

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 drobnym pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego miejsce.

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

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

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.
 Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSZCZY SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYL, ASTMIE,
OCHRYPIENIU, CHOROZOM KRTANI etc.

o wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obolą-
zają 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 uycia takowego

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

6 SAINT-MENHOUŁ
wymagać Marki fabry-
karskiej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się od-
dycha przejmując się wylęciami
Smoly i wprowadza je do siedliska
cierpienia. Dzięki tej specjalnej
własności działania jakoteż ich
składowi Pastyłki te sądzęca-
ją skuteczną własność leczenia
wszystkich chorób w których smo-
ła bywa zalecana. Są one niezbęd-
ne dla palących tytonia, dla osób nadie-
rżających głos i dla tych których zatr-
udnienia wystawiają ich na skutki kurzu
i wyzwoleń rozdratniających.

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

(Należy wymagać

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

Żelazo D-ra Girard'a (dozwolone w Rosyji)

W raporcie swoim do Akademii medycznej w Paryżu, Prof. Hérard pisze: „że prepa-
rat ten chorzy chętnie przyjmują, żołądek dobrze go znosi; w dawce 10—20 centigramów
„dzienne podnosi siły i leczy bladaczkę i małokrwistość, jak wszelkie dobre przetwory żelaza;
„główną zaś zaletą tej nowej soli żelaznej pod względem terapeutycznym jest to, że nie spro-
„wadza zatwardzenia, a nawet zwiększając dawkę do 30, 40, 50 centigramów można wywo-
„łać wypróżnienia.“

(Bulletin de l'Académie de Médecine: 2 série t. I. 1872, pag. 1109 seq.)

Skład w Paryżu, 8, ulica Vivienne, oraz we wszystkich aptekach.

KAPSUŁKI Z MATICO

p. GRIMAULT. (dozwolone w Rosyji)

Kapsułki te, o powłoczce glutenowej, zawierają olejek z matico, oraz z balsamem ko-
pajwowym, zarobiony do konsystencji stałej za pomocą magnezji palonej.

Esencja z Matico, oprócz swych specjalnych własności, posiada jeszcze i tę, że de-
zinfekuje zupełnie balsam kopajwy i czyni go znośnym dla żołądka, przytem kiedy kap-
sułki żelatynowe rozpuszczają się w żołądku to kapsułki z Matico p. Grimault, dzięki swej
powłoczce glutenowej, rozpuszczają się dopiero przy przejściu do kiszek, przez co działają
szybko i bezpośrednio na narządy moczopłciowe.

Są one bardzo skuteczne przy leczeniu rzerzączki, zapalenia szyjki pęcherza, oraz
nieżytu pęch rza.

Skład w Paryżu, 8, ulica Vivienne, oraz we wszystkich Aptekach.

WODY MINERALNE NATURALNE

Główny Skład przy Aptece

K. LILPOPA

Ulica Nowy-Świat Nr. 60 obok Ordynackiej.

Poleca się ze świeżo otrzymanymi tegorocznymi wodami mineralnymi.

Sprowadza je wprost od zarządów źródłowych i w miarę potrzeby ciągle nowymi zapasy uzupełnia.

Wraz z wodami nadchodzą produkta źródłowe, jako to: Sole, Pastyłki, Mydła, Ługi, Szlamy i inne.

Broszurki nadsyłane ze źródeł, oraz przewodnik dla leczących się wodami mineralnymi i cennik, dołącza się bezpłatnie.

Do przygotowania serwatki apteka wyrabia pastylki z pomocą których najtaniej otrzymuje się dobrą serwatkę. 3—1

W Instytucie wód mineralnych w Ogrodzie Saskim

wydawany jest przez dzień cały

KEFIR

z zakładu BIERTÜMPFLA i GESSNERA

Al. Jerozolimska 27 róg Kruczej

dawny zakład **D-ra Wszyńskiego** 3—1

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—9

Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).

T A R A S P

Engadin. 1185 met. nad płaszczyzną Szwajcaryi.

Otwarcie Hotelu Zakładu Tarasp 1 Czerwca.

Znakomite źródła zawierające sól glauberską, przechodzące składem i zawartością kwasu węglanego 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; Eeke; Giesser. w Petersburgu: Stoll i Schmidt. 12→6

INSTYTUT WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH I NATURALNYCH MAGISTRA FARMACJI LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

w Warszawie, róg ulicy Królewskiej i Marszałkowskiej wprost Ogrodu Saskiego.
przez JW. Ministra Spraw Wewnętrznych i JW. Generał Gubernatora Warszawskiego zatwierdzony,
a pod nadzorem Rady Lekarskiej zostający

Zawiadamia WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność leczącą się, że w lokalu wyżej wymienionym i urządzonym podług wszelkich wymagań i potrzeb tegoczesnej nauki, rozpoczął się od dnia 15 Maja w bieżącym sezonie Abonament leczenia się i picia Wód Mineralnych sztucznych i naturalnych, ze źródeł krajowych i zagranicznych czerpanych.

Abonament trwać będzie do 3 (15) Września, codziennie od 6 rano do 10 $\frac{1}{2}$ przed połudn.

Instytut połączony jest z Fabryką Wód Mineralnych sztucznych, zaopatrzoną w aparata najnowszej konstrukcyi, oraz z głównym składem wód naturalnych istniejącym oddawna przy mojej Aptece i zostającym w bezpośrednich stosunkach ze wszystkimi Zarządami Zdrojowisk Zagranicznych i Krajowych.

Wody Naturalne, najświeższego wiosennego czerpania, ekspedjowane są na szklanki, przez oziębianie zaś lub ogrzewanie doprowadzone są do temperatury odpowiedniej właściwym ich źródłom.

Wody Mineralne sztuczne, tak zimne jak i gorące podczas picia tychże, wydawane są z maszyn zaopatrzonych w termometry i manometry, przez co nie tylko temperatura lecz i prężność gazów, starannie może być przestrzegana.

Za Serwatkę, mleko i sól Karlsbadzką, dodawane do Wód, podług wskazań Lekarzy, nie się nie dolicza.

Oprócz takowych Instytut zaopatrzony jest w rozmaite sole i produkta źródłowe, potrzebne do przyrządzania kąpieeli ciepłych.

Sąsiedztwo z ogrodem Saskim, od którego Instytut jest oddalony na kilka kroków, ułatwia niezbędną przy leczeniu się Wodami Mineralnymi przechadzkę na świeżem otwartem powietrzu i pozwala korzystać z miejsc ustępowych wygodnie w tymże ogrodzie Saskim od ulicy Królewskiej i obok Teatru letniego urządzonych.

Broszury dotyczące zachowania się przy piciu wód—leczącym się w Instytucie udzielane są bezpłatnie.

Ceny Abonamentu picia Wód Mineralnych sztucznych umiarkowane. Dla osób zaś należących do stanu nauczycielskiego, duchownego, oraz dla studentów i uczniów, urzędników i artystów Teatru, jeżeli będą żądać i przedstawią poświadczenie lekarza odstępuje się 25 procent. Za Wody naturalne płaci się ceny składowe.

3—2

Stacja kolei
Tarnowo-Leluchowski
Muszyna-Krynica
10 kilom. od Zakładu
(1 godzina jazdy)

KRYNICA

Poczta, Telegraf, Sąd po-
wiatowy, Notaryat i Biuro
wywiadowcze, w miejscu.

w Galicyi c. k., ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY,
od 15 Maja do 30 Września 1887 otwarty.

posiada liczne zdroje szczawu alkaliczno-żelazistej, 2 gmachy łaźni o 100 gabinetach, w których wydaje się kąpiele mineralne pełne, tudzież nasiadowe i natryskowe, wreszcie borowinowe i gazowe; zakład dostarcza ogółem wszelkie urządzenia do kuracyi i uprzyjemnienia pobytu potrzebne. W miejscu znajduje się także apteka, zakład gimnastyczny, żętyczny, kilka mleczarni, restauracyj, cukiernie, piekarnie, liczne sklepy, i pracownie krawieckie i szewskie. Pokoje mieszkalnych zupełnie urządzonych w domach skarbowych i u prywatnych przeszło 1,100, między temi przeszło 350 z piecami. Czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, teatr polski, orkiestra zdrojowa, spacer, schroniska, park obszaru 35 hektarów w połączeniu z lasami szpilkowemi, wycieczki w okolicę, reuniony i bale. Podczas sezonu ordynuje 7 lekarzy. Biuro informacyjne udziela **bezpłatnie** wszelkich szczegółów. Przy każdym pociągu oczekują przy dworcu kolejowym fiakry i wózki góralskie. Stałe ceny pomieszkań, tudzież kąpiel mineralnych, borowinowych i hydropatycznych, są w Maju, Czerwcu i Wrześniu o jedną trzecią części tańsze.

Mieszkania na okresy po 24 godzin są w skarbowym domu „pod Zamkiem“ do wynajęcia.

C. k. Zakład hydropatyczny w Krynicy.

pod kierownictwem specyjalisty D-ra Ebersa, otwartą również od 15 Maja do 30 Września 1887, posiada dla użytku osób leczenia hydropatycznego używających osobną restauracyę, kasyno i pokoje mieszkalne.

Począwszy od 7 Maja do połowy Września, wychodzi tygodnik „Krynica“ poświęcony sprawom zdrojowisk.

Zamówienia na wodę mineralną Krynicką i Słotwińską, przyjmuje i na listy frankowane odpowiada,

C. k. Zarząd Zakładu zdrojowego w Krynicy.

3—2

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności. — II. L. KRAUSE. Dwa przypadki ciężcia podbrzusznego. — III. K. ZAWISZA. Przypadek długotrwałej gorączki o typie przepuszczającym [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 20. ROSENHEIM. Przyczynę do moczopędnego działania przetworów rtęci. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. O CHIRURGICZNYM LECZENIU SUCHOT KRTANI I ICH WYLECZALNOŚCI.

