

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

APTEKA W. BOROWSKIEGO

ulica Przejazd Nr. 643.

Specyjalne Laboratorium wyrobów żelatynowych na sposób Grossa z Wiednia, globuli ma-
cieczne, bougies do nosa, uszu i kanału moczowego, przygotowuje się względnie do potrzeby p. p.
Lekarzy.

Wl. Apteki **W. Borowski**, Przejazd Nr. 643.

4—2

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Ty-
rolu. Ze znakomitym skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet,
w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych,
w malaryi, w zastarzanych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając nie-
ustanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co nie-
jednokrotnie doświadczeniami znakomitych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opoleer
i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina
w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece

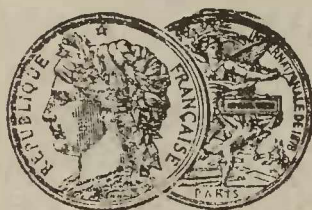
Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643.

5—2

WYSTAWA PÓWSZECHNA 1878

Zaszczytowa wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1875

ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

ZUPEŁNIE TRAWIĄCY

POKARMY
TŁUSTE
MACZYSTE
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIW

Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.*

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Malinowski. Błonica żołądka i wrzód żołądka okrągły przewlekły u dziewczynki dziesięcioletniej. — II. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 53. Julliard. Trzydzieści i jedno wyluszczenie wola. — 54. Merkel. Kairyna jako środek przeciwgorączkowy. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

I. BŁONICA ŻOŁĄDKA I WRZÓD ŻOŁĄDKA OKRĄGŁY PRZEWLEKŁY u dziewczynki dziesięcioletniej.

Podał

Alfons Malinowski.

Barbara Baron, lat 10 licząca, przybyła do szpitala dla dzieci d. 14. II. 1883 r., uskarżając się na ból gardła, trudność polykania, bóle w okolicy żołądka i wymioty po przyjęciu pokarmu.

Z opowiadania matki dowiadujemy się, że chora przed laty pięciu uległa silnemu oparzeniu klatki piersiowej i twarzy, wskutek zapalenia się odzieży. Rany po oparzeniu zagoiły się w ciągu kilku miesięcy, od tego jednak czasu chora zaczęła się uskarżać na bóle w okolicy żołądka i tracić chęć do jedzenia. Bóle występowały początkowo w pewnych nieokreślonych odstępach czasu, trwały po parę dni lub godzin; później stawały się coraz częstszymi, a w ostatnich czasach trwały bezustannie, wzmagając się co kilka dni.

Jednocześnie z owymi bólami pojawiły się wymioty, początkowo tylko po przyjęciu niektórych grubszych pokarmów, później zaczęły one występować coraz częściej wkrótce po przyjęciu jakiegokolwiek pokarmu i napoju, niekiedy na czczo, lub przy niewypelnionym żołądku. Zwykle z masami pokarmowymi prawie niezmiennymi chora wyrzucała mniej lub więcej kwaśnego płynu ze śluzem, niekiedy tylko płyn ciągnący się mocno kwaśnego smaku i zapachu, zabarwiony żółcią i zawierający żyłki krwiste. Niekiedy bywały krwawe wymioty, ale stolców krwawych nie było nigdy. Częstość i obfitość wymiotów żadnego wpływu na zmniejszenie lub powiększenie bólów nie wywierała. Stolce zwykle bywały co dzień lub co drugi dzień, lecz skąpe i dosyć twarde.

Od czasu owego oparzenia, a zatem od lat pięciu chora bardzo mało jadła, gdyż jakkolwiek niekiedy wracało jej dawne łaknienie, każde jednak pożywienie

wyrzucała wkrótce po przyjęciu, mleko nawet po upływie kilku minut wyrzucała zwarzone w dużych kawałkach. Toż samo było po przyjęciu innych napojów. W ostatnich czasach chora żywiła się prawie wyłącznie śledziami niemoczonymi i piła wodę z octem lub nawet sam ocet, te bowiem jedynie potrawy znosił żołądek i chora czuła do nich osobliwszy pociąg. Przed 10 dniami po raz ostatni miały miejsce obfitsze krwawe wymioty. Od tygodnia chora cierpi na ból gardła i wymiotuje tylko kwaśnym płynem i pokarmami. Innych chorób nie przebywała prócz wspomnianego wyżej oparzenia, była zawsze blada i delikatna, rozwijała się dosyć prawidłowo, lecz chudła widocznie. Od pół roku zaczęły się pojawiać obrzęki kończyn dolnych.

S t a n o b e c n y. Dziewczynka dobrej budowy ciała, rozwinięta prawidłowo, skóra blada, tkanki podskórnej pokład bardzo cienki, kończyny dolne aż do kolan umiarkowanie obrzmiałe, na klatce piersiowej od przodu pomiędzy mostkiem a linią pachową widać liczne nieregularnej formy i różnej wielkości blizny, wciągnięte, bledsze od otaczającej skóry. Na prawym policzku i pod prawym kątem ust widać również bliznę, powodującą skrzywienie ust ku dołowi.

Brzuch płaski, okolica żołądka cokolwiek zapadnięta, przy opukiwaniu daje odgłos bębenkowy, кишки mało wypełnione. Przy obmacywaniu okolicy żołądka chora uskarża się na ból silny, rozchodzący się w głąb i do lewego podżebrza. Takiegoż bólu doświadcza przy połknięciu pokarmów bądź to stałych bądź płynnych. Wymiotowała wkrótce po przyjęciu herbaty z winem, rosółu i mleka. W ustach ma zawsze smak kwaśny, szczególnie po każdym wymiotach; zgagi i odbijania nigdy nie doznawała.

Inne narządy brzuszne oraz płuca i serce nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Oddech regularny 20, tętno drobne i słabe 120, ciepłota 38° C., kończyny chłodne, twarz wyraża cierpienie, blada, oczy zapadłe; język lekko obłożony płaski, podsycający; ścianki jamy ustnej i gardzieli silnie zaczerwienione i nabrzmiałe, jak również oba migdały języczek i łuki podniebienne. Te ostatnie są pokryte grubym szarozółtym nalotem, w niektórych miejscach wystającym grzybowato, takiż nalot widać na podniebieniu miękkim i tylnej ścianie gardzieli. Chora oddecha swobodnie, mówi jednak z trudnością i przez nos, głos czysty, w otworach nosowych nalotu błonkowego nie ma. Gruczoły chłonne podszczękowe cokolwiek obrzmiałe. Wypróżnienie miała przed dwoma dniami.

Na zasadzie powyższych objawów rozpoznałem błonicę gardzieli, przewlekły wrzód żołądka i prawdopodobnie błonicę żołądka. Zalecono chorej przy dyjecie wzmacniającej (rosół, mleko, wino) emulsyję z kamforą na przemian z *pepsini gr. XII. aq. destill. 5jj. ac. muriat. gutt. vj.*; co 2 godziny łyżeczkę, pędzlowanie roztworem bromu w glicerynie, płukanie roztworem kwasu bornego, oraz wziewanie z odwaru ziół aromatycznych.

Wieczorem ciepłota podniosła się do 38,9° C. zresztą żadnej zmiany w stanie ogólnym ani w gardzieli nie zauważyłem.

Dnia 15. II. Ciepłota 38,9° C. W stanie ogólnym żadnej zmiany nie widać, bóle w okolicy żołądka nie ustają, owszem wzmagają się w nocy. Wymioty po

każdym przyjęciu pokarmu, tętno drobne i słabe 120. Wyсіęk błonicowy rozszerza się na podniebienie twarde. Wypróżnienie jedno skąpe i dosyć twarde.

D. 16. II. Ciężota 38° C., stan ogólny lepszy, wymioty kilkakrotnie powtórzyły się, tętno silniejsze. Wyсіęk błonicowy z podniebienia twardego i miękkiego zniknął jak również z części migdałów, na których widać pojedyncze nie wielkie szarawe plamy. W nocy chora nie spała z powodu silnych bólów żołądka.

D. 17. II. Stan bezgorączkowy, nalot w gardzieli zupełnie się oddzielił, widać błonę śluzową miejscami owrzodzoną, silnie jeszcze opuchniętą. Wymioty trwają bezustannie, chora wymiotuje każdy pokarm przyjęty w parę minut po połknięciu, użala się na smak kwaśny w ustach, wyrzuca przytem śluz gęsty.

D. 18. II. Błona śluzowa gardzieli umiarkowanie zaczerwieniona, nalotu błonicowego nie widać nigdzie. Chora weselsza i silniejsza, mówi wyraźnie i łatwo. Wymioty nie zmniejszają się, pomimo uczucia głodu chora każdy pokarm wymiotuje, znosi tylko emulsję z kamforą. Tętno silniejsze, bóle żołądka trwające przez całą noc pozbaWiły chorą snu, mimo to jest dosyć żwawa i wesola. Zalecono wewnątrz chlorek potasu, na brzuch zaś ciepłe okłady.

D. 19. II. Przez całą noc chora nie spała z powodu silnych bólów w okolicy żołądka i lewego podżebrza. Bóle te rozchodzą się na cały brzuch. Uskarża się także na bóle szyi i uszu. Ogólne osłabienie i apatya, tętno drobne, za ledwie wyczuwalne. Okolica żołądka wciągnięta, przy obmacywaniu bolesna. Wymioty nie tak częste i mniej męczą chorą, przyjęła cokolwiek rosolu, mleko jednak zwarzone wyrzuciła. W gardzieli błona śluzowa blednie; polykanie zupełnie swobodne.

D. 20. II. Przez całą noc chora nie spała z powodu gwałtownych bólów w żołądku, wymioty bardzo częste chora żadnego pokarmu znieść nie może. Wymiotuje płyn ze śluzem silnie kwaśnego smaku i zapachu. Silne bóle w obu bokach. Tętno słabe, za ledwo wyczuwalne. Twarz zapadła, wycieńczenie i upadek sił. Następnego dnia o godzinie 5 rano chora zmarła przy objawach upadku sił i obrzęku płuc.

Sekcya dokonana d. 22. II. wykazała następujące zmiany anatomiczne.

