brzusznej, jest pęcherzem moczowym, do którego dochodziły od nerek moczowody [po stronie prawej nerki nie było,

istniało tylko nadnercze], cewki moczowej *resp.* zewnętrzny jej otwór wcale nie było. Części pciowych zewnętrznych i wewnętrznych brak zupełny, a tylko po stronie prawej znaleziono podłużną czerwonawą wypukłość, którą prof. BRODOWSKI określił jako zarodkowy jajnik. Kiszka gruba nie kończyła się otworem zewnętrznym [stolcowym] lecz jest ślepo przyrośnięta do górnej ściany pęcherza moczowego. Kol. SZTEMBARTH w końcu wspomniał o przeszkodach przy porodzie zależnych od potworności główki płodu i jego tułowia, nadmieniał o konieczności ścisłego zdawania sobie sprawy z takowych trudności, aby być w stanie zastosować odpowiednią metodę leczniczą, co ze względu na rzadkość tego rodzaju przypadków jest rzeczą trudną i wymagającą doświadczenia.

Na początku posiedzenia kol. T. NEUGEBAUER okazał preparaty miednicy spondylolistetycznej i rzadki okaz *pelvis fissae*.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Zmarł tu D-r LUDWIK DAREWSKI w wieku lat 69, były ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Jubileusze: We Lwowie obchodzono uroczyste 30-letni jubileusz protomodyka prof. D-r BIEŚLADECKIEGO. Redakcja „Gazety Lekarskiej“, korzystając ze sposobności, przesała okolicznościowy telegram uczonemu profesorowi.

W Bazylei obchodzono w Lutym r. b. jubileusz 25-letniej profesury D-r SOCIN'a.

W Wiedniu obchodzić będą jubileusz 25-letniej profesury POLITZER'a.

W Berlinie obchodzono jubileusz 25-letniej docentury prof. LEWIN'a.

Berlin. Następcą zmarłego K. SCHROEDER'a na tutejszej katedrze akuszeryi i ginekologii będzie prof. OLSHAUSEN z Halli.

Insbruk. Profesorem okulistyki tutejszego uniwersytetu mianowany został D-r BORYSIKIEWICZ docent z Wiednia.

Praga. Zmarł tu w d. 31 Marca r. b. w 70 r. życia JAN STRENG profesor akuszeryi, był rektor uniwersytetu czeskiego.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 26 Kwietnia 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) GAJKIEWICZ. Przedstawienie chorego z zanikiem połowy języka (*haemiatrophia linguae*).
- 2) DUNIN. Sprawozdanie z prac kol. Wł. BRUNERA.
- 3) BRUNNER. Przedstawienie nowych aparatów elektro-lekarskich pomysłu BERENTA oraz mikrotomu własnego pomysłu.
- 4) JASIŃSKI. a) Rzadki przypadek kyfozy. b) Śmierć płodu podczas porodu od uwężnienia wrodzonej przepukliny pępkowej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd Lekarski Nr. 15. MIERZEJEWSKI. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i środkach zaradczych. — GLÜCK. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie.

Medycyna Nr. 15. DOBRZYCKI. Sławuta. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za r. 1886.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt zakładu Tarasp.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY STEINERHOF *

pod Kapfenbergiem w Styryi (w Austryi)

(Zakład otwarty przez cały rok).

Środki pomocnicze: Elektroterapia, masaże (mięsienie) Kąpiele elektryczne i igliwiove. Odległość od Wiednia 4 godz. jazdy koleją. W miejscu stacya kolejowa, pocztowa i telegraficzna.

Adres: Curort Steinerhof bei Kapfenberg in Steiermark, (Oesterreich).

Właściciel zakładu A. W. Gostkowski

Dr. Mikołaj Winnicki.

* Odróżnić od obok położonego zakładu Fürstenhof.

10—1

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—3

Zakład wodoleczniczy Bad Elgersburg w Lesie Turyngskim (Thüringer Wald).

Najwięcej renomowany, już r. 1837 założony zakład dla zastosowania hydro-elektro- i pneumatoterapii; dla masażu i gimnastyki leczniczej, dla leczenia dyjetetycznego, klimatycznego i terenowego; dla kuracyi Mitchella (celem utycia), dla kuracyi serwatkowej oraz wypozytku letniego w przepysznej górskiej okolicy. Znacomite rezultaty w najrozmaitszych cierpieniach, przedewszystkiem w chorobach nerwowych. Sezon od 1-go Kwietnia do 1-go Października. Leczenie hydropatyczne przez cały rok. 520 metrów nad powierzchnią morza. Stacyja kolei żelaznej. Wyborne pożywienie. Tanie ceny. Bliższych wiadomości (gratis i franco nadsyła się prospekty) udzieli dyrekcya:

Dr. med. Barwiński. — Fr. Mohr.

5—2

EMSKE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE (Wilhelmsquelle)

wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innemi 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—5

„VICTORIA”

Naturalna
Woda
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skute cznych części więcej niż Hundyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radece Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambi.**—Prospekta wysła gratis Dyrekeyja. Wien, Stefansplatz— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie. 10—4

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wenera w Warszawie, Długa № 16

poleca

Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Lyżeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiernego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga** — znakomity środek odżywcy, 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. Grüblera z Lipska oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych. 0—3

Dr. F. Chłapowski

ordynować będzie w tém lecie jak w poprzednich
w **Kissingen** (w Bawarii)

6—1

6—1

SOLEC

w gubernii Kieleckiej, powiecie Stopnickim

Najsilniejsze i najskuteczniejsze ze znanych wody siarczano-słone, jod i brom w obfitości zawierające, kąpiele mineralne, mułowe, masaż, elektryka.

Bale i reüniony dwa razy na tydzień, muzyka, czytelnia, fortepian, teatr. Mieszkania wygodne, restauracyja, po enach nader niskich.

Sezon od 20 Maja do 15 Września.

Droga do Kiele koleją, z Kiele szosą mil ośm karetą pocztową lub wygodną dorożką miejscową.

KĄPIELE ST. MORITZ

Engadin

1769 Metrów nad
powierz. morza.

Szwajcaryja

Najwyżej położona miejscowość kąpielowa i stacyja klimatyczna w Europie—pierwszorzędną z najsilniejszymi szczawami żelazistemi, kąpielami mineralnemi i hydroterapią. Wskazana przeciwko: bezkrwistości, newrozie, osłabieniach.

Sezon od połowy Czerwca do połowy Września, W zimie zamknięty.

Najwykwintniejsze hotele w kąpielach St. Moritz: Kurhaus, Victoria, du Lac, Hof St. Moritz, Hotel Hornbachera, Engadiner Hof. 6—1

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Dyrekeyja w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

—	Hunyadi Janos	31.92	„	i 0.79	„
—	Friedrichshali	11.20	„		

Stuttgart w Marcu 1882.

10—1

Radca Tajny von Fehling.

Dr. Mieczysław Kittel

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

10—1

WIESBADEN

D-R POSPIŚIL

5—1

mieszka teraz na Geissbergstr. № 6 (u Kochbrunn)

Doktor Medycyny Stanisław Bęklewski

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

0—4



Fabryka wód mineralnych

Magistra Farmacji

W. KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece
ulica Elektoralna Nr. 39.

Ekspedycja na wszystkie dworce kolejowe. Cenniki gratis i franco.— Numer telefonu 412.

10—1

W. Karpiński.