Skreślił

Dr Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

Dnia 2 Marca 1886 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, przedstawiłem Sz. Kolegom szereg spostrzeżeń, zebranych w przeciągu lat dziesięciu, które upoważniały mnie do śmiałego na pozór wniosku, że pewne postacie owrzodzeń gruźliczych, towarzyszące t. zw. suchotom krtani, mogą się zabliznić i krtani na czas dłuższy lub krótszy, zależnie od stanu sił, odżywiania chorego i od rozległości sprawy gruźliczej umiejscowionej w płucach, może częściowo lub całkowicie odzyskać swe czynności. Opierałem się przytem na jedenastu spostrzeżeniach, z których 8 żadnych pod względem rozpoznania nie przedstawiając wątpliwości i zakończyły się względem wyzdrowieniem, uzyskanem przez zastosowanie ogólnego leczenia, mającego na celu wzmocnienie ustroju i postawienie go o ile można w najlepszych higienicznych warunkach. Szczęśliwy ten, a tak rzadki wynik, określiłem jako *sanatio spontanea*, rozumiejąc przez to nie zależność jego od miejscowego leczenia, lub od swoistego działania któregoś z stosowanych przezemnie leków, lecz ogólne wzmocnienie ustroju i warunki. Łatwo jednak pojąć, że sam fakt wyzdrowienia, dotąd uważany za wielce wątpliwy, wzbudził we mnie nadzieję i zachętę do badań, o ile leczenie miejscowe zdoła wpłynąć na przyspieszenie zabliznienia owrzodzeń gruźliczych, a zatem i na usunięcie trudności w przełykaniu, który to objaw wszelką poprawę odżywiania czynił niemożliwą, a nadzieję wyzdrowienia złudną. Usiłowania moje do pewnego stopnia uwieńczone zostały pomyślnym wynikiem i już w roku 1884 ogłosiłem na zjeździe międzynarodowym, odbytym w Kopenhadze, kilka odnoś-

nych spostrzeżeń, dowodzących, że pod wpływem przyżegań kwasem chromnym, pewne postacie owrzodzeń gruzliczych okazują skłonność do zabliznienia, zarówno w krtani, jako też i w gardzieli ¹⁾). Niezmierna rzadkość tego rodzaju wyników i ogólny sceptycyzm panujący w tym względzie, zniewoliły mnie wtedy do sformułowania wniosków ze wszelkimi zastrzeżeniami, koniecznymi zarówno z powodu małej liczby spostrzeżeń, jak krótkiego czasu spotrzegania.

Stwierdzona jednak wyleczalność owrzodzeń gruzliczych pod wpływem kwasu chromnego pozwalała mieć nadzieję wykrycia innych leków, skuteczniejszych od używanych dotąd i zachęcała do dalszych badań. Metoda leczenia tych owrzodzeń kwasem mlecznym, podana przez KRAUZE'go w Berlinie i ogłoszona w Czerwcu 1885 r., znalazła we mnie gorliwego zwolennika, a po kilku miesiącach stosowania tego środka u kilkunastu chorych, uzyskawszy względnie świetne wyniki, podzieliłem się niemi z Szanownymi Kolegami i przedstawiłem na temże posiedzeniu 3 chorych, leczonych w szpitalu, z częściowo zabliznionymi owrzodzeniami, bądź w krtani, bądź na języku. Podałem przytem i treściwy opis historyj choroby leczonych w ten sposób pacjentów, a w kilka miesięcy później, pracę obszerniejszą o tej metodzie drukowałem w „Medycynie“ ²⁾).

Podając tamże i kazuistykę, zawierającą opis 22 spostrzeżeń owrzodzeń gruzliczych krtani, z których 4 zakończyły się zupełnem zabliznieniem, 2 częściowem podgojeniem się owrzodzeń, u 8 zaś chorych uzyskałem bardzo znaczną poprawę czynnościową. Kazuistyka ta wymaga obecnie dopełnienia, ponieważ niektórzy z opisanych chorych umarli, u innych pojawiły się powroty choroby, wreszcie ponieważ od tego czasu, t. j. od Marca 1886 r. liczba nowych spostrzeżeń i dodatnich wyników leczenia znacznie się powiększyła. Większa liczba chorych, jakoteż dłuższa obserwacja, dały mi możność lepszego i dokładniejszego zbadania wskazań i wypróbowania innych środków i metod, które miały na celu uzupełnić działanie kwasu mlecznego, lub gdy takowy nie był znoszony, zastąpić go innym lekiem, wreszcie zapobiedz rozpadowi już wytworzonych nasieków gruzliczych, zapobiedz zatem utrudnionemu połykaniu i jego następstwom.

Z podanych w dawniejszej pracy wywodów i spostrzeżeń, wynikał mojem zdaniem fakt, bynajmniej nie nowy, poparty powagą innych badaczy, że owrzodzenia gruzlicze krtani są wyleczalne, bądź goją się samowolnie, bądź, i to o wiele szybciej i częściej, pod wpływem miejscowego leczenia. Zdanie to podzielał wszyscy, którzy chorych takich będą mieli w obserwacji przez czas dłuższy i z odpowiednio wyrobioną techniką, niezrażeni częstem niepowodzeniem, każdy przypadek suchot krtani, w początkowym ich okresie, będą leczyć z tą wiarą, że wynik zachęcający w większości przypadków uzyskać jeszcze można. Przekonają się wtedy, że jeżeli niezawsze zdrowie zupełne przywrócić zdołamy, natomiast prawie zawsze udaje się złagodzić ból, poprawić odżywianie, często uzyskać zabliznienie krótkotrwałe, a w szczęśliwych warunkach, na miesiące lub lata

¹⁾ Kwas chromny, jako środek leczniczy w cierpieniach nosa, gardzieli i krtani. Gazeta Lekarska Nr. 41 i t. d. 1884.

²⁾ Medycyna. Nr. 24, 25, 26, 27, 28. 1886.

możemy życie chorego przedłużyć. Że zdanie to napotka na opozycję, że sobie dopiero powagę wywalczył musi, że spostrzeżenia moje mogą być zakwestyjonowane, o tem ani na chwilę nie wątpiłem. Rzecz była nową, poglądy niezgodne z panującą ogólnie opinią, a więc śmiało, cóż dziwnego, że wzbudzą opozycję. Nikt, powiada KALINKA „nie wywraca dawnych utartych pojęć, nie wywołując przeciw sobie pewnego rozdrażnienia, może nawet oburzenia i z tem trzeba się zawczasu oswoić, czekać spokojnie aż prawda przedrze się przez mgły i wyjaśni“¹⁾).

Celem niniejszej pracy jest przekonanie Szanownych Kolegów z jednej strony o możliwości zablźnienia się owrzodzeń gruźliczych krtani, z drugiej znowu — o koniecznej potrzebie reformy radykalnej w leczeniu suchot gardlanych. Czas wreszcie porzucić dawniejszy indyferentyzm, wygodny może nieraz, lecz tak szkodliwy w swych skutkach. Postaram się przekonać Sz. Kolegów, że opierając się na chirurgii i antyseptyce, przy ciąglem uwzględnianiu ogólnego stanu chorego, t. j. dążeniu do poprawy sił i odżywiania, bez swoistych laseczniki niszczących środków, dużo bardzo uzyskać można, pomimo tak groźnej sprawy, jaką dla ustroju stanowi połączenie suchot krtani z suchotami płuc. Odsyłając Czytelnika do poprzednio ogłoszonych w tym względzie prac, drukowanych w roku zeszłym w „Medycynie“ (l. c.) i w „Gazecie Lekarskiej“²⁾, postaram się wykazać słuszność mych zapatrywań na drodze zarówno klinicznej obserwacji, jako też poszukiwań anatomo-patologicznych. Zmuszony więc jestem pracę tę rozpocząć od przedstawienia zasadniczych zmian, jakim w ostatnich latach uległa nauka o suchotach krtani, przypomnieć prace HEINZE'go i jego następców, głównie zaś posługiwać się przy rozpoznaniu gruźlicy obecnością laseczników KOCH'a, wykazanych bądź w wydzielinie, bądź w tkankach gruźliczo zwyrodnionych.

Rozdział o owrzodzeniach gruźliczych oparty jest na własnych poszukiwaniach, w ciągu roku zeszłego dokonanych i zgodnych po części z wynikami badań EPPINGER'a i ORTH'a, po części uzupełniających takowe. Znajdzie tu Czytelnik i etjologiję t. zw. owrzodzeń nieżytych, w streszczeniu podane różniczkowe rozpoznanie od t. zw. nadżarę gruźliczych, które ciągle jeszcze dla niektórych kolegów służą jako podstawa, na której opierają swe wątpliwości co do zablźniania się owrzodzeń gruźliczych.

Dzięki łaskawej pomocy prof. HOYERA, miałem również możność sprawdzenia pewnych faktów, co do powstawania owrzodzeń krtani u zwierząt, a mianowicie u królików, którym Szanowny Profesor zaszczerpił gruźlicę, przez wstrzyknięcie do żył czystej hodowli laseczników KOCH'a. U jednego z tych zwierząt rozwinęły się owrzodzenia na strunach głosowych (*phthisis laryngea tuberculosa artificialis*). Miałem więc, jedyną może dotąd, a przynajmniej nie opisaną jeszcze nigdzie sposobność, badania suchot krtani u zwierząt i zbadania pod drobnowidzem odnośnych preparatów. Aby rozmiarów tej pracy zbytnio nie powiększać, zmuszony jestem pewne rozdziały podawać w streszczeniu, odkładając sobie szczegółowe opisy drobnowidzowych badań do innego miejsca.

¹⁾ Sejm czteroletni.

²⁾ O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych krtani i t. d. Nr. 28 i 29. 1866.

W chwili gdy słowa te kreślę, mam przed sobą owoc wspólnej pracy klinicyistów i fizjologów francuzkich, wydanej pod tytułem: „*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le Prof. VERNEUIL*“.

Zawiera ona prace 19 lekarzy, dotyczące najważniejszych rozdziałów zarówno etyologii jak i strony klinicznej i anatomo-patologicznej gruźlicy.

Treść kilku tych prac Sz. Kolegom zakomunikuję, głównie zaś tych, które zajmują się kwestyjami klinicznymi, a mianowicie poszukiwaniami nad osłabianiem jadu gruźliczego [GOSSELIN], nad jego zapobieganiem [RAYMOND i ARTHAU], nad rozprzestrzenieniem się gruźlicy w ustroju [VERNEUIL], leczeniem t. zw. *adénopathies cervicales*, t. j. gruźlicy gruczołów limfatycznych szyjowych [VÉRCHÉRE], wreszcie badaniem nad dziedzicznością gruźlicy [LANDOUZY et MARTIN]. Szkoła francuzka, której przedstawicielom nauka o gruźlicy zawdzięcza, klasyczne prace LAËNNEC'a i VILLEMIN'a, nie spoczywa na laurach i z zapalem, z wiarą niezachwianą w pożytek swych usiłowań, kroczy dalej na drodze postępu. Może ona dla pewnej grupy konserwatystów stanowić przykład zapału do nauki i pożytku zbiorowych, z pewnym planem prowadzonych poszukiwań. Nie przesądzają wcale francuzcy uczeni wyników swych badań, ale wytrwale szukają i śledzą dalej, grupują fakty, analizują je, a wstrzymując się od uogólnienia swych wyników i przedwczesnego klinicznego wnioskowania, gromadzą powoli materjał, który kiedyś wielką dla nauki przynieść może korzyść i pożytek dla zdziśiatkowanej tą straszłą chorobą ludzkości.