Trup dziewczynki wychudzony, skóra blada, kończyny dolne do kolan umiarkowanie obrzmiałe, tkanka tłuszczowa tylko na brzuchu cokolwiek rozwinięta. W jamie ustnej i tchawicy nic godnego uwagi. Płuca nie przyrośnięte, na powierzchni rozkroju silnie czerwone, wydają płyn pienisty czerwony. W sercu nic nieprawidłowego; żołądek ściągnięty, położony wysoko pod przeponą, nie zawiera śladu pokarmu, lecz niewielką ilość zielonawego płynu pomieszanego ze śluzem. Błona śluzowa żołądka zgrubiała i blada, wyjąwszy dno żołądka, gdzie jest silnie zaczerwienioną, a w pobliżu zastawki dwunastnicowej koloru szyfrowatego. Gęsty śluz, z trudnością dający się zmyć, pokrywa ją grubą warstwą. W pobliżu zastawki dwunastnicowej znajduje się owrzodzenie podłużne formy nieregularnie owalnej, w średnicy około 1—2 centymetrów, pokryte cienką warstwą wyсіęku włóknikowego; owrzodzenie mniejsze od poprzedniego formy mniej więcej okrągłej znajduje się na

krzywiźnie mniejszej żołądka, a obok niego blizna gwiazdowata, połyskująca, wielkości około 1 ctm. w średnicy, oraz liczne nadżarcia świeże błony śluzowej. Zewnętrzna powierzchnia żołądka gładka i nie godnego uwagi nie przedstawia, кишки ściągnięte i puste. Nerki znacznie powiększone i silnie przekrwione, pęcherz moczowy pusty i ściągnięty, wątroba i śledziona nie zmienione.

Rozpoznanie przewlekłego wrzodu żołądka w powyżej opisanym przypadku opieraliśmy na grupie objawów, dosyć wyraźnych, trwających od lat kilku i występujących w ciągu pobytu chorej w szpitalu. Oprócz tego fakt oparzenia klatki piersiowej przed 5-u laty wiąże się ściśle z początkiem wystąpienia pierwszych objawów choroby, która od tego czasu rozwijała się nieprzerwanie. Dotychczas wprawdzie tylko wrzody przewlekłe dwunastnicy stawiano w związku przyczynowym z obszernymi oparzeniami skóry, mianowicie od czasu Dupuytren'a; Curling¹⁾ związek ten potwierdził w 14 spostrzeżeniach. W takich jednak razach przebieg choroby zwykle bywa szybkim i cokolwiek odmienne towarzyszą mu objawy. Za przewlekłym wrzodem żołądka w naszym przypadku przemawiały następujące objawy.

Bóle, które, trwając od lat pięciu, przychodziły w nieoznaczonych odstępach czasu, dosięgając niekiedy znacznego natężenia. Rozpromieniały się one ku wewnątrz i do lewego podżebrza, a w ostatnich dniach życia chora uskarżała się na bóle w szyi i w okolicy prawego ucha. W ostatnich zaś czasach bóle silniejszego natężenia ustąpiły miejsca nieustannej wrażliwości okolicy żołądka i zjawiały się tylko przy przyjmowaniu pokarmów i przy wymiotach. Bóle jednak nie są charakterystycznym objawem danego cierpienia, jak to potwierdzają spostrzeżenia Williams'a, Chambers'a i Abercrombie'go.

Wymioty krwawe w przebiegu choroby kilkakrotnie miały miejsce. Zwykle chora wyrzucała przyjęty pokarm, lub też masy śluzowe i płyn kwaśny, w którym niekiedy zjawiały się żyłki krwi. Ostatni raz wymioty krwawe miały miejsce na dwa tygodnie przed przybyciem chorej do szpitala, t. j. mniej więcej w końcu Stycznia lub w początku Lutego bieżącego roku. Wkrótce potem chora zaczęła cierpieć ból gardła, pozostała jednak w domu bez wszelkiej pomocy lekarskiej i dopiero nieustające prawie wymioty, niemożność przyjęcia pokarmu i wzmagający się ból gardła wraz z upadkiem sił zmusiły matkę do umieszczenia jej w szpitalu.

Oprócz powyższych dosyć ważnych przy rozpoznaniu choroby objawów istniały tu jeszcze objawy dyspepsy, polegające na braku łaknienia, pragnienia, kwaśnem odbijaniu i skłonności w ostatnich czasach do zaparcia stolca. Łaknienie nadto ulegało tu rozmaitym zmianom, lecz chora, przekonawszy się, iż żadnego pokarmu znieść nie może, żądała zwykle śledzia niewymoczonego, który popijała wodą z octem lub octem samym i tych jedynie pokarmów nie wymiotowała. Jest to bardzo charakterystycznym w podobnych cierpieniach, a Abercrombie twierdzi, że „chorzy bardzo często uskarżają się, iż najtroskliwsza ostrożność pod względem diety nie przynosi im żadnej ulgi co do przykrych

¹⁾ Med. chir. Trans. Vol. XXV. str. 200.

wrażeń, że wszystko, co tylko przyjmą, nawet kęs mięsa lub szklanka zimnej wody, staje się bardzo kwaśnem“¹⁾).

Pociąg do potraw i napojów kwaśnych pomimo silnego zakwaszenia zawartości żołądka również charakteryzuje chorych cierpiących na owrzodzenia żołądka. O p p o l z e r²⁾ spostrzegał chorego, który przez kilka miesięcy żył tylko surowem mięsem, skropionem sokiem cytrynowym, a H e n o c h w dziele swem wspomina o kilku chorych, którzy znosili najlepiej salateę ze śledzia i wódkę. Taki gust niezwykle zachowała chora nasza, przebywając w szpitalu; żądała śledzia i octu i nie znosiła płynnych pokarmów.

Z innych objawów, jak zgaga, odbijanie i zaparcie stolca, nie można było wyrokować o istocie choroby, nie dochodziły one bowiem silnego natężenia i zwiastowały nieżyt żołądka. Najważniejsze kryterjum stanowiły tu obok bólów, wymioty, niekiedy krwawe, zwykle śluzowe, mocno kwaśne, nieznoszenie wszelkich pokarmów oprócz śledzia i octu! Występowanie wymiotów wkrótce po przyjęciu pokarmu pozwalało się domyślać umiejscowienia owrzodzenia blisko wpustu lub wypustu, a własności wyrzucanego płynu zwiastowały wikłający chorobę silny nieżyt przewlekły żołądka.

Co się tyczy przyczyny choroby w danym przypadku, spotykamy w wywiadach jeden moment ważny, od którego datuje się początek cierpienia, a mianowicie oparzenie.

O związku oparzeń skóry z owrzodzeniami błony śluzowej dwunastnicy, jakkolwiek jest on dotąd niewytłumaczonym, mówiliśmy powyżej. Ponieważ zaś w danym przypadku innego momentu przyczynowego nie znajdujemy, należy przyjąć, że po silnych oparzeniach możliwym jest rozwój owrzodzeń na błonie śluzowej żołądka.

Przebieg choroby stosunkowo był dosyć długi, bo 5-letni, a zejście śmiertelne nastąpiło nie z powodu krwotoku i zapalenia otrzewnej, jak to zwykle bywa, lecz z wycieńczenia. Wikłająca chorobę przypadkowo błonica na zejście śmiertelne nie miała wielkiego wpływu, gdyż ani objawy ogólne takowej, ani miejscowe natężenie nie dochodziły do wysokiego stopnia.

Znaleźliśmy też przy sekcji bladłość skóry, wycieńczenie, obrzęk kończyn dolnych, żołądek ściągnięty, niezawierający pokarmu, kiszki ściągnięte również i puste, wogóle zmiany takie, jakie spotykamy u trupów osób zagłodzonych, które z powodu wrzodu żołądka i częstych wymiotów przez długi czas nie przyjmowały pokarmu w dostatecznej ilości.

Blizna znaleziona na krzywiznie małej świadczy o istnieniu w żołądku owrzodzenia, które się w ostatnich czasach zablizniło; innych zaś owrzodzeń pokrytych wysiękiem błonicowym trudno określić dokładnie pochodzenie, naturę i czas powstania z powodu, że zakażenie błonicowe mogło tak dobrze wywołać powstanie owrzodzeń błonicowych w żołądku, jak i przejście owrzodzeń zwykłych przewlekłych w błonicowe. Jestem nawet skłonniejszy do przypuszczenia, że oprócz wspomnianej blizny istniały inne jeszcze niezagojone prze-

1) H e n o c h. Choroby org. trawienia.

2) Wien. Med. Wochensch. 1851. Nr. 39.

wlekłe owrzodzenia, które w ostatnich dniach życia uległy błonicowemu zakażeniu, a to z powodu, że błonica w żołądku nigdy nie występuje w postaci tak obszernych, lecz raczej w postaci drobnych plamek i oddzielnych wysepek.

Wrzód żołądka przewlekły u dzieci należy do rzadkości. *Kundrat* odróżnia dwa rodzaje wrzodów: ostry i przewlekły. Świeże owrzodzenia, zwykle ostro przebiegające i spotykane częściej w dwunastnicy niż w żołądku, są zwykle wielkości ziarna konopnego i nie sięgają głęboko. Łatwo je wziąć za krwawe nadżarcia, sięgają jednak głębiej w błonę śluzową, dochodząc niekiedy do mięśniowej. Przewlekłe owrzodzenia od ostrych trudno jest bardzo odróżnić i jest to możebne tylko wtedy, jeżeli bliznowate brzegi wskazują na skłonność do zabliznienia. *Widerhofer* nigdy u dzieci przewlekłego wrzodu nie widział i zdaje się powątpiewać o jego istnieniu.

*Barrier*¹⁾ u 6-letniego dziecka widział śmiertelny krwotok, spowodowany przez owrzodzenie dwunastnicy i nadżarcia tętnicy żołądkowo-sieciowej.

Brinton opisał dwa przypadki wrzodu dziurawiącego żołądka u 8 i 9-letnich dzieci.

Donné podaje przypadek tej choroby u trzyletniego dziecka zmarłego w skutek wycieńczenia, u którego znaleziono w żołądku bliznę. *Gunz*²⁾ opisał przypadek dotyczący 5-letniego dziecka, u którego w okresie łuszczenia płonicy wystąpiły stolce fusowate. Przy sekcji znalazł on na tylnej ścianie żołądka owrzodzenie wielkości guldena.

*Reimer*³⁾ u 3½-letniego dziecka w okresie łuszczenia odry spostrzegł gwałtowny ból w okolicy żołądka przy krwawych wymiotach i upadku sił, a przy sekcji oprócz licznych powierzchownych podbiegnięć znalazł owrzodzenie 4 centymetry w średnicy z dnem sadłowatym i z podminowanymi brzegami. *Rokitanski* nie spotykał wrzodów żołądka u dzieci młodszych nad 14 lat. *Henoch* podaje trzy przypadki u dzieci 10—12-letnich zakończone wyzdrowieniem, lecz za ścisłość rozpoznania nie ręczy z powodu braku najważniejszego objawu wymiotów krwawych.