Zarzuca im dziś może, że są optymistami, że łudzą się nadzieją znalezienia leków przeciw chorobie, którą wieki całe uznały za niewyleczalną! Zapewne, są to optymiści, lecz w najszlachetniejszym słowa tego znaczeniu. Oto wyznanie wiary ich przewodnika prof. VERNEUIL'a.

„Potrzeba nam badać i szukać, szukać jeszcze, szukać ciągle, szukać zawsze!“ „Gdy jednak klinika od wieków, pracując, dała nam w kwestyi leczenia gruźlicy wątpliwe tylko wyniki, musimy się zwrócić do doświadczenia i korzystać bądź ze środków już wypróbowanych, jako skuteczne w leczeniu innych chorób zakaźnych, bądź wynaleźć nowe, gdy tamte wykażą nam swą bezsilność. Wiem dobrze, powiada francuzki klinicyista, że próby robione w tym kierunku pozostały bezowocne; ważność jednak zadania zmusza nas, aby do nich powrócić, aby je zbadać ponownie, a to tem bardziej, że: 1) natura sama, jakkolwiek rzadko, lecz gruźlicę, 2) że znamy drogi któremi dochodzi ona do wyleczenia, 3) że wreszcie środki nasze w niektórych razach zdolne są wyleczyć sprawę gruźlicze“.

Dzięki ofiarności grona paryzkich profesorów i bogatych obywateli, wytworzył się fundusz 54,000 franków, z którego czerpią oni środki dla poszukiwań doświadczalnych, dla premijów mających wynagradzać lekarzy pracujących z pożytkiem na tem polu i zachęcić ich do dalszej pracy. W liście ofiarodawców znajdujemy nazwiska prof. BOUCHARD, BROUARDEL, CHARCOT, CORNIL, DAMASCHINO, FOURNIER i t. d..

Widzimy więc jak skrzętnie na tem polu gromadzą się pracownicy, z jaką gorliwością biorą się do badań. Cokolwiek one nam przyniosą, zawsze przyczynią się do wyjaśnienia kwestyi, do ułatwienia drogi następcom. Mimowoli przychodzi mi na myśl, wobec tego zapału, wobec tych usiłowań, pytanie, na które

radbym usłyszeć odpowiedź z ust ludzi kompetentnych. Czy u nas, pomimo rozlicznych miejscowych trudności i przeszkód, nie zdołano by wśród kolegów, obeznanych już z metodą doświadczalnego badania, myśl tę podnieść, zabrać się również do wspólnej w tym kierunku pracy i choć jedną cegielkę przyłożyć do gmachu, którego podwaliny dotąd pracą innych narodów wzniesiono.

Etyjologija i Anatomija patologiczna suchot krtani.

Pojęcia o istocie t. z. suchot krtaniowych z biegiem czasu różnym ulegały zmianom. Dawniej nazwą tą określano każde przewlekłe cierpienie krtani lub tchawicy, kończące się śmiercią chorego. Dokładny opis suchot gardlanych podał dopiero LAËNNEC w 1819 r. i on był pierwszym, który je określił jako gruźlicę krtani. Pogląd ten wielokrotnie zwalczany, dziś wreszcie uznanym został jako prawdziwy i naukowo stwierdzony przez KOCH'a na drodze bakteryjologicznych poszukiwań. Już LOUIS występował [1825] przeciwko zdaniu LAËNNEC'a, sądził bowiem, że owrzodzenia krtani powstają wskutek drażnienia błony śluzowej wydzieliną, pochodzącą z płuc, *resp.* z jam, i że takowa, zatrzymując się w niej dłuższy czas, prowadzi do nadżarę i do owrzodzeń. Opierał się przytem na topograficznem rozmieszczeniu tych owrzodzeń, ich częstotści na tylnej ścianie tchawicy, lub na krtaniowej powierzchni nagłośni, wreszcie na częstem ich pojawieniu się w tych gałęziach oskrzeli, które bezpośrednio prowadzą do jamy, gdzie więc dłuższy czas błona śluzowa stykała się z ich wydzieliną.

Tłómaczenie powstawania owrzodzeń w ten sposób zachwianem zostało przez TROUSSEAU'a [rok 1827] i jego następców. Dziś wobec danych doświadczalnych, co do zaraźliwości płwociny, jako zawierającej laseczniki, pogląd ten ma pewną racyję bytu, na co w ostatnich czasach zwrócili już uwagę SCHOTELLUS, ORTH i FISCHER. Własne moje spostrzeżenia co do gruźlicy gardzieli, również za tem przemawiają, do czego w innem miejscu powrócę. Późniejsze badania VIRCHOW'a, który stanowczo oświadczył się za gruźliczem pochodzeniem suchot krtaniowych, zostały znowu podane w wątpliwość poszukiwaniami RINDFLEISCH'a, który główne zmiany, napotykanne przy suchotach krtani, t. j. sprawę rozpadu, zarówno jak formy pierwotnych owrzodzeń gruźliczych, przypisywał bądź to zmianom w samych gruczołach śluzowych, bądź owrzodzeniu wylotu ich przewodów. Nie przecząc bezwarunkowo pojawianiu się gruzelków prosówkowych w błonie śluzowej krtani, kładł on jednak nacisk na to, że zniszczenia głębokie i owrzodzenia błony śluzowej są następstwem sprawy zapalnej (*entzündliche Neubildung*), a nie wynikiem rozpadu gruzelków.

Owrzodzenia gruźlicze tchawicy, zdaniem RINDFLEISCH'a, powstawać mają wskutek sprawy nieżytowej w przewodach gruczołów śluzowych, do czego dołącza się wkrótce sprawa ropienia. Prowadzi ona do owrzodzeń lejkatych, okrągłych, ostro odgraniczonych, na dnie opatrzonych nieraz zagłębieniem, pozostałym po zniszczeniu gruczołu, lub rozszerzonym ujściem przewodu. Przez zlanie się kilku drobnych owrzodzeń powstawać mają owe gronkowate owrzodzenia, charakterystyczne dla sprawy gruźliczej, które szybko zagłębiają się,

gdyż, jak wiadomo, gruczoly śluzowe leżą dość głęboko w tkance podśluzowe. Ponieważ gruczoly te otaczają chrząstki nalewkowe i wogóle leżą w pobliżu ochrzęstnej, łatwo zrozumieć, że w miarę posuwania się sprawy prowadzą one do jej zapaleń, do obnażenia takowej, wreszcie do obumarcia chrząstki, do nekrozy, słowem do coraz głębszych zniszczeń. Pogląd RINDFLEISCH'a, co do szerzenia się sprawy owrzodzeń za pośrednictwem gruczolów, potwierdzić mogłem kilka razy, badając gruzlicę tchawicy ¹⁾. Natomiast zapatrywanie się jego co do udziału gruzlicy przy suchotach krtani i usuwanie jej znaczenia na drugi plan, nie jest jednak zgodne z rzeczywistością i obalone zostało pracą HEINZE'go, ogłoszoną w r. 1879 ²⁾. Dzięki tej pracy, jako punkt wyjścia i jedyną przyczynę wszystkich zmian, napotykaných przy suchotach krtani, czy to natury zapalno-przerostowej, czy też rozpadowej, połączonej z owrzodzeniem, należy uważać nasiek gruzliczy błony śluzowej, przyczem, jak słusznie powiada SCHECH, charakter sprawy bądź ostry bądź przewlekły podrzędną zupełnie gra rolę.

Owrzodzenia gruzlicze, zdaniem HEINZE'go, charakteryzują się obecnością gruzelków w brzegach, lub na dnie wrzodu. Uważa on jednak i takie owrzodzenia za gruzlicze, w których, jakkolwiek na dnie lub brzegach nie znajdziemy typowego obrazu siatkowatego gruzelka, znajdujemy natomiast odosobnione lub w tkance adenoidalnej ułożone komórki olbrzymie. Dla HEINZE'go zatem, gruzelkiem jest twór milijarny, okrągły, powstały z nagromadzenia komórek limfoidalnych, ułożonych w tkance siatkowej [adenoidalnej].

Zmiany drobnowidzowe, zachodzące w błonie śluzowej krtani przy jej gruzliczym nasięku, są w krótkości następujące.

Nacieczenie gruzlicze pojawia się przy przewlekłym cierpieniu krtani zawsze prawie jako sprawa ograniczona do niewielkiej przestrzeni, czasami w kilku miejscach, wyjątkowo tylko ogarnia odrazu całą błonę śluzową krtani.

Warstwa nabłonka bywa zwykle z początku w całości zachowaną. Pod nim znajdujemy obfity pokład komórek okrągłych, najobfitszy u góry, mniej liczny w głębszych warstwach błony śluzowej. W nasięku tym drobnokomórkowym porozrzucane są mniej lub więcej obficie gruzelki, t. j. okrągłe lub owalne twory, złożone z komórek okrągłych, bądź z domieszką komórek epitelijoidalnych. Stosownie do czasu trwania tej sprawy, np. z początku, gdy gruzelek jest młody, zawierają one niekiedy komórki olbrzymie, ułożone w siatce adenoidalnej, lecz gdy gruzelek uległ już przemianom wstecznym — masę drobnodziarnistą, z rozpadu komórek powstałą. Starsze postacie nie posiadają zwykle siatki adenoidalnej, a raczej takowa zakryta jest przez licznie nagromadzone komórki gruzelka. Formy te są także mniej wyraźnie od reszty tkanki odgraniczone, a wśród drobnodziarnistego ich środka, można znaleźć większe komórki, endotelialne, lub twory żółtawe, bezkształtne, matowo połyskujące, które są pozostałością stłuszczonej i zwyrodnionych komórek olbrzymich.

Czasami kilka gruzelków, zlewając się z sobą, tworzy większy guzik, bogaty nieraz w komórki olbrzymie i zwykle odgraniczający się od reszty tkanki,

¹⁾ O stosunku gruzlicy do zapalenia i t. d. r. 1872. Rozprawa konkursowa uwieńczona nagrodą D-ra HELBICHA.

²⁾ Die Kehlkopfschwindsucht.

mniej lub więcej jeszcze prawidłowej, warstwą kolistą tkanki łącznej, powstałej na drodze odczynowego zapalenia.

Sama błona śluzowa grubieje bardzo znacznie, przerasta, a na skutek ucisku naczyń krwionośnych powstają obrzęki zapalne, najsilniejsze na nagłośni i na więzach nagłośnio-nalewkowych. Im błona śluzowa luźniej przylega do tkanki podśluzowej, tem obrzęki te są znaczniejsze. Podczas kiedy w okresie świeżego nasięku, nie połączonego jeszcze z owrzodzeniem, konsystencyja tkanek jest dość znaczna (*oedème dur, sclerome francuzów*) z chwilą pojawienia się owrzodzeń, nagłośnia lub więzy grubieją i brzmią daleko silniej, a obrzęk taki wywołany jest zapaleniem odczynowem, ropieniem, ma więc charakter sprawy zapalnej, głównie umiejscowionej w pobliżu owrzodzeń. Należy pamiętać, że sprawa gruźlicza ma wrodzoną dążność do zabliznienia i że takowe przychodzi do skutku na podstawie eliminacyi gruźelków i następczego bujania tkanki łącznej, t. j. sprawy demarkcyjnej. Jeżeli charakter jej jest złośliwy, dalsze losy nasięku gruźliczego prowadzą zawsze do rozpadu, do owrzodzeń, do zniszczenia całego narządu. Rozpad, jak już wspomniałem, rozpoczyna się od powierzchni, a szybkość i rozległość jego zależą w danym przypadku nietylko od gruntu na którym się takowy rozwija, od odporności ustroju, od zapasu sił, od braku lub istnienia gorączki, lecz także od złośliwości zarazka, lub przyłączenia się do gruźliczego zakażenia zakażeń wtórnych, ropnych, czasami nawet gnilych! Zależy on również od umiejscowienia się sprawy, która stosownie do budowy anatomicznej organu mniej lub więcej szybko przebiegać może, stosownie do tego wśród jakich rozpościera się tkanek. To nam tłumaczy różnorodność obrazów klinicznych i anatomo patologicznych suchot krtani, uwarunkowanych rozmaitemi bardzo okolicznościami.

Słów jeszcze kilka poświęcę zmianom gruczołów śluzowych, gdyż do kwestyi tej później raz jeszcze zmuszony będę powrócić.

Wskutek ucisku nasiękiem gruźliczym, gruczoły śluzowe ulegają rozpadowi i zanikowi. Najdłużej zachowują się ich przewody wydzielające, które, jakkolwiek otoczone nasiękiem, zachowują nieraz prawidłową swą budowę i wyraźny nabłonek słupkowy. Przewód taki z głębi tkanki ciągnie się aż do powierzchni błony śluzowej, gdzie się szerokim nieraz owrzodzonym wylotem otwiera i te właśnie postacie opisał RINDFLEISCH, zbyt wielką do zmian w nich zachodzących przywiązując wagę.

Zmiany w samych gruczołach polegają bądź na przeroście tkanki łącznej i jej bujaniu pomiędzy zrazikami (*interacinöse Erkrankung*), bądź na nasięku komórkowym zrazików i późniejszym ich rozpadzie (*interacinöse Erkrankung*). Przez ciągłe napieranie i wypełnianie tkanki między-zrazikowej komórkami, zraziki gruczołów zostają uciśnięte, lub też miejscami rozsuwane. Jednocześnie komórki pokrywające ich błonę właściwą (*membrana propria*) oddzielają się, ulegają rozpadowi. Gruczoł sam wskutek tej sprawy traci swą postać, zapada się, wreszcie zanika, albo też później ulega zniszczeniu, gdy dołączy się do tego sprawa ropienia.

Odkładając opis zmian, zachodzących w naczyniach krwionośnych i mięśniach na później, podany tu obraz uzupełnić jeszcze winniśmy kilkoma

szczególami, a mianowicie uwzględnić następstwa do jakich prowadzi gruźlica nasiek błony śluzowej, zarówno w przypadkach z przebiegiem ostrym, jako też i przewlekłym.

Po tym, może przydługim nieco, lecz koniecznym dla zrozumienia etjologii owrzodzeń wstępie, pozwolę sobie streścić wyniki własnych poszukiwań drobnowidzowych nad ich naturą, podziałem, rozwojem i ich stosunkiem do laseczników Kocn'a.

Posiłkować się przy tem będę pracami SCHECH'a, a głównie pracą ORTH'a, pomieszczoną w jego świeżo ogłoszonej anatomii patologicznej. Trzymając się opisu podziału tamże podanego, uzupełniam go wynikami własnych badań odnośnych preparatów drobnowidzowych, głównie co do sprawy zablźnienia, która pod drobnowidzem dotąd zbadaną jeszcze nie była. [C. d. n.]

II. DWA PRZYPADKI CIĘCIA PODBRZUSZNEGO.

Podał

Łudwik Krause,

lekarz miejscowy szpitala starozakonných w Warszawie.

Usuwanie kamieni z pęcherza moczowego przez cięcie nadłonowe coraz więcej w ostatnich czasach bywa stosowanem, tak, iż liczba operacyj w ten sposób wykonanych z każdym rokiem znakomicie się powiększa. Jednakowoż nie wszystkie jeszcze pytania, dotyczące już to przedwstępnego przygotowania do operacji, już to niektórych części samej operacji, jako też leczenia następczego dostatecznie są rozstrzygnięte. Sądzę więc, że opis każdego przypadku, przyczyniającego się choć w części do rozwiązania jakiegoś pytania, zasługuje na uwagę.

I. J. K., 61 lat liczący rzeźnik z Brześcia, przybył do szpitala starozakonných dnia 13 Stycznia 1886 r. skarżąc się na bóle przy oddawaniu moczu. Prócz tyfusu brzuszne, który chory przechodził przed 30 laty, nigdy na nic nie chorował. Przed trzema laty bez żadnej przyczyny chory poczuł ból w otworze zewnętrznym cewki moczowej podczas oddawania moczu, który żadnych zmian widocznych nie przedstawiał. Bóle te przez pewien przeciąg czasu to znikaly, to znów się pojawiały, lecz w niewielkim stopniu, tak, iż nie bardzo dokuczaly choremu. Gdy w ostatnich czasach stan chorego bardzo się pogorszył, a lekarz do którego się udawał, nie przyniósł mu skutecznej pomocy, chory przyjechał do Warszawy.

Chory dobrej budowy ciała, odżywianie bardzo dobre, tkanka tłuszczowa podskórna dobrze rozwinięta. W narządach klatki piersiowej nie nieprawidłowego wykryć nie można. Brzuch lekko wzdęty, bolesny w okolicy pęcherza moczowego, szczególnie ze strony prawej; na tym boku z powodu jakiegoś parcia wewnątrz chory leżyc zupełnie nie może. J. K. uskarża się na częste parcie na mocz, który oddaje bardzo często w bardzo małej ilości z silnymi bólami w otworze

1) ORTH. Lehrbuch der pathologischen Anatomie, I część. str. 315.

zewnątrznym cewki moczowej. Po każdym oddawaniu moczu czuje silny ból w otworze stolcowym. Przy badaniu pęcherza moczowego za pomocą zgłębnika wyczuć się dawał kamień dość duży, twardy. Cewka moczowa rozciągliwa, przechodzi przez nią cewnik Nr. 23 podziałki CHARIÈRE'a. Badanie przez odbytnicę wykazało, że gruczoł krokowy jest dość twardy, nieco powiększony. Stan bezgorączkowy, tętno niezłe rozwinięte, 70 na minutę. Język obłożony, wilgotny, stolce prawidłowe. Zalecono choremu kąpiele ciepłe i każdodziennie przepłukiwanie pęcherza 1% roztynem ciepłego kwasu karbolowego.

Dnia 22. I. D r CHWAR, po zachloroformowaniu chorego i przepłukaniu pęcherza 1% roztynem ciepłego kwasu karbolowego, przystąpił do operacji skruszenia kamienia. Usiłowania jednak nie doprowadziły do żadnego celu. Kamień okazał się tak twardym, że kruszyły się tylko powierzchowne warstwy. Skruszenie zaś całego kamienia w żaden sposób skutecznie się nie dało, pomimo użycia najmocniejszego narzędzia, jakim rozporządzano. Po kilku takich usiłowaniach, zaniechano dalszej operacji, przepłukawszy dobrze pęcherz roztynem kwasu karbolowego.

Nazajutrz dnia 23. I. chory czuje się nieco osłabionym, ciepłota ciała normalna. Bóle podczas oddawaniu moczu powiększyły się, parcie na mocz coraz większe, tak, iż chory, szczególnie w nocy, co chwila usiłuje oddawać mocz, co skutecznia z bólem nie do zniesienia. Chcąc się raz już pozbyć swego cierpienia, chory prosi o operację, bez względu na to, jakieby ona skutki za sobą pociągnąć mogła.

Przystąpiono więc dnia 27. I., po należytem przygotowaniu chorego i zachloroformowaniu go, do wykonania cięcia podbrzusznego (*sectio hypogastrica*), w sposób zwykle używany. [Pęcherz kauczukowy do odbytnicy, 250 grm. roztworu kwasu bornego do pęcherza, podwiązanie prącia, cięcie w smudze białej, odśnięcie fałdy otrzewnej w górę palcem].

Pęcherz leżał nadzwyczaj głęboko, balon bowiem będący w odbytnicy, a mający służyć do podniesienia pęcherza, jak się później okazało, pękł; pociągnięto więc pęcherz za pomocą haczyka ostrego ku górze i przecięto na przetrzeniu około 3 ctm. Krwawienie było dość znaczne, ściany pęcherza okazały się zgrubiałe, błona słuźowa dość gładka. Kamień wyczuć było można na dnie pęcherza, ze strony prawej, wydobyto go dość łatwo za pomocą kleszczy prostych. Pęcherz następnie wypłukano 1% roztynem kwasu karbolowego, poczem w miejsce sączka i cewnika NÉLATON'a wprowadzono do cewki rurkę gumową długości około metra, w środku której zrobiono kilka dziurek i wyprowadzono ją przez dolny kąt rany pęcherza i brzucha na zewnątrz, bacząc przystem, aby część dziurkowana umieszczoną została w samym pęcherzu. Aby zapobiedz przesunięciu się rurki, przymocowano koniec wychodzący z cewki moczowej do rowka żołądździ, drugi zaś koniec przekłuto agrafką blisko dolnego otworu rany brzucha. Oba zaś końce rurki zanurzono w naczyniu napełnionem do połowy 2% roztynem kwasu karbolowego. Tym sposobem za pomocą owej rurki z jednej strony mocz miał swobodny odpływ przez cewkę moczową i zewnętrzną ranę, z drugiej strony można było swobodnie płukać pęcherz 4% roztynem kwasu bornego, co też 2 razy dziennie skuteczniało. Na ranę brzuszną, po dokładnem raz jeszcze przepłukaniu pęcherza 1% roztynem kwasu karbolowego, nałożono 3 głębokie szwy jedwabne. Opatrunek przeciwniętly.