W ciągu dwóch lat ostatnich w przyjmowni szpitala dzieciennego widziałem 4 podobne przypadki u 8—10-letnich dziewczynek, cierpiących bóle w okolicy żołądka i wymiotujących krwią od czasu do czasu.

*Wertheimer*⁴⁾ opisał w r. b. wrzód żołądka u 10-letniej małokrwistej dziewczynki zakończony wyzdrowieniem.

Co do częstości tego cierpienia u dorosłych, według *Jakscha* stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 22 : 91. U *Rokitanskiego* na 79 przypadków było 46 kobiet, u *Daklerupa* na 32 chorych było kobiet 23. Z 226 sekcji *Brintona* chorych na wrzód żołądka znajdujemy dwa tylko przypadki tej choroby u dzieci między 1 i 10 rok życia. Wogóle przeto jest to cierpienie rzadkie w wieku dziecięcym i statystyka jego z powodu tej rzadkości jest nieoznaczoną.

1) *Traité pat. des med. de l'enfance*. II. 9. 1845.

2) *Jahrb. f. Kinderk.* Bd. V. H. 3. 1862.

3) *J. f. Kinderk.* Bd. X. B. 3—4. str. 289.

4) *Jahrb. f. Kinderk.* Bd. XIX. H. I.

Zobaczmy teraz jak się przedstawia błonica żołądka ze strony anatomicznej i klinicznej.

Zwykle przyląca się ona do błonicy gardzieli i częściej po ustąpieniu takowej. Błona śluzowa żołądka bywa ciemno czerwoną szczególnie na fałdkach podłużnych i dnie żołądka i pokryta błonami różnej wielkości i grubości oddzielającymi się łatwiej lub trudniej i sięgającymi niekiedy w miąższ tkanki. W żołądku znajdujemy także śluz, krew i odpadle błony. Takież zmiany niekiedy spotykamy w przelyku.

Dalszy przebieg tej sprawy podług K u n d r a t'a jest taki sam jak w gardzieli: po oddzieleniu błon pozostaje utrata tkanki, która się może zabliznić, niekiedy bywają krwotoki.

Błonica żołądka może wystąpić jako powikłanie płonicy i odry, a u ssawców bywa następstwem zakażenia pługowego przez ranę pępkową, a wtedy występuje i w kiszka. Pierwotna forma tej choroby, obejmująca cały przewód pokarmowy od odźwiernika aż do otworu stolcowego, należy do rzadkości i powstaje prawdopodobnie także wskutek zakażenia pługowego,

Objawami klinicznymi błonicy żołądka podług Steiner'a i Neureutner'a są: wymioty, nieugaszone pragnienie, wzdęcie i bóle żołądka; chorzy wymiotują śluz z żyłkami krwi i błony. Niekiedy wymiotów i pragnienia zupełnie nie bywa, a jedynym objawem jest wzdęcie i ból.

Do tych objawów jako najważniejszy K u n d r a t dodaje gwałtowny upadek sił.

W istocie objawy powyższe spotykałem stale u chorych dzieci, u których błonica żołądka rozpoznać się dała. Jeden z takich przypadków obserwowałem wspólnie z D-r S i k o r s k i m u 6-letniej dziewczynki, która wraz z czworgiem rodzeństwa uległa ciężkiej błonicy gardzieli i nosa. Objawy ze strony żołądka wystąpiły w drugim tygodniu choroby i trwały aż do śmierci.

W innym przypadku spostrzeganym przezemnie w oddziale błonicowym szpitala dla dzieci błonica gardzieli u 8-letniej dziewczynki trwała przez 4 tygodnie z pogorszeniem i polepszeniem, poczem gardziel zupełnie się oczyszczyła a jednocześnie wystąpiła bolesność w okolicy żołądka i częste wymioty, tak że w ciągu dni dziesięciu chora zmarła z wycieńczenia, nie mogąc przyjmować żadnego pokarmu.

Raz jeden obserwowałem w roku bieżącym błonicę żołądka w przebiegu ciężkiej płonicy z błonicą nosa i gardzieli u 8-letniego chłopca, który następnie wyzdrowiał.

Aby jednak na zasadzie przytoczonych objawów rozpoznanie błonicy żołądka było niewątpliwem, należy wykluczyć zapalenie nerek, które u dzieci zwykle poprzedzonym bywa przez wymioty zanim się jeszcze białko w moczu ukaże. W tych jednakże razach wymioty występują zwykle raz tylko jeden rano lub w nocy i przyjęte pokarmy nie bywają wyrzucane.

Błonica żołądka na stan gorączkowy chorego według moich spostrzeżeń nie wpływa znacząco, niekiedy nawet, gdy błonica gardzieli ustąpiła, stan chorego może być bezgorączkowy; w przypadkach przewlekłych gorączka ma przebieg trawiący (*f. hectica*). Leczenie w przypadku powyżej opisanym zwrócone było

jedynie tylko przeciwko błonicy gardzieli i żołądka i było dosyć skutecznem. Chora zmarła z wycieńczenia w kilka dni po zupełnym powrocie gardzieli do stanu normalnego, mogąc łykać doskonale i bez bólu, lecz nie mogąc zatrzymać w żołądku przyjętych pokarmów.

II. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytnicznej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

Dra Teodora Dunina

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 43).

Tak więc nie ma żadnej wątpliwości, że mleko krów dotkniętych gruźlicą zawiera zarazek suchot; ale że lasecznik ztąd dostawać się może do ustroju jedynie przez kanał pokarmowy, do niego więc stosują się te wszystkie ograniczenia, o jakich wspomniałem, mówiąc o przechodzeniu schizomycetów przez ścianki żołądka i kiszek. Zdaniem więc mojem, chociaż mleko krów gruźliczych może spowodować wybuch suchot, to zdarza się to jednak stosunkowo o wiele rzadziej aniżeli przenoszenie lasecznika przez plwocinę. Zwrócę też uwagę, że ludność wiejska, która w znacznej części karmi się mlekiem, najmniejszego dostarcza kontyngensu suchotników; przeciwnie suchoty srożą się najczęściej pomiędzy ubogą ludnością miejską, która często i smaku nawet nie zna mleka. Oto są jedyne źródła lasecznika gruźliczego. Inne, powszechnie o to obwiniane, a mianowicie powietrze wydechane laseczników zawierać nie może, te ostatnie bowiem z wilgotnej powierzchni płuc i oskrzeli prądem powietrza unoszone być nie mogą; również, wbrew temu, co twierdził kol. **Lubelski** na Zjeździe higienistów w Genewie, nie może zawierać laseczników i pot chorych; pot nie jest niczem więcej jak tylko wydzieliną gruczołów potowych, a jeżeli te ostatnie laseczników nie zawierają, to i pot ich zawierać nie może; wreszcie dla tej samej przyczyny nie może ich zawierać i przeziw skórny (**Sokolowski**).

Na zakończenie tego ustępu mej pracy dotknę w kilku słowach tych ujemnych faktów zaraźliwości suchot płucnych, jakich nam dostarczają stacje klimatyczne i szpitale dla suchotników. Zarówno spostrzeżenia angielskich autorów jak **Weber'a**, **Barthletta**, jak również **Dettweyler'a** i **Meissen'a**, a wreszcie i kolegę **Sokolowskiego**¹⁾ stwier-

¹⁾ Zresztą na podaniach właścicieli zakładów leczniczych nie bardzo można polegać; tak np. **Bremer** na Zjeździe lekarzy niemieckich w Essen twierdził, że przez cały czas istnienia sanatorium w Goerbersdorfie, ani jedna osoba z posługi nie zachorowała na suchoty, kiedy tymczasem kol. **Sokolowski** w swej pracy o zaraźliwości suchot (l. c.) wspomina o jednej posługaczce. Przypominam sobie nadto pracę kol. **Sokolowskiego** o krwotoku jako pierwotnej przy-

dzają, że ani w uzdrowiskach, ani w szpitalach dla suchotników nie znane są przypadki zarażania się suchotami lekarzy lub posługi szpitalnej. Fakta te nie mają dla mnie żadnego rozstrzygającego znaczenia; jeżeli bowiem w chorobach zakaźnych ostrych, gdzie okres wylegania trwa kilka dni, można na zasadzie przebiegu klinicznego badać prawa rozwoju choroby, to natomiast nigdy nie można stosować tego do suchot, w których choroba przez lata całe pozostać może w stanie zupełnie ukrytym. Kto mi zaręczy, że niejeden z lekarzy, lub posługi w miejscowościach, o których mowa, nie nosi w sobie ukrytych ognisk gruźliczych, które dopiero kiedyś po wielu latach, jeżeli życiowość komórek osłabnie spowodzi wybuch ostrej gruźlicy płuc? Ktoż wtedy dopatrzy się związku pomiędzy pierwotnym zarażeniem się a obecną chorobą. Nie zapominać też należy, że sanatoria dla suchotników leżą w górskim klimacie, który sam przez się wpływa na zabezpieczenie od suchot; wreszcie, na co ważny kładę nacisk, w szpitalach i sanatoriach chorzy wyrzucają płwocinę do kufli napęcznionych wodą, przez co zapobiega się jej wysychaniu, a więc i usuwa najważniejsze źródło zarazy.