Następnego dnia po operacji, stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,8° C., tętno słabo rozwinięte, 60 uderzeń na minutę. W nocy chory niedobrze spał. Brzuch w dolnej części i okolicy pęcherza bolesny, szczególnie ze strony lewej nadzwyczajna bolesność przy dotknięciu. Język obłożony, wilgotny. Przez rurkę mocz swobodnie odpływa do naczynia, napełnionego do połowy 2% roztynem kwasu karbolowego. Opatrunek bardzo mało moczem przesiąknięty.

Dnia 29. I. chory w nocy spał spokojnie. Brzuch w okolicy pęcherza szczególnie ze strony lewej bolesny. Stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,5° C. tętno słabe, 65 uderzeń na minutę. Język obłożony, łaknienie żadne. Brak stolca. Opatrunek bardzo mało moczem nasiąknięty. Wieczorem ciepłota 37,6° C., tętno 68.

Dnia 30. I. stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,5° C., tętno lepiej rozwinięte, 68 uderzeń na minutę. Brzuch w okolicy pęcherza mniej bolesny. Język oczyszcza się. Mocz swobodnie przez rurkę odpływa w dość dużej ilości. Pęcherz przemywano dwa razy dziennie 4% roztworem kwasu borskiego.

Dnia 31. I. Stan bezgorączkowy, ciepłota ciała 37,2° C., tętno dobrze rozwinięte, regularne, 64 uderzeń na minutę. Ból w okolicy pęcherza znacznie mniejszy. Język jeszcze tylko cokolwiek obłożony. Łaknienie umiarkowane.

Dnia 1. II. stan ogólny chorego niezły, nie ma gorączki. Ból brzucha w okolicy pęcherza przy dotknięciu bardzo nieznaczny. Rurkę kauczukową po należytym przepłukaniu pęcherza 4% roztworem kwasu borskiego przecięto blisko rany brzucha i usunięto zupełnie, natomiast wprowadzono do pęcherza cewnik NÉLATON'a Nr. 22, poczem jeszcze raz przemyto pęcherz. Dwa górne szwy zdjęto, rana na całej przestrzeni zablizniła się przez rychłozrost.

Dnia 2. II. stan bezgorączkowy, tętno dobrze rozwinięte. Brzuch przy obmacywaniu niebolesny wcale. Mocz swobodnie odpływa przez cewnik, cokolwiek tylko przechodzi przez otwór brzuszny i wala opatrunek. Język czysty. Łaknienie niezłe.

Dnia 5. II. zdjęto ostatni szew. Rana brzuszna zagojona przez rychłozrost, prócz otworu gdzie siedziała rurka.

Dnia 9. II. Otwór brzucha zaciąga się szybko, mało bardzo moczu przezeń się przedostaje. Cewnik NÉLATON'a usunięto zupełnie. Stan ogólny chorego zupełnie dobry.

Dnia 10. II. chory sam oddaje mocz w niewielkiej ilości naraz, bez bólu. Niewielka bardzo ilość moczu wydostaje się przez otwór brzuszny.

Dnia 11. II. stan ogólny chorego bardzo dobry. Mocz chory oddaje prawidłowo bez żadnego bólu. Otwór brzuszny bardzo mały, niezupełnie jeszcze zaciągnięty. Przez kilka dni następnych chory czuje się bardzo dobrze. Przez otworek brzuszny zawsze wydostaje się jeszcze kilka kropel moczu przy przepelnionym pęcherzu.

Dnia 19. II. z otworu brzusznego wyciągnięto ligaturę, która widocznie przez tak długi czas przeszkadzała zupełnemu zagojeniu się rany. Następnego dnia rana była zupełnie zagojona. Przy przepłukiwaniu pęcherza, nic płynu przez ścianę brzuszną nie wydostawało się. Chory oddaje mocz prawidłowo, bez żadnego bólu. Dnia 23. II. chory wypisany ze szpitala zdrów zupełnie.

K a m i e ń waży 61 grm. ma postać eliptyczną, nieco spłaszczoną, w niektórych miejscach ślady po usiłowaniu kruszenia, koloru szarego, powierzchnia rozkroju gładka, składa się z oddzielnych licznych warstw, nadzwyczaj twardy. Według rozbioru D-r NENCKIEGO składa on się z $\frac{2}{3}$ części moczanu sodu (*natrum uricum*) i z $\frac{1}{3}$ części kwasu moczowego.

II. J. M. chłopiec z Kowna, 7 lat liczący, przybył do szpitala dnia 24 Września 1886 roku, skarżąc się na ogromne bóle w cewce moczowej podczas oddawania moczu. Mając dwa lata, chory przechodził odrę, która zakończyła się bez wszelkich powikłań. Trzy lata temu chorował na tyfus, po przebyciu którego zaraz począł się skarżyć na owe bóle przy oddawaniu moczu. Przedsięwzięte środki z porady lekarzy dla ulżenia cierpienia, zasadzające się na zastosowaniu ciepłych kąpeli i podawaniu lekarstw do wewnątrz, nie doprowadziły do zupełnego wyleczenia, chociaż od czasu do czasu chory na pewien przeciąg

czasu doznawał ulgi. Kilka miesięcy temu stan chorego pogorszył się znacznie, wskutek czego ojciec dziecka postanowił udać się o pomoc do Warszawy.

Przy badaniu okazało się: chłopiec wąty, delikatnej budowy ciała, skóra blada, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta, układ mięśniowy i kostny bardzo słabo rozwinięty. W narządach klatki piersiowej nic nieprawidłowego wykryć nie można. Tętno serca czyste, chociaż dość słabe. Brzuch prawidłowo rozwinięty, przy dotykaniu ból nieznaczny w okolicy pęcherza moczowego. Chory skarży się na częste parcie na mocz, który oddaje w bardzo małej ilości z silnym bólem. Mocz przezroczysty, nic nieprawidłowego nie przedstawia. Przy badaniu pęcherza moczowego za pomocą zglębniaka wyczuć można kamień dość twardy, dużych dosyć rozmiarów. Cewka moczowa bardzo rozciągliwa, przechodzi przez nią cewnik Nr. 18 podziałki CHARIÈRE'a.

Dnia 24 Października D-r CHWAT przystąpił do operacji cięcia podbrzusznego. Po zachloroformowaniu chorego, oczyszczono należycie pole operacyjne 5% roztworem kwasu karbolowego, pęcherz kilka razy oczyszczono 4% roztworem kwasu bornego, następnie tegoż płynu wpuszczono do pęcherza około 100 ctm. sześciennych za pomocą cewnika metalowego, który zostawiono w pęcherzu do końca operacji, zatykając zewnętrzny jego otwór koreczkiem. Jak się później okazało, cewnik ten pozostawiony w pęcherzu oddawał znaczne usługi podczas operacji. Balonu kauczukowego do odbytnicy nie wprowadzono. Cięcie poprowadzono na linii środkowej, długości $4\frac{1}{2}$ ctm. na odległości 4 ctm. poniżej pępka. Dochodząc do rozciągniętej mięśni brzusznej, przecięto je na zglębniku żłobkowym. Fałda otrzewnej w ranie nie okazała się z początku wcale, tylko podczas nadymania się chorego, gdy zaczął się budzić, można było ją zauważyć w górnym kącie rany na nieznacznej przestrzeni tak, iż nie zachodziła nawet potrzeba odsunięcia jej ku górze. Krwawienie było bardzo nieznaczne, nie nałożono ani jednej ligatury. Pęcherz leżał dość głęboko; tu należyta usługę oddał nam cewnik pozostawiony w pęcherzu, gdyż przy naciskaniu go z góry na dół, podniesiono przednią ścianę pęcherza do wysokości rany brzusznej, ujęto ją za pomocą haka ostrego i przecięto na przestrzeni dwu ctm., krwawienie po przecięciu pęcherza było bardzo nieznaczne. Za pomocą palca można było się przekonać, że kamień leży na dnie pęcherza, wydobyto go więc za pomocą kleszczyków prostych. Po kilkakrotnym przepłukaniu pęcherza ciepłym 4% roztworem kwasu bornego, wprowadzono do cewki cewnik NÉLATON'a w środku dziurkowany i wyprowadzono go przez dolny kąt rany brzusznej na zewnątrz jak to zrobiono w pierwszym przypadku. Na ranę brzuszną nałożono 4 szwy jedwabne, pęcherz przemyto i nałożono opatrunek przeciwniebezpieczny.

Następnego dnia po operacji, chory czuje się bardzo osłabionym, ciepłota ciała podniesiona $39,3^{\circ}\text{C}$., tętno słabo rozwinięte, bardzo przyspieszone, około 100 uderzeń na minutę. Brzuch bolesny, szczególnie w okolicy pęcherza. Język obłożony, wilgotny. Pęcherz przemyto ciepłym 4% roztworem kwasu bornego.

Dnia 26. X. Stan gorączkowy, ciepłota ciała 38°C ., tętno jeszcze słabo rozwinięte. Ból brzucha w okolicy pęcherza moczowego nieco mniejszy. Usunięto kateter dziurkowany, natomiast wprowadzono do pęcherza cewnik NÉLATON'a Nr. 16 podziałki CHARIÈRE'a, aby mocz mógł swobodnie odpływać do naczyń napełnionych kwasem karbolowym.

Dnia 27. X. Stan bezgorączkowy, ciepłota $36,4^{\circ}\text{C}$., tętno słabe przyspieszone. Ból w okolicy pęcherza mniejszy. Język obłożony, wilgotny. Zdjęto szwy, brzegi rany rozchodzą się. Mocz przechodzi przez ranę brzuszną.

Dnia 28. X. Ciepłota ciała 37°C ., chory osłabiony, tętno słabo rozwinięte. Usunięto zupełnie cewnik NÉLATON'a, gdyż silnie drażnił cewkę. Mocz prze-

chodzi przez ranę brzuszną. W okolicy kości krzyżowej utworzyły się odleżyny (*decubitus*).

Dnia 30. X. Ciepłota ciała 37,5° C.. Stan ogólny nieco lepszy, tętno lepiej rozwinięte. Brzegi rany czyste.

Odtąd chory z każdym dniem czuł się lepiej, lanknienie wracało, powikłania żadnego nie zauważono. Mocz przechodzi przez ranę brzuszną, brzegi rany czyste, pokryte dobrą ziarniną.

Dnia 23. XI. Chory wypisany ze szpitala zdrów zupełnie, z małą powierzchnią ziarninującą w okolicy kości krzyżowej.

Kamień wielkości dużego orzecha włoskiego, okrągły, waży 5 gm. bardzo twardy, koloru ciemno brązowego, chropowaty, powierzchnia rozkroju gładka, koloru blado-kawowego z ciemno-brązowym jądrem. Składa się według rozbioru D-ra NENCKIEGO z $\frac{3}{4}$ części szczawianu wapnia i $\frac{1}{4}$ części moczianu sodu.

[D. n.]

III. PRZYPADEK DŁUGOTRWAŁEJ GORAĄCZKI

O TYPIE PRZEPUSZCZAJĄCYM.

Podał

K. Z a w i s z a.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 21].

Czwarte pytanie starałem się rozstrzygnąć według metody EWALD'a ¹⁾. Dałem więc chorej do zjedzenia naczeczko dwie bułki i poleciłem popić takowe szklanką herbaty bez cukru. Zawartość żołądka, wydobyta w godzinę po przyjęciu tego pokarmu, przecedzona i probowana odczynnikami MOOR'a, wcale nie zawierała kwasu solnego wolnego, a natomiast kwas mleczny wyraźnie za pomocą odczynnika UFFELMANN'a wykazać było można. Przemiana krochmalu odbywała się prawidłowo. [Jod nie wykazywał wcale krochmalu, lecz obecność achroodekstryny]. Siła rozpuszczania skrzepniętego białka z jaja kurzego była prawidłową, co przy braku kwasu solnego wolnego w zawartości, tłumaczy się daje obecnością znacznej ilości kwasu mlecznego. Rozbiór ten jak i następne wykonany był w pracowni D-ra NENCKIEGO. Powyższe badanie wykryło nam następujące zmiany:

1. Obecność wielkiej ilości śluzu w żołądku.
2. Za długie pozostawanie w nim pokarmów.
3. Opóźniane wsysanie się w żołądku ciał rozpuszczanych.
4. Brak kwasu solnego w tym okresie trawienia, kiedy być powinien.
5. Obecność kwasu mlecznego w tym czasie, kiedy go powinno brakować.

¹⁾ EWALD. Zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Berlin. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 3 i 4. — EWALD. Klinik der Verdauungs—Krankheiten. Berlin. 1886.

Z powyższego widzimy, iż w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z nieżytem żołądka, a mianowicie tą jego postacią, w której wydzielanie soku żołądkowego, zdolność wysania w żołądku i jego czynność ruchowa uległy znacznym zmianom.

Na zasadzie tego rozpoznania, uregulowałem dyjetę, zastosowałem codzienne przepłukiwanie żołądka wodą VICHY, podałem chorej kwas solny po jedzeniu i poleciłem oczyszczać kiszki za pomocą lawatyw.

Już w pierwszych dniach powyższego leczenia stan p. N. znakomicie się poprawił. Przyszło łaknienie, znikł niesmak w ustach, wzdęcie po jedzeniu ustąpiło, nudności, bóle głowy i ogólne znużenie znacznie się zmniejszyły. Ciężota ciała pozostała bez zmiany.

Poprawa ta utrzymywała się przez dni dziesięć. W tym czasie, t. j. ósmego dnia, zrobiliśmy powtórny rozbiór zawartości żołądka, który dał także same wyniki co i poprzedni.

Dnia 21 Listopada 1886 r., a jedenastego od czasu rozpoczęcia przemywań żołądka, chora dostała miesiączki, podczas której objawy żołądkowe znów się pogorszyły. Pogorszenie to jednak wydało się chorej bardzo małym w porównaniu z tem natężeniem wszystkich objawów, jakie przychodziło poprzednio podczas każdej regularności. Około 16 Listopada, trawienie chorej znów się poprawiło, a zrobiony w tym czasie rozbiór zawartości żołądka, wykazał za pomocą odczynnika MOOR'a ślady wolnego kwasu solnego. Dwa ostatnie rozbiory zawartości, z których pierwszy wykonany w Grudniu 1886 r., a drugi w Styczniu 1887 r. wykazały: Odczyn kwaśny, w pierwszym stopień kwaśności 1,53‰ w drugim 2,05‰. Odczyn w obu na kwas solny bardzo wyraźny, na kwas zaś mleczny nie było go wcale.

O ile powyższy obraz chemizmu trawienia zbliżył się więcej do prawidłowego stanu, o tyle i objawy niestrawności uległy znacznej poprawie. Poprawa ta jednak nie była zupełną. Chociaż bowiem łaknienie było dobre, a objawy, jako to: gniesienie w dolku, wzdęcie po jedzeniu i t. d., ustąpiły zupełnie i chora trawić mogła dobrze mączne pokarmy i jarzyny, których od lat 4 nie znosiła wcale, to jednak niewielki już błąd w dyjecie wywoływał nudności i psuł trawienie. Stolec nie pokazywał się nigdy inaczej jak tylko po lawatywach.

W miarę znaczniejszej poprawy objawów niestrawności, dreszcze, bóle głowy z ogólnem znużeniem i sennością stały się rzadszemi i słabszemi, czasami i przez cały tydzień nie pojawiały się wcale.

W czasie odpływów miesięcznych, stan p. N. nie ulegał już tak często tym pogorszeniom, które poprzednio przychodziły stale. Chora odzyskała wiarę w możliwość zupełnego wyzdrowienia, a rozstrój psychiczny nie wracał już więcej.

Ciepłota ciała nie zmieniła się zupełnie. Codziennie w południe ciepłomierz wskazywał 38,2° C., lub kilka dziesiątych wyżej. Podniesieniu się temu ciepłoty objawy, o których powyżej była mowa, nie towarzyszyły wcale, lub też z natężeniem o wiele mniejszem, niż to miało miejsce poprzednio.

Przepłukiwania żołądka przez pierwszych sześć tygodni robionemi były codziennie, później co drugi dzień, lub co trzeci. Jeśli w początkach próbo-

waliśmy wstrzymać przemywania dłużej nad dni pięć, to trawienie natychmiast się psuło, w ostatnich zaś czasach i trzytygodniowe przerwy nie wpływały ujemnie, jeśli tylko nie było błędów w dyjecie. W cztery miesiące od rozpoczęcia przemywań żołądka, stan objawów żołądkowych nie się nie posuwał ku lepszemu. Ta poprawa, jakąśmy otrzymali zaraz w pierwszych tygodniach, przy końcu czwartego miesiąca nie uległa zmianie. Pomimo powrotu chemizmu trawienia do stanu prawidłowego i usunięcia nieżyty błony śluzowej żołądka, otrzymaliśmy skutek niezupełny. Przypuścić musimy, iż oprócz choroby samego żołądka w naszym przypadku, były jeszcze inne przyczyny podtrzymujące niestrawność. Wśród tych ostatnich na pierwszym planie postawić musimy zwiotczenie kiszek i nieprawidłową działalność systemu nerwowego. O ile zaś możność osiągnięcia owych przyczyn, za pomocą środków lekarskich, jest niepewną, o tyle i rokowanie, odnośnie do zupełnego wyzdrowienia naszej chorej, pozostanie wątpliwem.

W przypadku przez nas spostrzeganym gorączka naśladowała napady zimnicze, nie mogąc zaś odnaleźć innej przyczyny, któraby nam rozjaśniała cały obraz chorobowy, przez wyłączenie postawiliśmy rozpoznanie na zakażenie zimnicze, pomimo niepowiększonej śledziony. Zwiększanie się bowiem tego narządu nie jest nieodłącznym objawem malaryi i zależy może od rozmaitych okoliczności jak zgrubienie i niepodatność torebki śledzionowej, pewne osobnicze usposobienie, wreszcie charakter samego zarazka. W Afryce na przykład, według podań JAQUOT'a i SAURIER'a ¹⁾, u wielu bardzo osób, umierających na malaryję, wcale nie znajdowano powiększonej śledziony.

Po pewnym czasie doszliśmy do przekonania, iż rozpoznanie nasze było błędnem. Pominąwszy już bowiem oporność cierpienia na wszelkie środki przeciwwimnicze, niepodobna było przypuścić, ażeby chora podczas pobytu swego w Lobenstein, w S-t Moritz i na wsi, pozostawała ciągle pod wpływem zarazka zimniczego.

Skoro rozpoznanie zimnicy utrzymać się nie mogło, zaczęliśmy podejrzewać, czy istniejąca gorączka nie stoi w prostej zależności od cierpienia żołądka. Znaną jest rzeczą, iż u osobników chorujących na niestrawność występuje czasami gorączka nieraz dosyć wysoka [38,0], naśladująca napady zimnicze. O dwóch podobnych przypadkach wspomina REJCHMANN w swojej pracy o niestrawności ²⁾. Rodzi się tylko pytanie, jak w takich razach objaśnić sobie możemy powstawanie gorączki, wobec braku wszelkich zmian zapalnych w kanale pokarmowym.

Według ostatnich poglądów na sposób wytwarzania się podwyższonej ciepłoty w ustroju, najlepiej objaśniających nam cały obraz gorączki, ta ostatnia występuje tylko pod wpływem tych bodźców, które działają przez krew. Już

¹⁾ H. v. ZIEMSEN. Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. II. Band. Acute Infections-Krankheiten. 1877.