Skończyłem z kwestyją przenoszenia się suchot; z powyższego zasady profilaktyki łatwo wysnuć się dają. Ponieważ do powstania suchot potrzeba z jednej strony wnikięcia zarazki, z drugiej zaś usposobienia, zapobieganie więc przeciw dwom tym rzeczom skierowane być winno. Zarazek pochodzić może albo z wysuszonej i roztartej płwociny, albo też wnika do ustroju wraz z mlekiem krów, dotkniętych perlicą. Co do tego ostatniego, to środki, jakie przedsięwziąć należałoby, są bardzo proste; trzeba zabronić użycia mleka z krów, podejrzanych o gruźlicę. Niestety środek ten jest tej natury, że wykonać się prawie nie daje. Można bowiem rozciągnąć nadzór nad rzeźniami i nie dopuścić, aby sprzedawano mięso z krów chorych, co właśnie w stosunku do gruźlicy nie ma żadnego znaczenia; ale niepodobna jest upilnować, aby ktoś nie udoił i nie wypił mleka od chorej krowy. Wypadałoby zatem chyba odbywać peryjodyczne rewizyje wszystkiego bydła w kraju i wszystkie podejrzane krowy zabijać, nie dopuszczając, aby na pokarm były używane. Środek podobny byłby zbyt gwałtowny i dałby się przeprowadzić jedynie w dużych miastach; dotychczas na tem polu nie zrobiono nietylko u nas, ale i w innych państwach. Reformy zależeć będą prawdopodobnie od ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi; bo że perlica jest identyczna z gruźlicą to zdaje się nie ulegać wątpliwości, ale jeszcze nie jest zupełnie pewne, czy mleko krów gruźliczych może w kanale pokarmowym zaszcześcić gruźlicę. W każdym razie reforma choćby najściślejsza nie będzie nigdy zupełną z tego względu, że początkowe okresy perlicy mogą ująć uwagi tak, jak uchodzą uwagi początkowe okresy gruźlicy.

czynie suchot (Przegląd Lekarski Nr. 4 i 5 1878), w której jest mowa o posługaczu zakładowym, który wskutek uciążliwej pracy dostał krwotoku płucnego, a w następstwie i suchot płucnych. Dzisiaj wobec pasorzytniczej teoryi suchot nie mamy już prawa twierdzić, że krew wylana do oskrzeli może się stać przyczyną suchot; co najwyżej przypuścić możemy, że daje ona lepszy grunt dla rozwoju lasieczników, przez co może ułatwiać wybuch suchot. W każdym jednak razie jako ostateczną przyczynę suchot i tu przyjąć należy zarażenie, tak, że zdaniem moim i ten przypadek uważany być winien jako dowód, przemawiający za zaraźliwością gruźlicy.

Nie lepiej stojemy i z higieną plwociny. Jak to już powiedziałem, plwocina póki jest wilgotna, dopóty nie może być źródłem zarazy, Dlatego też jedyny racjonalny przepis, jaki dać możemy, jest ten, aby plwocinę zbierać w kufle do połowy napełnione wodą; jeżeli później taką plwocinę wylejemy czy to do wychodka, czy do kanałów miejskich, możemy już być spokojni, że nie zrobi nam żadnej szkody. Niestety przepis ten tak łatwo wykonać się dający w szpitalu, trudno lub wcale nie da się zastosować w prywatnym życiu. Z jednej strony suchotnicy nie siedzą bynajmniej ciągle w domu, lecz chodzą, zajmują się swymi sprawami, a przecież trudno od nich wymagać, aby kufel zawsze z sobą nosili; z drugiej strony wątpię, aby kiedyś udało się nam przekonać ludzi o tem, że plując na podłogę i rozcierając plwocinę nogami, przynieść mogą szkodę sobie i bliźnim. Niestety jest to los wszystkich przepisów higienicznych, których wykonanie nie zależy od działalności policyi, ale od dobrej woli pojedynczych jednostek. Dezynfekowanie kufli z plwociną nie ma żadnego znaczenia. Lasecznik gruźliczy jest jednym z najstalszych schizomycetów i jak to wykazały doświadczenia Valin'a¹⁾ dla zniszczenia go potrzeba albo bardzo stężonych roztworów sublimatu i kwasu karbolowego, albo działania wysokiej ciepłoty. Mylą się więc ci, którzy sądzą, że 10% roztworem tymolu, 5% kwasu karbolowego, lub roztworem sublimatu 1 : 5000 zdolają zabić laseczniki, zawarte w plwocinie, do których wymienione roztwory dostępu nawet nie mają. Jest to optymizm, wprawdzie nieszkodliwy, ale i tem mniej potrzebny, że jak powiedziałem, laseczniki zawarte w wilgotnej plwocinie są względem nas armiją bez oręża, o którą wiele troszczyć się nie potrzeba. Co się tyczy dezynfekcyi ubrania i mieszkań, to ta istotnie może być potrzebna, pamiętać jednak winniśmy, że zabić laseczniki wysuszone możemy jedynie za pomocą bardzo wysokiej ciepłoty i że te środki, które niszczą schizomycety zwilżone pozostają na nie bez żadnego wpływu jeżeli są (schizomycety) wysuszone. I tu więc nie pomoże skropienie roztworem kwasu karbolowego, ale odzież dezynfekować by należało w izbach powietrzem ogrzanem do 120° C. lub wyżej, mieszkania zaś parą wodną, lub także ogrzanem powietrzem.

Jestem wszelako zdania, że współdziałanie władz i w tym względzie jest niezbędny; sądzę mianowicie, że należałoby wymagać, aby handlarze starzyzną, takową z obowiązku poddawali dezynfekcyi w wymienionych izbach.

Jakkolwiek bądź, widzicie z powyższego Szanowni Panowie, że małą mamy nadzieję, aby nam się udało kiedykolwiek zapanować w zupełności nad lasecznikiem gruźliczym. Pozostaje nam więc zwrócić się do drugiego czynnika, sprzyjającego rozwojowi gruźlicy, t. j. do osobniczego usposobienia. Ponieważ stopień takowego zależy od stopnia życiowości komórek, a więc i całego ustroju, starać się więc powinniśmy o jej podniesienie. Nad tem rozwodzić się nie potrzebuję, sami Panowie najlepiej wiecie, jakie w tym względzie mamy środki. Głód, złe pożywienie i mieszkanie, nędza, nadużycia wszelkiego rodzaju, zmartwienia, troski, przeciążenie pracą umysłową, brak ćwiczeń cielesnych—oto są najdzielniejsi sprzymierzeńcy lasecznika gruźliczego, a zarazem niestety wytwory cywilizacyi. Ale jeżeli suchoty są niewątpliwie dzieckiem cywilizacyi

¹⁾ Revue d'hygiene. 1883.

i krok w krok za nią zdążają jednak z drugiej strony jedynie od postępu cywilizacji spodziewać się można złagodzenia nędz i trosk ludzkich, a więc i ograniczenia gruźlicy. Horoskop to niewesoły, ale prawdziwy i wolny od złudzeń, czyż wiele więcej zdołaliśmy zrobić w sprawie ograniczenia przymiotu, a jednak mamy tu do czynienia z zarazkiem udzielającym się jedynie wyjątkowo przy pewnych szczególnych okolicznościach, kiedy natomiast zarazek suchot usuwa się zpod wszelkiej nad nim kontroli.

Przechodzę do drugiej połowy mojej pracy, t. j. do wskazań, jakie wypływają z uznania suchot za chorobę pasorzytniczą. Od chwili, kiedy się przekonano, że przyczyną suchot jest pasorzyt rzucono się do środków antyseptycznych jako do jedynej i niezawodnej deski zbawienia. Od tego dość naiwnego przekonania, że to, co zabija pasorzyty zewnątrz ustroju, zabija je i wewnątrz, nie pozostali wolnemi nawet najdzielniejsi badacze jak Koch i Binz. Nie pomyślano jednak, że gdyby tak łatwo było wywrzeć działanie antyparazytarne, wtedy jeden i ten sam środek antyseptyczny winien być pomocnym na wszystkie choroby zakaźne.

Tymczasem praktyka wykazuje co innego; najsilniejsze środki przeciwpasorzytowe, jak kwas karbolowy, nie przerywają żadnej choroby zakaźnej, kiedy natomiast tak słabe, jak chinina, wpływają bezwarunkowo szkodliwie na życie i rozwój pasorzyta zimnicy. Prawdopodobnie więc inne tu zachodzą stosunki, aniżeli w prostej kolbce, w której się hodują pasorzyty. Kto wie, czy nie wchodzi tu w grę to, czy dany środek pozostaje tylko we krwi, czy też przenika do tkanek ustroju i jakich; nie trzeba też zapominać i o tem, że wiele środków antyseptycznych szkodliwiej działają na komórkę ustroju aniżeli na sam pasorzyt, skutkiem czego, jak to słusznie zauważył Buchner, nie tylko pożytku nie przynoszą ale szkodzą, zniżają bowiem życiową działalność komórki i jej siłę do walki z pasorzytem. Zasadność tych wątpliwości potwierdzona została i przez praktykę; doświadczenia mianowicie wykonywane na wielką skalę z jednej strony przez samego Koch'a, oraz Gaffky'ego i Fraentzela¹⁾, a z drugiej przez Hillera i Leydena²⁾ doprowadziły do zupełnie zgodnych wyników, t. j. że żaden ze znanych środków antyseptycznych nie wywiera najmniejszego wpływu na postęp suchot oraz na ilość wydzielanych laseczników. W doświadczeniach tych nie pominięto ani jednego ze środków, a więc używano sublimatu, siarko-wodoru, kairyny i wszystkich innych; wprowadzono środki zarówno w postaci gazu, wprost do płuc, jak i przez żołądek a wyniki zawsze były jednakie, t. j. ujemne.

Z drugiej jednak strony przeciw niektórym chorobom zakaźnym i to jedynie przeciw zakaźnym posiadamy środki swoiste, które więc przyczyniają się do zupełnego zniszczenia pasorzytów. Środków takich, jak wiadomo, mamy trzy, t. j. chininę przeciw zimnicy, kwas salicylowy przeciw ostremu goścowi, oraz rtęć i jod przeciw przymiotowi. W jaki sposób środki te działają, o tem nie

¹⁾ Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

²⁾ Eodem loco.

mamy najmniejszej wiadomości; B u c h n e r twierdzi, że zwiększają one jedynie życiową działalność komórki, kiedy tymczasem B i n z ¹⁾, który zresztą jest optymistą w sprawie antyseptyki, jest zdania, że chociaż środki powyższe może i nie zabijają zupełnie pasorzytów ale wpływają szkodliwie na ich życiowości, przez co utrudniają im walkę z komórkami ustroju. Jakikolwiek będzie to działanie, mamy zasadę spodziewać się, że kiedyś może uda się znaleźć środek równie szkodliwy dla życia i walki lasecznika gruźliczego, jak chinina dla pasorzyta zimnicy. Czy zaś środek ten wyjdzie z grupy t. zw. środków antyseptycznych czy innych, o tem żadnego nie mamy pojęcia. Choć takie przypuszczenie nie jest absolutnie niemożliwe, to z góry jednak przypuścić można, że gdyby nawet znaleziono środek swoisty przeciw lasecznikowi gruźliczemu, to ten nie odda nam tyle korzyści co chinina w zimnicy lub rtęć w przymocie. W tych chorobach bowiem cierpienie z samego zaraz początku wyraźnie się objawia i pozwala na wczesne użycie środków; prócz tego cierpieniu ulegają narządy po większej części nie tak do życia potrzebne. Inaczej w suchotach; tutaj cierpienie długi czas przebiega skrycie i kiedy się wyraźnie da uczuć choremu, wtedy nieraz zmiany w płucach już tak wysoko postąpiły, że wyrównane być nie mogą; prócz tego cierpieniu ulega ustrój, tak ważną odgrywający rolę w prawidłowem życiu człowieka.