²⁾ MIKOŁAJ REJCHMAN. Niestrawność. 1882.

w stanie fizjologicznym ustroju wytwarzają się we krwi pewne produkty, pochodzące prawdopodobnie z rozkładów ciał białkowych, które, działając drogą nerwową na niezależne od woli ośrodki wyrobu i regulacji ciepła, podtrzymują prawidłową ciepłotę ustroju. Dostawanie się do krwi pewnych bodźców, które zmieniają chemizm, lub może zwiększają wyrób wyżej wspomnianych produktów, wywołuje gorączkę. Produkty te bowiem, dostając się z krwi do tkanek, drażnią zarówno nerwy współczulne, jak i zakończenia nerwów czuciowych mózgo-rdzeniowych. Wskutek działania ich na pierwsze, następuje skurcz naczyń krwionośnych skórnych, skutkiem zaś podrażnienia drugich będzie zwiększony wyrób ciepła, jako następstwo odruchowo podniesionej biernej pracy mięśni, uważanych według doświadczeń SAMUEL'a, za główne źródło ciepła w organizmie. Z jednej więc strony mieć będziemy zmniejszoną względnie utratę ciepła, z drugiej powiększony jego wyrób, czyli wypełnienie dwóch koniecznych warunków stanowiących podstawę każdej gorączki ¹⁾.

Dotychczas nie znamy takich ciał, któreby wessane do krwi z kanału pokarmowego, mogły wywoływać gorączkę. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, iż w tych przypadkach, w których niestrawność wywołuje gorączkę, ta ostatnia może powstawać wskutek dostawania się do krwi pewnych produktów wytworzonych w żołądku, wobec nieprawidłowego w nim trawienia. Często bardzo spotykamy się w praktyce z chorobami żołądka, *resp.* jego rozszerzeniami, przy których wytwarza się wiele produktów rozkładowych, a jednak pomimo niewątpliwego wsysania się tych ostatnich do krwi, cierpieniem tym nie towarzyszy gorączka. Musimy więc przyjąć, iż w tych przypadkach, w których gorączka występuje jako objaw niestrawności, oprócz dostania się do krwi bodźców gorączkorodnych, wchodzi w grę jeszcze jakiś inny czynnik. Sądzę, iż ten ostatni polega na pewnej osobniczej zwiększonej pobudliwości odruchowej systematu nerwowego. Zwiększenie owo, jako objaw fizjologiczny, spotykamy u dzieci, jako zaś patologiczny istnieje on u histeryczek.

Chora nasza, jak to wskazuje anamneza, przed 13 laty podlegała jakiejś chorobie, której napady charakterem swoim zbliżały się bardzo do tak nazwanej histeryi pospolitej (*hystérie vulgaire*), którą RICHER uważa za złagodzony tylko stan hystero-epilepsyi, czyli wielkiej histeryi. Zjawiające się zaś od tej pory przez lat dziesięć, a poprzedzane niekiedy przez *globus hystericus*, bicia serca z uderzeniami do głowy i t. d., nie były niczem innym, jak tylko zwiastunami nie wykształconych napadów histeryi ²⁾. Otóż jeśli weźmiemy pod uwagę powyższe okoliczności, to zrozumiemy łatwo, dlaczego bodźce, nawet bardzo słabe, które w wielu innych razach okazałyby się bezsilnemi, w naszym przypadku mogły wywoływać gorączkę. Następstwa jednak leczenia podały w wielką wątpliwość powyższy sposób zapatrywania się na warunki powstawania gorączki u naszej chorej. Pomimo bowiem znacznej poprawy trawienia, gorączka nie ustąpiła.

¹⁾ FABIAN ALEKSANDER. O warunkach powstawania i znaczeniu klinicznym podwyższenia ciepłoty ciała w gorączce. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. 1886. Zeszyt I, II, III i IV.

²⁾ PAUL RICHER. *Études Cliniques sur l'Hystéro-épilepsie ou grande Hystérie*. Paris. 1881.

Fakt, iż obecny obraz chorobowy przyszedł po ustaniu objawów historycznych wzmiankowanych w anamnezie, wyraźna peryjodyczność w pojawianiu się wszystkich objawów, a wreszcie najjaskrawsze występowanie tych ostatnich podczas każdej miesiączki, wzbudza w nas podejrzenie, iż najprawdopodobniej podstawą cierpienia w naszym przypadku jest nieprawidłowa czynność systemu nerwowego [histerija]. Jako następstwo tej ostatniej wywiązać się mogła początkowo niestrawność czysto tylko nerwowa, która po dłuższym trwaniu, jak to często się zdarza, przeszła w nieżyt żołądka. Ten ostatni ze swej znów strony, potęgował niewątpliwie objawy nerwowe: jakoto bóle głowy, łamanie w kościach, ogólne znużenie i senna, na co mamy dowody w wyraźnej poprawie powyższych przypadłości po uregulowaniu trawienia.

Wobec powyższej hipotezy o naturze cierpienia u naszej chorej, na gorączkę, która przyczynić się mogła do nieprawidłowego wydzielania soku żołądkowego, patrzeć by nam należało, jako na jeden z owych dziwnych, a ciemnych dla nas dotychczas objawów histeryi.

W anamnezie naszego spostrzeżenia uwydatnia się jeszcze jeden moment, na który zwrócić musimy uwagę, a mianowicie dziedziczność. Jakkolwiek nikt nie wątpi w możność odziedziczania chorób przewodu pokarmowego, to jednak nie została ona jeszcze dostatecznie popartą odpowiednimi dowodami. Fakt, iż dziecko cierpi na nieżyt żołądka dla tego, że jedno z rodziców chorowało na ten ostatni, nie stanowi jeszcze dowodu dziedziczności. Mogło ono podlegać różnym szkodliwościom, które już same przez się były wystarczającymi do rozwinięcia się choroby. Jeśli jednak, jak to miejsce w naszym przypadku, sześcioro rodzeństwa jednej matki, chorej na długotrwały nieżyt żołądka i kiszek, cierpi przeważnie na przypadłości ze strony kanału pokarmowego, to kwestyja odziedziczonego usposobienia zdaje się nie podlegać wątpiwości. Usposobienie to u naszej chorej tłómaczyć nam może, dlaczego u niej nieprawidłowa działalność układu nerwowego odbiła się przedewszystkiem na żołądku, a w obrazie chorobowym objawy żołądkowe występowały na pierwszy plan.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

20. Rosenheim. Przyczynek do moczopędnego działania przetworów rtęci.

Chociaż moczopędne działanie kalomelu nie było nowością dla dawnych autorów, jednak dopiero przed rokiem JENDRASSIK podał kilka dokładnych spostrzeżeń, które zwróciły uwagę na tę mało wyzyskaną dotychczas własność kalomelu. Autor ten stosował kalomel [w dawkach 0,2 gm. 3—4 razy dziennie] przy chorach serca (*insufficiencia mitralis*) i już drugiego dnia wywoływał ogromne zwiększenie ilości moczu [4—5000 ctm. sześcien. na dobę], poczem zniknęły obrzęki i poprawiał się stan ogólny. Zatrucia rtęciowego (*stomatitis*) nigdy nie było, biegunkę zwalczano łatwo przetworami makowca.

Takie same wyniki otrzymywali: STILLER, FRENKEL, MENDELSSOHN, BIEGAŃSKI. ROSENHEIM zauważył, że kalomel pomagał tam, gdzie naparstnica i kofeina pozostawały bez skutku. Z 16 przypadków tego autora kalomel nie działał tylko w 3-ech, w 9-ciu za to skutek był szybki i bardzo pomyslny, w 4-ech mniej świetny

ale bardzo dobry. Objawy otrucia, niekiedy bardzo ciężkie [wypadanie zębów gnicie błony śluzowej dziąseł w 3 przypadku], autor spotykał bardzo często [11, razy na 16], zjawiały się one czasem już w 24 godzin po zadawaniu leku i nie znajdowały się w związku z dobową ilością moczu. Biegunkę, niekiedy bardzo silną, zwalczał pomyślnie makowiec. Ubocznego działania na serce i żołądek nie było. Nigdy pod wpływem kalomelu nie zjawiał się białkomocz ani walczki w moczu. ROSENHEIM stosował 8 razy kalomel w obrzękach pochodzenia nerkowego: raz tylko skutek był niewątpliwy, 4 razy skutku nie było, 3 razy skutek mierny, przesieki do jam ciała pod wpływem kalomelu ulegały zmniejszeniu [w 24 przypadkach]. Kalomel okazał się bezsilnym przy marskości wątroby [w 5 przypadkach] i wysiękach do jamy opłucnej [w 4 przypadkach]. Autor podaje kalomel w dawkach 0,2 grm. 3 razy dziennie, dopóki nie otrzyma skutku lub zatrucia (*stomatitis*). Jeżeli to ostatnie nie zjawia się, można środek podawać aż do dni 8-iu, gdyż działanie występuje nieraz późno.

Pr. FUEBRINGER zamiast kalomelu podawał inne sole rtęciowe: sublimat [0,1—0,2 grm. *pro die*], *hydr. jodatium flavum* [0,15—0,2 grm. *pro die*], *hydr. amidobichloratum*. Skutek był taki sam, jak po kalomelu, tylko objawy otrucia rtęciowego były mniejsze i rzadsze, za to silniej występowały zaburzenia ze strony kanału pokarmowego [wymioty, bóle, biegunka]. Wcierania szaruchy [w 3-ch przypadkach] nie zwiększały ilości moczu.

Z powyższego wynika, że nie tylko kalomel lecz i inne sole rtęciowe wpływają na zwiększenie ilości moczu, że moczo-pędne ich działanie zależy od wielkości dawki rtęci i od jej wchłaniania.

W jaki sposób rtęć wpływa na zwiększenie ilości moczu? Z klinicznych spostrzeżeń wywnioskowano tylko, że nie przez działanie na serce, ani na nerki. Doświadczenia na zwierzętach są niemożliwe, z powodu, że wywołując u tych ostatnich sztuczne obrzęki, nie jesteśmy w stanie dłuższy czas zwierzęt takich obserwować. ROSENHEIM doszedł do względnego rozstrzygnięcia tego pytania inną drogą. Mianowicie, poszukiwał rtęci u chorych w moczu i kale. Mocz zawierał rtęć w ogromnej ilości przez całe dwa tygodnie po podaniu leku [szczególnie kalomelu], w kale rtęć się znajdowała w ilościach umiarkowanych, ale również długo. Wchłanianie kalomelu przez ustrój musi być nader znaczne. Czy nieskuteczność działania kalomelu zależy od zaburzeń we wchłanianiu, rozstrzygnąć trudno, zwłaszcza, że nie możemy mieć miary o zatrzymanej przez ustrój ilości rtęci. ROSENHEIM przytacza fakt, że w obrzękowym płynie chorego na serce znajdował rtęć. To przemawia za tem, że punktem wyjścia dla działania rtęci są same tkanki.

(*Deut. Medizinal Zeitung*, 1887. N. 21).

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jak się ze sprawozdań, pomieszczonych w pismach codziennych, dowiadujemy, w przeciagu lat 5 komitet kolonij letnich wysłał około 750 dzieci na wieś. Ilość wysyłanych dzieci wzrasta corocznie, i tak kiedy w pierwszym roku wysłano tylko 50, to w ostatnim wysłano ich blisko 300. Nie potrzebujemy dodawać, jak ważną i godną poparcią jest ta instytucja, która bez reklamy, hałasu, kapitałów robi więcej aniżeli, wiele bardzo reklamowanych przedsięwzięć. Główną zasługę powodzenia kolonij letnich należy przypisać Szanownemu Redaktorowi „Medycyny“ kol. FRITSCHEMU. Pozwolimy sobie też wypowiedzieć przekonanie, że i inne większe miasta, jak np.: Kalisz, Lublin, Łódź, mogłyby pójść za przykładem Warszawy i wysyłać na wieś biedne i chore wite dzieci, których im pewnie także nie braknie.

— W ostatnich numerach *Medycyny*, prof. BARANOWSKI, który jak wiadomo kilka miesięcy spędził za granicą dla wycuczenia się bakteryjologii, podał krytyczną ocenę dzieła swego byłego asystenta, kol. JAKOWSKIEGO, p. t. „Grzybki chorobotwórcze“, wydanego przez Redakcję pisma na-

szego. Pomimo kilku zarzutów, ogólny sąd Szanownego Profesora wypadł bardzo pochlebnie dla dzieła, z którego lekarz dokładnie z obecnym stanem bakteriologii obeznać się może. Pozwolimy sobie też zwrócić uwagę, iż wartoby było, aby wszyscy koledzy zechcieli pójść za śladem Szanownego Profesora, który, pomimo swego wysokiego stanowiska, nie zawahał się wziąć się do pracy, aby tylko zapoznać się z nową gałęzią, o której słusznie powiedział, że nie powinna być obcą praktykowi. Niestety dotychczas nie widać, aby przykład prof. BARANOWSKIEGO w tym kierunku oddziałał na szersze koła kolegów, dzieło bowiem kol. JAKOWSKIEGO, aczkolwiek w malej wydane liczbie egzemplarzy, dotychczas zaledwie w połowie się rozeszło.

— W Krakowie, jak w każdym uniwersyteckim mieście gromadzi się spory zastęp lekarzy, którzy zajmując przy Uniwersytecie stanowiska docentów, asystentów i t. p. nie mogą rachować na to, aby z praktyki w tak małym mieście utrzymać się mogli. Od pewnego też czasu wielu z takich kolegów rozjeżdża się na lato po wodach austriackich; wspomnimy tylko o dobrze już zasłużonych w nauce doc. KOPERNICKIM [w Maryjebadzie], doc. JAWORSKIM [w Karlsbadzie], doc. SMOLEŃSKIM, [dyrektorze zakładu wodoleczniczego w Jaworzu na Śląsku austriackim]. Zwyczaj ten uważać należy za bardzo chwalebny i godzien poparcia, wynika bowiem z niego podwójna korzyść, a mianowicie najpierw lekarze wysyłający chorych do wód mogą być pewni, że pacjenci ich, zamiast w ręce historycznego „Badeartzta“, dostaną się pod opiekę wytrawnego i sumiennego specjalisty, a powtórnie koledzy ci mają możność przez zimę osiąść w Krakowie i tam oddawać się pracy naukowej. Popieranie takich kolegów uważamy też za obowiązek naszych lekarzy.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 31 Maja 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

1. WŁAD. STANKIEWICZ. O ujemnych stronach zewnętrznego traktowania szypuły po wyłuszczeniu nowotworów macicznych [z demonstracją chorej].

2. MATLAKOWSKI. Zestawienie laparotomii dokonanych przy chorobach narządów płciowych kobiecych.

3. HEIMAN. Przypadek ostrego zapalenia ucha średniego.

4. F. NEUGEBAER [syn]. 1) *Rarissima quaedam synechie uterosacralis in partu acquisitae observatio. Acanthopelvis* [z demonstracją preparatu. 2) Kazuistyka, symptomatologija i rozpoznawanie t. zw. miednicy spodylolistycznej [z demonstracją fotografów, rysunków i nowego anatomicznego preparatu, przyslanego z Instytutu położniczego w Kolonii].

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

BAGINSKY. Wykład chorób dzieci [tłóm KOSMOWSKIEGO]. Tom III. Warszawa 1877.

KUNZE. Podręcznik medycyny praktycznej [tłóm. KLEINA i FRUCHTMANA]. Warszawa. 1887]

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. D-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Zeszyt XIII. Kraków. 1887.

PIENIAŻEK. Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. „Laryngoskopija“ oraz „Choroby krtani i tchawicy“. Kraków. 1887.

BERLINERBLAU. Indol aus Dichloräther und Anilin [odb. z Sitzb. d. Kais. Acad. Wien. 1887].

LEBENSBAUM. Ueber die Menge des bei der Spaltung des Hämoglobins in Eiweiss und Hämatins aufgenommenen Sauerstoffs [odb. z tegoż].

BRODSKY. Ueber die Einwirkung der Aldehyde auf Rhodanammonium [odb. z tegoż].

SIEBER et SMIRNOW. Ueber das Verhalten der drei isomeren Nitrobenzonaldehyde im Thierkörper [odb. z tegoż].

BERLINERBLAU et POLIER. Ueber die bei der Indolbildung aus Bichloräther und aromatischen Aminen entstehenden Zwischenproducte [odb. z tegoż].

[5 prac przysłanych dokonano w pracowni prof. M. NENCKIEGO w Bernie].

PACANOWSKI. Beitrag zur percutorischen Bestimmung der Magengrenzen [odb. z Deutsch. Arch. f. klin. Med.].

SMOLEŃSKI. Bericht über die Fortschritte der Balneologie in den polnischen Ländern, mit besonderer Berücksichtigung das Kurwesens in Galizien während der letzten 5 Jahre [odbitka SCHMIDT's Jahrb.].

Sprostowanie. W N-rze 21 Gazety Lekarskiej na str. 450 wiersz 2 od góry zamiast „ochroną“ ma być „nekrozą“.

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

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Мая 1887 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.

D-r Tomasz Zaremba

b. lekarz szpitala powszechnego w Krakowie ordynować będzie podczas sezonu kąpielowego
w **SZCZAWNICY**

Dom W-go Radey D-ra Trembeckiego.

10—4

D-r Jan Rosner

b. asystent kliniki położn. ginek. Uniw. Jag. i lekarz szpitala powsz. w Krakowie
ordynować będzie podczas sezonu tegorocznego we **Francensbadzie** (Goldener Stern) 10—4

Dr. Adam Sołowij

(lekarz chorób kobiecych)

ordynuje podczas sezonu kąpielowego w **Franzensbadzie**
„Englischer Hof“. — Kulmerstrasse. 12—7

Doktor Medycyny Stanisław Bęklewski

ordynuje w Piatygorsku i na grupach jak zwykle od 15-go Maja
do 1-go Września. 10—9

JAWORZE (ERNSDORF)

koło Bielska na Szlaku austr.

Zakład wodolecznicy i żętyczny, uzdrowisko klimatyczne 360 metrów nad poz. morza, u stóp Beskidu szląskiego. Kąpiele ighowe i inne, kuracja mleczna, Kefir, mięszenie (massage), apteka zaopatrzona w wszelkie wody mineralne, nowozbudowany wodociąg wybornej źródlanej wody do picia, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu, restauracja 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 Inspekcya kąpielowa w Jaworze (Ernsdorf) koło Bielska na Szlaku austr. 8—6

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

Dyrekcya w Buda - Peszcie. 10—7

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 skrofulach, chorobie angielskiej, reumatyzmie, artrytyzmie, blednicy, otyłości, hemoroidach, katarach żołądka, kiszek, dróg moczowych, chorobach kobiet, paralizach, 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 zastosowaniem do najswieższych 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 lauge) Druskienickie w Warszawie w aptece p. Heinricha. 3—3

BUSKO. Dr. Majkowski

lekarz zakładowy ordynuje od 19 Maja z rana w gabinecie lekarskim zakładu kąpielowego,
po południu w domu własnym w miasteczku. 12—3

Dr. Leon Tannenbaum

w sezonie kąpielowym jak w latach poprzednich praktykuje
w Ciechocinku. 3—1

D-r Weissenberg

(władający polskim językiem) ma honor zawiadomić Szan. panów kolegów, iż corocznie praktykuje
w KOŁOBRZEGU (Gartenstrasse 1). 2—1

Docent D-r St. Smoleński

ordynuje jak dawniej
w Jaworzu na Szlaku austryjackim. 6—1

D-r Lesław Gluziński,

b. asystent Uniw. Jagiell.
ordynować będzie w Szczawnicy w bieżącym sezonie, jak w latach poprzednich. 6—2

Dr. Kazimierz Zgórski

ordynuje w tegorocznym sezonie jako lekarz zakładowy w Żegiestowie. 5—2

Stacja klimatyczno-lecznicza

Dr. Wenanty Piasecki

Specjalista w hydroterapii, ortopedyi, leczniczej gimnastyce

przyjmuje w tym roku tak jak w latach poprzednich pacjentów do skombinowanego wodole-
czenia (hydroterapii) w swoim zakładzie przyrodolecznym na Klemensówce w Zakopanem
od 1 Czerwca, i na żądanie wysyła kryty powóz zakładowy do stacji „Chabowki“ na kolei
transwersalnej Poczta i telegraf w miejscu. 3—2

ZAKOPANE

U podnóża Tatry w Galicyi.

KARLSBAD

Dr. Med. S. Hassewicz lekarz zdrojowy udzielać będzie porady lekarskiej przez
cały sezon kuracyjny. Mieszka w domu „Kopernik.“ 3—2

Dr. St. Bulikowski

ordynuje w tym roku podczas sezonu tak jak lat minionych w **Gleichenbergu** 8—2

Dr. Z. Dobieszewski

praktykuje
w Marienbadzie w Meranie
od 1 Maja do 1 Października Villa Dobieszewski. od 15 Paźd. do 1 Maja Habsburgerstrasse 48 12—2

D-r Med. Z. Nieszkowski

(z Warszawy)
w r. b. jak i w latach poprzednich ordynować będzie w Szczawnicy. 5—2

D-r med. Czesław Stiche

przez cały sezon ordynuje w **Karlsbadzie**
mieszka jak dawniej Kreuzgasse Insel Rügen. 6—3

Dr. Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych
w Cieplicach **Trenczyńskich.** 4—3