Jakkolwiek bądź, dziś nie mamy środka, który by wprost był w stanie zniszczyć w ustroju lasecznika. Kiedy więc nie możemy uśmiercić najeźdźcę, to należy się starać o wzmocnienie współzapaśnika w walce, t. j. komórkę organiczną, jednym słowem całe starania terapii w stronę podniesienia życiowości ustroju skierowane być winny. Z tej arcy słusznej zasady wychodząc, B u c h n e r ²⁾ w ostatnich czasach zaproponował przeciw gruźlicy arsenik jako środek podnoszący życiową działalność. Pomijam zupełnie objaśnienie B u c h n e r'a, w jaki mianowicie sposób arsenik podnosi tę życiową działalność; tłumaczenie to jest błędne ³⁾, ale fakt, że arsenik z korzyścią przyjmowany bywa przez mieszkańców Styryi nie ulega żadnej wątpliwości. Czy zaś to działanie jego jest tak silne, jak tego chce B u c h n e r, i czy wystarczy do nadania komórce potrzebnego stopnia życiowości dla wytrwania zwycięzko w walce z pasorzytami? B u c h n e r sam osobście mało robił z arsenikiem doświadczeń, które jakoby dały pomyslnie wyniki. Natomiast doświadczenia K e m p n e r'a ⁴⁾

¹⁾ Centrbl. f. klinische Med. Nr. 18. 1883.

²⁾ Die aetiologische Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose. München. 1883. Brak miejsca i cel niniejszej pracy nie pozwala mi na większe streszczenie obszernego dzieła B u c h n e r'a, które obok jednostronnego poglądu, zawiera niezmiernie wiele bardzo trafnych i głębokich uwag. Mogę tylko polecić je czytelnikom.

³⁾ B u c h n e r działanie arszeniku objaśnia w ten sposób, że środek powyższy wywołuje zapalenie, którego pierwszy okres polega właśnie na wzmożonem odżywianiu tak potrzebnem do walki pasorzytem. Jak widać z powyższego B u c h n e r stoi jeszcze zupełnie na V i r e h o w'owskim gruncie we względzie zapalenia, który dziś absolutnie i w tej formie przyjęty być nie może. Wiemy też, że wiele z tych zmian, które dawniej uważano za pierwszy okres zapalenia są tylko początkiem obumarcia.

⁴⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 31. 1883.

Lindner'a¹⁾, oraz spostrzeżenia, robione w klinice Ziemsse'n'a na większej liczbie chorych, nie dały pomyslnych wyników. Tak więc, o ile się zdaje, nie przyszedł jeszcze czas za specyfik przeciw gruźlicy. Ten niepomyślny obrót rzeczy nie przemawia bynajmniej przeciw słuszności poglądu Buchner'a; zasada jest słuszną, tylko środek źle wybrany.

Nie pozostaje nam więc nic innego jak tylko wpływać na podniesienie żywności komórki za pomocą fizjologicznych czynników; a więc znów odpowiednie pożywienie, spokojne życie, ćwiczenia ciała, pobyt w górskim klimacie tak jak w zapobieganiu tak i w leczeniu suchot główną odgrywać muszą rolę.

Rozwodzić się nad temi rzeczami tu bliżej nie potrzebuję, lecz są to rzeczy, z którymi Panowie co dzień macie do czynienia. Chciałem tylko zwrócić Waszą uwagę na jeden pogląd, dziś powszechnie przyjęty, a który wobec pasorzytniczej teoryi gruźlicy ostać się nie może. Mam tu na myśli działanie górskiego powietrza, które zdaniem wielu polega na dokładniejszym odwietrzaniu płuc; ze stanowiska parazytaryzmu jest to błąd; wydechane powietrze nie może unosić z wilgotnej powierzchni płuc schizomycetów, żadna więc wentylacja płuc nie usunie z nich laseczników, które się tam już dostały. Wpływ górskiego powietrza tłumaczyć sobie należy podniesieniem życiowej działalności komórek.

Oto jest wszystko, Szanowni Panowie, z czem podzielić się z Wami chciałem. Dziwnem Wam się wydawać może, że zapowiedziawszy rzecz o leczeniu suchot, mówiłem dużo o różnych rzeczach, a najmniej o leczeniu. Ale Sz. Panowie, jeżeli chcemy z tego najnowszego zwrotu w nauce o suchotach płucnych wyciągnąć jakieś korzyści, wtedy powinniśmy zastosować konsekwentnie do suchot to wszystko, co wiadomem jest w życiu schizomycetów w ogólności. I to także zarzucić mi możecie, że w ogóle nie Wam nowego nie powiedziałem; odpowiedź z mej strony na zarzut ten łatwa; nic nowego powiedzieć Wam nie mogłem i zamierzałem, chciałem tylko rozwiać złudzenia, które się narodziły w wielu umysłach o l chwili odkrycia lasecznika gruźliczego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. Julliard. Trzydzieści i jedno wyluszczenie wola. (*Trente et une extirpations de goitres*).

Ostatniemi czasy pojawiło się w literaturze francuzkiej, a zwłaszcza niemieckiej wiele prac o wycinaniu wola; u nas nie przypominam sobie żadnego artykułu oryginalnego w tym przedmiocie; zależy to prawdopodobnie od rzadkości samej choroby u nas, tak częstej w Szwajcaryi, Styryi, Francyi. Cierpienie to tak mało widać miało interesu, że nawet nie było większych u nas streszczeń z prac zagranicznych. Sądzę przeto, że praca profesora Genewskiego, oparta na własnej licznej praktyce, powinna znaleźć miejsce między kwestyjami naukowemi w „Gazecie Lekarskiej“.

¹⁾ Deutsche med. Woch. Nr. 34, 1883.

Ekstyrpacyja wola ze względu na krwotok i zakażenie budziła zawsze tak silne obawy, że aż do najnowszych czasów uważano, iż stanowić ona winna *ultimum refugium*. Takie mniemanie musiało tylko jeszcze spotęgować uprzedzenie przeciw tej operacyi, operacyja bowiem wykonywana późno, kiedy guz doszedł największych rozmiarów i wywołał już groźne objawy, nie mogła dać świetnych wyników.

Dopiero metoda aseptyczna, która zmieniła do podstaw oblicze chirurgii, spowodowała i tu radykalną zmianę. Ekstyrpacyja wola jest dziś w Europie rzeczą zwykłą i daje wyniki nie gorsze od innych ciężkich operacyj.

J. robi tę operacyję prawie zawsze bez znieczulenia chorego; za takim sposobem przemawiają rzeczywiście pierwszorzędne dane: chory i tak trudno oddecha, położenie poziome podczas operacyi jeszcze zwiększa tę trudność, dalej niepodobna wyluszczyć guza bez pociągania lub uciśnięcia tchawicy, a co najważniejsza chloroform usposabia do wymiotów, a te podczas operacyi przedłużają i tak przez się już długą operacyję, po operacyi zaś skutkiem gwałtownych ruchów tchawicy mają fatalny wpływ na *prima intentio* w tak obszernej ranie, wymagającej właśnie jak największego spokoju. Jeśli chory nie chce się dać operować bez chloroformu, J. odurza go dla zrobienia cięcia skórniego, dalsze bowiem manipulacje są niebolesne.

Co do cięcia uważa J. i słusznie za najlepsze cięcie podłużne na linii środkowej szyi od kości grdykowej do mostka: ono pozwala w zupełności na wydobyć swobodnie nawet dużych guzów. J. krytykuje cięcie Roségo wycinającego płaty ze skóry, powięzi, mięśni dla utorowania sobie dostępu.

Pierwsze cięcie pogłębia J. aż do samego wola, po drodze jak najstaranniej przecinając między 2-ma podwiązkami każdą napotkaną żyłę, które tu są niesłychanie liczne i grube. Doszedłszy do guza, przecina torebkę i odkłada nóż, a wprowadziwszy palec odluszcza torebkę od guza, napotkane sznurki (naczynia) przecina nożyczkami zgietymi z a w s z e m i ę d z y d w o m a l i g a t u r a m i z obawy krwotoku i wejścia powietrza do żył.

Do podprowadzenia podwiązek posługuje się osobnym ekarterem, rzeczywiście bardzo odpowiednim ku temu celowi. Do podwiązania używa zawsze katgut, jako materiału możliwego do wessania, co nie jest obojętną przy operacyi, przy której chodzi o *prima intentio*, a przy której niekiedy wypada podwiązać 60—80 naczyń.

J. uważa za bardzo ważną rzecz wyluszczenie pod torebką; tam, gdzie jej nie ma, trzyma się ściśle powierzchni wola, wystrzegając się przy wyluszczeniu nacinania jego mięszu, które daje silne krwotoki mięszkowe, nadzwyczaj trudne do utamowania.

Po wyluszczeniu pozostaje nie raz kolosalny worek, w górnej części którego ścianki zbliżają się i przylegają nader łatwo i ściśle, w dolnej pozostaje ziejąca jama, z powodu że ściany jej nie mogą być całkowicie zbliżone (mostek). To stanowi źródło poważnych następstw przy gojeniu: dno jamy stanowi luźna tkanka łączna śródpiersia, gotowa każdej chwili do wessania ropy spływającej z góry z rany i zatrzymującej się tu, z kąd żaden dren jej odprowadzić nie może, dren bowiem wprowadzony, przy położeniu chorego na plecach, musi tkwić w ranie na sztorc.

Jedyną drogą, aby tego uniknąć, jest osiągnąć *prima intentio*. W tym celu J. radzi jak najściślej aseptykę, odradza polewanie i przestrzykiwanie płynami antyseptycznymi, które przeszkadzają zlepianiu się rannych powierzchni, sam używa spray'u, a zrobiwszy toaletę rany tak starannie jak przy owaryjotomii zeszywa brzegi rany, wprowadza w kąt dolny dreny skierowane ku górze i nakłada opatrunek oryginalny, istotnie odpowiadający całkowicie celowi. Chodzi o to, aby oprawa była antyseptyczna i naciskająca. W tym celu pokrywa zeszytą ranę protektywą i okłada całą szyję od brody aż do mostka oczyszczoną

nemi nowemi gąbkami, zupełnie aseptycznymi (specyjalnie przygotowanymi); na to muślin fenolowy i materyja nieprzemakalna. W ten sposób ścianki jamy są jak najściślej w zetknięciu — warunek podstawowy dla *prima intentio*. Chorego kładzie się siedzący lub na pół siedzący, dla ułatwienia odpływu wydzieliny z rany, rzecz kardynalna.

Drugi warunek dla udania się *primae intentionis* absolutny spokój tchawicy, w tym celu ponieważ po takim odluszczeniu wzdłuż tchawicy, krtani i przelyku. polykanie jest bardzo często nader bolesne, trudne i szwankujące, choremu daje J. przez pierwsze dni tylko wodę i to małemi łykami; tym sposobem unika się zachłystywania i fatalnego potem krztuszenia się połączonego z gwałtownem szarpaniem rany i jej rozmaitych warstw. Około 4—5 dnia polykanie staje się łatwiejszem, wtedy mleko, wino, rosół.

Pierwszy opatrunek zmienia J. po 48-u godzinach, odejmuje gąbki, wyjmuje wszystkie dreny, zostawia jeden i zdejmuje co drugi szew, resztę zaś przy drugim opatrunku 5-go dnia.

Postępując w ten sposób na 31 ekstyrpacyj wola stracił 5 chorych i to w 3-ch przypadkach śmierć zależała od wyjątkowej ciężkości samej choroby, u pozostałych dwóch powodem śmierci był zator i zapalenie płuc z w d e c h a n i a (*pneumonie par aspiration, schluckpneumonie*).

U 26 chorych owa jama nad mostkiem zarosła *per primam intentionem* aż do drenu.

Z objawów następczych J. obserwował 5 razy bezdźwięk głosu bezpośrednio po operacji (w 1-ym przyp. *n. recurrentes* były przecięte, w 1-ym przy. sekcji znaleziono nerwy nienaruszone, w 2-óch afonija ta przeszła po kilku tygodniach). Obrażenie nerwu, targanie przy operacji, nieuniknione przytem przecięcie gałązek tłumaczają owe bezdźwięki przemijające; stalej afonii przyczyną bywa przecięcie nerwów zwrotnych.

Oprócz tego J. obserwował 3 przyp. chrypki następczej (jeden chory wyleczony w 10 dni, powrócił w 4-y miesiące z chrypką, paraliż jednej struny; u drugiego, którego rana zagoiła się zupełnie w 7 dni, w rok potem chrypka jeszcze większa; trzeci chory, któremu rana zagoiła się zupełnie w 12 dni, powrócił po 2 tygodniach zupełnie prawie bez głosu). J. przypisuje te zmiany w głosie ściśnięciu nerwów zwrotnych w bliźnie pomimo zagojenia *per primam*; o ileż gorsze byłyby następstwa przy gojeniu *per suppurationem*;

Zresztą chory zgóry powinien wiedzieć, że głos, jeśli jest ochrypły, bynajmniej po operacji nie odzyska czystości.

Godne szczególnej uwagi są następujące 2 spostrzeżenia przez swą tajemniczość. U jednej chorej w 5 miesięcy po operacji powstała niesłychana niedokrwistość, trwająca kilka miesięcy. Drugi chory 17-letni, krzepki wyrostek, powrócił w 2 lata po operacji wolny w prawdzie od duszności i t. d. lecz w stanie niezwykłego osłabienia i przygnębienia; dawniej był żywym, teraz stał się milczącym, nieśmiałym, unika towarzystwa; przestał rosnać; wyraz twarzy jak u kretyna; skóra na twarzy i na rękach obrzmiała wskutek ograniczonego zgrubienia (*pachydermia localisata*).

Podobne fakty przytaczają i inni autorowie. J. przypisuje je wyluszczeniu gruczołu tarczowego, którego czynności tak mało znane dotychczas zostały przez operację zniesione.

To prowadzi do postawienia wskazań. W tym celu J. stawia i daje odpowiedzi na następujące 3 pytania.

1. Czy wole jest chorobą niebezpieczną i czy samo przez się jest w stanie spowodować śmierć chorego? J. odpowiada na to twierdząco; widział sam 5 przyp. śmierci z wola; wole może przygnieść, zepchnąć, tchawicę przeistoczyć ściankę, jej wole zatem zabija i to częściej niż sądzą.

2. Lecz nawzajem bywają wola i to daleko częściej od pierwszych, z którymi ludzie dochodzą do późnej starości, które są zupełnie niewinne.

3. Jod stanowi środek szacowny i J. zbija zdanie tych, którzy widzą w ekstyrpacji jedyny środek skuteczny.

4. Ekstyrpacja nie jest dzisiaj operacją, której obawiać się należy bezmiernie.

Z tego powodu każde wole należy najprzód leczyć jodem. Lecz jeżeli mimo to wole nie przestaje zakłucać oddech, jeśli sprawia napady duszenia się, jeśli jest głębokie, mało ruchome, trzeba je usunąć, jeśli można częściowo, jeśli nie całkowicie, lepiej bowiem żyć z objawami następczemi po operacji, niż narażać się na śmierć z uduszenia. Tylko nie należy ociągać się z operacją, im dłużej bowiem czekać, tem operacja będzie trudniejsza.

Czy można operować wola nie sprawiające żadnych przypadłości? J. w odpowiedzi trzyma się środka. Jeśli wole małe i niezbyt szpeci, nie ruszać go; jeśli duże i zarazem obszerne, szyja szeroka — również dać mu pokój, gdyż ekstyrpacja w takich razach będzie bardzo trudną, jeśli nie niemożliwą. Lecz jeśli guz wystaje i jest duży, operacja nie jest trudną.

Dotychczas ekstyrpowano wyłącznie prawie wola mięszone; przy wolech torbielowatych zaś stosowano: drenowanie, zawłokę, przyżeganie, nacięcie nieprzeciwnilne, z a s t r z y k i w a n i e j o d o w e, i c i ę c i e a s e p t y c z n e. Z wyjątkiem dwóch ostatnich J. odrzuca inne i słusznie jako niebezpieczne.

Wstrzykiwanie jodiny ma swe dobre strony i okazało się skutecznem w bardzo wielu razach. Lecz przeciw niemu stawia J. zarzuty, iż często zawodzi, dalej nie nadaje się do torbieli wielokomorowych i krwotocznych. Nadto po wstrzyknięciu jodiny, 1) podobnie jak przy hydrocele, bywa obrzmienie zapalne, zazwyczaj umiarkowane, lecz niekiedy (a tego niepodobna przewidzieć) silne i chory może się udusić; 2) bardzo często następuje zropienie guza, co jest rzeczą bardzo niebezpieczną, gdyż pachnie ropnicą. Z tego powodu J. daje pierwszeństwo n a c i ę c i u torbieli, ewentualnie wycięciu jej części i zeszcyciu ścian z założeniem drenu; opatrunek aseptyczny. Lecz i temu sposobowi stawia J. poważne zarzuty; a mianowicie jeśli torbiel jest krwotoczna, wielokomorowa, zatokowata, jeśli ścianki są grube, niepodatne, niepodobna ich dokładnie dopasować i zrośnięcie jest wielce wątpliwem; pozostają przetoki, ropnie. Nawet gdy torbiel posiada ścianki miękkie i jest jednokomorową, zrośnięcie jest wątpliwem, tu bowiem są w zetknięciu dwie powierzchnie surowicze, wysłane nabłonkiem, wydzielające płyn klejowaty. I dlatego też J. nad wszystkimi sposobami stawia ekstyrpację. W ogóle można podzielić torbiele tarczowe na 3 grupy.

Pierwsza obejmuje cysty krwotoczne i wielokomorowe.

W drugiej mieści J. torbiele z jamą nieregularną, z zatokami, ze ściankami tegiem, grubemi, torbiele duże utrudniające oddech. Dla obu tych grup wstrzyknięcie i nacięcie nie jest bezpieczne i może dać recydywę.

Trzecia grupa zawiera torbiele jednokomorowe, z jamą kulistą, bez zatok, ze ściankami podatnymi, cienkimi, z zawartością surowiczą; są one zazwyczaj niewielkie wystające, powierzchowne — te nadają się do nacięcia — lecz właśnie i ekstyrpacja tutaj jest równie łatwą.

W końcu pracy prześlizgnie napisanej i pełnej trafnych uwag autor daje spis 31 spostrzeżeń.

Wł. Matlakowski.

Revue de Chirurgie 1883. Zeszyt sierpniowy (str. 585—617).

54. Merkel. Kairyna jako środek przeciwgorączkowy.

Badania nad działaniem kairyny do rozmaitych wyników doprowadziły badaczy. F i l e h n e, który pierwszy zaczął używać tego środka zachwala go bardzo przy zapaleniu płuc i przewlekłych gorączkach heptycznych, nadmieniam

jednak, że działanie jego przeciwgorączkowe jest krótkotrwałe i prędko zostaje zastąpione przez bardzo uciążliwe dla chorych dreszcze z podwyższeniem ciepłoty. Z dwóch rodzajów kairyny M (*hydrooxymetylchinolina*) i kairyny A (*hydrooxyactylchinolina*), ta ostatnia działa wolniej lecz skuteczniej, większych jednak wymaga dawek.

Seifert wcale kairynie przeciwgorączkowego działania nie przypisuje, a Riegel oprócz tego ostrzega, że wywołać ona może objawy zapaści. Innego zdania są Freymuth, Pölcchen, Hallipeau, Guttmann i Riess, którzy stosowali ten środek we wszystkich chorobach gorączkowych.

Autor badał działanie kairyny także w rozmaitych chorobach gorączkowych, a mianowicie: w 3 przypadkach suchot płucnych, w 3 przyp. zapalenia płuc krupowego, w 1 przyp. zapalenia opłucnej, w 1 przyp. zapalenia wsierdza, w 1 przyp. bezkrwistości, w 1 przyp. płonicy i w 9 przyp. tyfusu brzuszego. Działania jednak przy zapaleniu płuc nie bierze w rachubę, z tego powodu, że przy tej chorobie krytyczne obniżenie ciepłoty przychodzi tak niespodzianie, a czynność serca tak nagle może być upośledzoną, że środki przeciwgorączkowe bardzo ostrożnie stosować należy. W 19 spostrzeganych przez siebie przypadkach autor w ciągu 149 dni zadał 887,25 grm. kairyny, której najmniejsza dawka dzienna wynosiła 2,75 grm., największa 12,5 grm.. Najmłodszy chory liczył 16 lat, najstarszy 52 lata. Zaczynał autor od 1,0 grm. dawki rannej i stosownie do działania dawał co godzina od 0,5—1,0 grm. dopóki obniżenie ciepłoty nie nastąpiło.

Dawkę taką powtarzał, skoro tylko dreszczyki zwiastowały powrót gorączki. Działanie kairyny niezawsze bywa jednakowe i nie tyle zależy od samego chorego ile raczej od dnia choroby, nadto od wysokości gorączki, jej przyczyny. Osobistość chorego ma wpływ o tyle, że im ten jest chudszy, tem środek w mowie będący działa silniej. W chorobach przewlekłych mniejsze dawki działają silniej, w ostrych ten sam skutek osiągnąć możemy tylko przy większych dawkach. Najniższą ciepłotę przy tyfusach osiągnął autor 37° C., gdy tymczasem u suchotników lub przy zapaleniu opłucnej obniżenie nigdy nie było tak znacznem.

Kairyna z powodu nieprzyjemnego smaku najchętniej w opłatkach przyjmowaną być może. Wymioty wywołuje ona bardzo rzadko i wtedy można ją zadawać w ławatywach, które również skutecznie działają. Niekiedy przy zadawaniu *per anum* występują wymioty a następnie rozwolnienie, wtedy należy zaprzestać użycia kairyny.

Podrażnienie nerwów spostrzegał autor tylko w jednym przypadku u 30-letniej delikatnej kobiety tyfusowej, która po pierwszej dawce kairyny doznała omamów słuchowych, poczem wystąpiły napady manijakalne. Napad trwał 24 godzin, lecz nie przypisuje go autor działaniu kairyny tylko dziedzicznej skłonności do psychicznych zaburzeń, która u chorej wykazać się dała. Zresztą zaburzenia nerwowe łatwo wysoką gorączką objaśnić się dają. Co się tyczy narządów krążenia krwi, to tętno, nie tracąc na sile, stawało się mniej częstem w miarę obniżenia ciepłoty, a zapaść nigdy nie występowała.

Ilość moczu nie ulega zmianie, zostaje on tylko ciemno zabarwionym. Na 19 przypadków spostrzegał autor białkomocz u 4-ech chorych, u 2 óch bez zmian w nerkach, ustąpił takowy po 8—14 dniach; u dwóch innych zależał od zapalenia nerek i stwierdzono go przed użyciem kairyny. Cukru w moczu nigdy autor nie znajdował.

Na przebieg choroby, np. tyfusu, kairyna widocznego wpływu nie wywiera; zmienia tylko przebieg ciepłoty. Czas trwania gorączki i okres zdrowienia nie zostaje skróconym. Dreszcze występują rzadko i nie bywają silne, poty obfite bywają często. Obniżenie ciepłoty do 35,5° C. a nawet 33,8° C. znosili chorzy bardzo dobrze.

Wnioski swe co do działania kairyny streszcza autor w ten sposób;

- 1) Kairyna A jest bardzo silnym środkiem przeciwgorączkowym.
 - 2) Zmniejsza ona ciepłotę, co jednak zależy nietyle od dawki, ile od konstytucji chorego i przyczyn gorączki.
 - 3) Obniżeniu ciepłoty nie towarzyszy upadek sił.
 - 4) Chcąc osiągnąć trwale obniżenie ciepłoty, należy po jednej dawce większej dawać częste mniejsze, stosownie do potrzeby.
 - 5) Kairyna głównie się nadaje w gorączkach ciągłych, przy których płuca i serce nie są zajęte.
 - 6) Kairyna na przebieg choroby pod innym względem nie wpływa.
- (*Deutsch. Arch. f. kl. med. T. 34. I Zeszyt*). A. Malinowski.

LIST OTWARTY.

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

W N-rze 48 „Gaz. Lek.“ kol. Fabian dopełnia swe sprawozdanie z pracy Jakscha podaniem sposobów wykrywania peptonu w moczu podług dzieła Huppert'a (*Anleitung zur Analyse des Harns. 1881. VIII. Wydanie*). Szanowny sprawozdawca podał metody badania w dosłownem niemal tłumaczeniu; ponieważ jednak w podręczniku Huppert'a pominięte zostały niektóre ważne szczegóły, uważam przeto za właściwe takowe kilkoma słowami dopełnić. Czynię to zaś tem chętniej, iż niejednen z kolegów prowincjonalnych, którym prace źródłowe mniej są dostępne, chcąc poszukiwać peptonu w moczu wedle wskazówek Huppert'a, mógłby otrzymać wyniki niezupełnie dokładne.

Zajmując się od pewnego czasu w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich pod kierunkiem kol. Nenckiego kwestyją klinicznego znaczenia peptonuryi, przeprowadziłem dotychczas 105 badań moczu i przerobiłem powszechnie dziś stosowane metody wykrywania w nim peptonu. Podręcznik Huppert'a jest jednym z najnowszych podręczników uroskopii, a nazwisko autora zasługuje na zupełne zaufanie; wszelako odczynu na pepton Huppert dosłownie przepisał z prac Hofmeister'a, umieszczonych w kilku zeszytach „*Zeitschr. für physiol. Chemie von Hoppe-Seyler*“ zwłaszcza w T. IV Zesz. IV r. 1880, jak to zresztą sam wyznaje na str. 138, pisząc: „*Die Methoden zum Nachweis des Peptons sind von Hofmeister ausgearbeitet worden*“. Podobnie jak Huppert, przytaczają reakcye Hofmeister'a na pepton i inne podręczniki uroskopii, między innymi podręcznik Salковского — Leube'go i Loebisch'a, z autorów zaś, klinicznie badających peptonuryją, Maixner i Jaksch.

1) W streszczeniu w „Gaz. Lek.“ na str. 836 pod lit. e mówi się: „Gdy mocz zawiera białko, należy jednym ze znanych sposobów (wodaniem ołowiu lub octanem tlenika żelaza) ciecz tak dokładnie od białka oswobodzić, by już za dodaniem kwasu octowego i żelazocyanku potasu nie dawała zmnęcenia“. I to wszystko. Tymczasem sposób oddzielenia białka z moczu, w którym zamierzamy szukać peptonu, nie jest tak prostym. Sposób ten najlepiej podaje Hofmeister (*Hoppe-Seyler's Zeitschr. T. IV. Z. IV. str. 263*). Przedewszystkiem nie radzi on strącać białka wodaniem ołowiu, co z kilku względów jest niedogodne; natomiast usuwa takowe przez gotowanie moczu, zawierającego białko, z półtorachlorkiem żelaza i octanem sodu (lecz nie octanem tlenika żelaza). W tym celu do ½ litra moczu dodaje 10 etm. sześciennych stężonego octanu sodu, a potem kroplami półtorachlorku żelaza tak długo, dopóki płyn nie stanie się czerwonym; następnie zubożętnia mocno kwaśny płyn aż do obojętnego lub też słabo kwaśnego odczynu, gotuje go i po ostudzeniu przesącza. Wtedy dopiero w filtracji kwas octowy i żelazo-cyanek potasu nie powinny dawać zmnęcenia, a więc mocz nie zawiera białka. Z tego widzimy, iż po prostu dodawanie do moczu octanu tlenika żelaza nie wystarcza.

2) Dalej na str. 836 przy opisie sposobu wykonywania próby biuretowej podano: „Gdy ciecz, zawierająca barytę, po dodaniu roztworu siarczanu miedzi barwi się na czerwono, wtedy jest pepton,

gdy zaś na zielono lub na niebieskawo-zielono, to peptonu nie ma; powstający współcześnie osad baryty nie przeszkadza ściśłości odczynu“. Tak mówi Huppert. Natomiast Hofmeister, z pracy którego Huppert i tę próbę przepisał, powiada na str. 260, iż powyżej otrzymany osad z siarczanem miedzi należy jeszcze precedzić, a dopiero różowe zabarwienie filtratu może wskazywać na obecność peptonu w moczu. Próbę biuretową robiłem w ten sposób podług Hofmeister'a wielokrotnie i w razie istnienia peptonu otrzymywałem odczyn dokładnie. Płyn barytowy zaś, do którego dodano siarczanu miedzi, lecz powstałego osadu nie przesączono, może zachowywać zielonawe zabarwienie, pomimo iż jest pepton. Tym sposobem, postępując za wskazówkami Hupperta można przeoczyć pepton tam, gdzie takowy rzeczywiście istnieje i to jedynie z tego powodu, iż Huppert nie zaleca przesączenia badanego płynu.

3) Co do usunięcia baryty z cieczy barytovej kwasem siarczanym w celu poszukiwania peptonu za pomocą próby biuretowej, o czem mowa na str. 835 lit. c, takowe, jak się przekonywałem nieraz, zabiera wiele czasu i ściśle wykonać się nie daje, ponieważ zawsze pewien osad (siarczan barytu) pozostaje i męci płyn; nawet Hofmeister na str. 260 zamiast tego zaleca próbę, o której wzmiankowałem powyżej pod 2).

4) W końcu jeszcze małe sprostowanie. W „Gaz. Lek.“ na str. 835 pod 8) powiedziano: „od albuminy, globuliny i hemialbumozy (nie hemialbuminozy) różni się pepton tem, że nie daje osadu z kwasem octowym i żelazo-cyankiem potasu, nadto i swą niestrącalnością przy ciepłocie wrzenia“. Huppert zaś podaje to nieco odmiennie, mianowicie: „Od albuminy, globuliny i hemialbumozy różni się pepton niestrącalnością za pomocą kwasu octowego i żelazocyanku potasu, zaś od albuminy i globuliny prócz tego niestrącalnością przy ogrzewaniu (str. 138)“. Jest to różnica nader ważna, gdyż hemialbumoza czyli propepton, podobnie jak pepton, przy ogrzewaniu także się nie strąca. Jeśli przeto dane ciało nie strąci się pod wpływem wysokiej ciepłoty, nie będzie to jeszcze dowodem, iż mamy do czynienia z peptonem, gdyż może niem być także hemialbumoza.

Pucanowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Stawanie lekarzy prywatnych w sądach w charakterze biegłych zdarza się stosunkowo często i jest czynnością dosyć zawiłą. Lekarz zostaje przedewszystkiem wezwany do sędziego śledczego na pewną oznaczoną godzinę. Bardzo wyjątkowo tylko się zdarza, że lekarz sędziego nie zastaje; owszem sędziowie śledczy zwykle nie pozwalają czekać lekarzom i natychmiast załatwiają się z nimi. Ale gabinet nie jest dla badań lekarskich urządzony, lekarz po największej części musi odpowiednio zebrać warunki, więc i ta wstępna czynność wymaga kilkakrotnej bytności lekarza. To wszakże dopiero początek. Po kilku miesiącach, albo paru latach zostaje lekarz wezwany na posiedzenie sądu na godzinę 10-tą. Takiemu wezwaniu naturalnie posłusznym być trzeba; lekarz więc przybywa o 10-iej, a posiedzenie rozpoczyna się o 11 i pół. Dowiaduje się wtedy, że sąd zwykle wzywa osoby do sprawy wchodzące na godzinę wcześniejszą, aby się mieli czas zebrać. Na posiedzenie spraw wyznaczono kilka, więc lekarz czeka swojej kolei. Skoro sprawę wezwano, okazuje się brak jakiegoś świadka, skutkiem czego sprawa zostaje odroczonej i lekarz około południa zwolniony. Nie wiemy wogóle, czy sprawy tak często bywają odraczane, czy tylko lekarzy los tak prześladowe, ale to jest faktem, że lekarze dla jednej sprawy często po kilka razy stawiać się muszą. Nareszcie jednak sprawa się załatwia, co czasami trwać może do wieczora. W razie żądania sąd za taką czynność płaci kilka rubli. Bardzo ważną jest ta okoliczność, że sąd rzadko na jednym biegłym poprzestaje, a wzywa po kilku. Toczy się obecnie sprawa o pobicie męża przez żonę. Mąż cierpi na oczy i cierpienie swoje do swego pobicia odnosi. Ażeby tę kwestyję rozstrzygnąć, wezwano aż trzech okulistów, t. j. profesora kliniki i ordynatorów dwu oddziałów specjalnych, a więc wszystkich ordynatorów oddziałów ocznych, jakie Warszawa posiada. Lekarze ci zostali obecnie do tej sprawy wezwani poraz czwarty i nie wiadomo, czy ostatni. Wogóle zaszczyt stawania przed sądem w charakterze biegłych najczęściej lekarzom szpitalnym przypada. Pomijając praktykę prywatną, łatwo pojąć, jakie niewygody sprawia stawiennictwo publicznym instytucyjom. Wizyta szpitalna tego dnia albo wcale odbyć się nie może, albo bardzo pośpiesznie i niedbale,

o ambulatoryjum nie ma i mowy. Kilkudziesięciu albo stu chorych zgłasza się do szpitala po to, żeby lekarza nie zastać. Nie jest to wcale rzeczą małą, jeżeli się do roku pewną liczbę razy powtarza.

Sądy muszą wzywać lekarzy i lekarze ten obowiązek spełniają chętnie; zdaje się wszakże, że można by go z łatwością mniej przykrym i dotkliwym uczynić. Nie o zapłatę idzie, tej większa część lekarzy z ochotą się zrzeknie; idzie tylko o to, aby sądy nie szafowały ponad potrzebę czasem tak drogim dla chorych, przedewszystkiem dla chorych szpitalnych. Stawiamy tu dwa skromne wymagania, które, zdaje się, są słuszne i z łatwością uwzględnione być mogą.

1. Wzywając lekarzy należy dokładnie oznaczyć godzinę, o której posiedzenie ma się rozpocząć. Sprawa, do której wezwano lekarza, a przedewszystkiem kilku lekarzy powinna być rozpatrywana przed innemi. W razie braku świadków sprawę należy natychmiast odroczyć, aby lekarze jeszcze parę godzin na ten sam rezultat nie czekali.

2. Sądy powinny, o ile można, ograniczać się na jednym biegłym, a chyba w razie wyjątkowo ważnej i zawiłej sprawy wezwać dwóch. Trzech biegłych, to już chyba zawsze na niepotrzebny zbytek zakrawa.

Berlin. W d. 1 Listopada r. b. w sali operacyjnej tutejszej kliniki chirurgicznej nastąpiło odsłonięcie biustu Dieffenbach'a (zmarłego w r. 1847). Mowę okolicznościową wygłosił obecny profesor kliniki chirurgicznej Bergmann. Dzienniki opowiadają jak nie wiele brakowało, aby Niemcy stracili przyszłego reformatora chirurgii niemieckiej. W r. 1822 powziął 26-letni młodzieniec zamiar udać się w charakterze lekarza do Grecji, gdzie toczył się zażarty i taką sympatyją w całej Europie wywołujący bój o niepodległość Hellenów. W tym celu udał się D. do Marsylii, aby tam wsiąść na okręt, któryby go z licznymi ochotnikami przewiózł do Pireus. Przybył jednak do Marsylii w kilka godzin po odbiciu okrętu i tym sposobem uniknął losu całej załogi, która zginęła w kilka dni wskutek rozbicia się okrętu.

— Wydział lekarski wojskowy przy ministeryjum wojny polecił, aby wszystkie szpitale wojskowe zaopatrzyły się w mikroskopy i inne pomocnicze narzędzia potrzebne do badania bakteryj.

Londyn. W d. 18 Października r. b. nastąpiło w Hempstead uroczyste przeniesienie zwłok Harvey'a z grobu rodzinnego, w którym spoczywał od r. 1657, do marmurowego sarkofagu w miejscowym kościele. Sama uroczystość i wystawienie sarkofagu odbyły się kosztem kolegium lekarzy, któremu Harvey zapisał ojeowski majątek Burmarsh (Kent).

Paryż. Rząd francuzki wysłał Brouardela, profesora medycyny sądowej w tutejszej szkole lekarskiej, celem badania epidemii trychinowej, jaka wybuchła w Emersleben (Saksonia). W miejscowości tej i okolicach (Deesdorf, Gröningen, Aken, Nienhagen) w ciągu 6 tygodni zachorowało do 400 osób, a z tych zmarło przeszło 30.

— Zmarł tu Depaul, profesor kliniki akuszeryjnej przy tutejszej szkole lekarskiej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 44. W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od 1879—1882.

— *Medycyna.* Nr. 44. Misiewicz. Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiej i pęcherza moczowego.

ODPOWIEDŹ

D-rowsi Mieczysławowi Zawadzkiemu w Węgrowie. Nadesłanej przez Szanownego kolegę pracy: „Odpowiedź na artykuł p. t. Orędzie do lekarzy wiejskich zamieszczony w Niwie“ drukować nie będziemy, gdyż Redakcyja poprzednio już postanowiła na to „Orędzie“ odpowiedzieć zupełnem milezeniem, a to z tej samej zasady, dla której „Echo muzyczne“ katarynek nie krytykuje.

Sprostowanie. W Nrze 44 Gaz. Lek. na str. 840 w wierszu 19 od góry zamiast „wypompowaniu“ powinno być „wpompowaniu“; str. 840 w 12 od dołu zamiast „0,0195%“ powinno być „0,0295%“ i zamiast „w stopniu“ powinno być „o stopniu“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 27 Октября 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—13

**W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ
SZPITALI WARSZAWSKICH**

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych poszukiwań, mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12—5

RÓŻNE KSIĄŻKI LEKARSKIE

po zmarłym lekarzu są do sprzedania. wiadomość w domu Nr. 43, ulica Marszałkowska a. na pierwszym piętrze, mieszkania Nr. 4, w godzinach od 10 do 1 rano.

3—2

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—8

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana.

0—3

ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE

MAGISTRA FARMACYI

LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

w Warszawie róg ulicy Marszałkowskiej i Królewskiej.

Apteka oprócz zwyczajnych środków zwanych oficynalnemi czyli objętymi farmakopeą, utrzymuje najnowsze środki lekarskie, wprowadzone w użycie i wypróbowane w klinikach zagranicznych, lub przez znakomitych lekarzy praktyków stosowane, jak na przykład:

Hydrargyrum formidatum D-ra Libreich'a, zalecany do wstrzykiwań podskórnych, działanie prędsze i pewniejsze aniżeli sublimatu, nie wzbudza ślinotoku, przyczem powroty są rzadsze i lżejsze (dawka 1/2 do 1 szpryki Pravatza 2 i 3 razy dziennie roztworu przysposobionego z Gr. 5 na 33. płynu).

Podophyllotoxinum, reguluje żołądek, wywołując wypróżnienie bez boleści (dawka 30 Kropli z wodą lub z winem roztworu przyrządzonego z Grj. Podophyllotolini w 3jj Spir. vini rectif).

Paraldehyd, o wiele pewniejszy i łagodniejszy środek od Chloralu (dawka 1/2 do 3j) Medycyna Nr. 36 (1883 r.).

Ergotinum dialisatum nie sprawia boleści i nie wywołuje ropni przy użyciu podskórnem.

Balsamum Gurionum ma lepsze działanie niż Balsamum Copaivae.

Kairyra opisana w Medycynie № 30, 1883 r.

Cortex Coto, Cotoinum i Paracotoinum, przeciw katarom żołądka i dyaryjom. **Cortex Mussenac** przeciw soliterowi—**Haselina** wyborny środek przeciw wypadaniu guzów hemoroidalnych, używa się jako wstrzykiwanie—**Natrum sulfovinicum** środek przeczyszczający, dawka 3j. na 3iv wody. **Papaina** działa lepiej niż **Pepsyna**. **Zea Mais**, przeciw katarom pęcherza jako napar. **Hba Grindeliae robustae**, przeciw astmie jako napar. **Traumaticinum**, środek wybornie tamujący krew.

Nadto **Extr. Rhus aromati**, **Extr. Viburni prunifolii**, **Kawa—Kawa—Natrum lacticum**, **Pancreatinum**, **Hydrargyrum peptonatum**, **Rad. Gelseminii**, **Ginseng**, **Hydrastis Canadense**, **Uranicum nitricum i t. d.**

Capsules taenifuges Kirn, przeciw soliterowi, doświadczony środek.

Ołówki migrenowe przeciw migrenie i newralgii.

Nadto Apteka poleca swoje wyroby:

Hemikraninum bardzo skuteczny przeciw migrenie, newralgii i bólowi zębów.

Narcodon niezawodny środek w bólach zębów spróchniałych.

Odontinum skuteczny w zapaleniach i bólach dziąseł.

Wodę leśną, która obok przyjemnego zapachu, posiada własności dezynfekcyjne i ozonizujące powietrze.

Ligueur de Goudron w chorobach piersiowych i pęcherzowych (dawka łyżeczka do pół szklanki wody oekrzonej kilka razy dziennie).

Wino Rabarbarowe i Rabarbarowo-Chinowe, Vin de Cocca, oraz **Vin de Bugeaud, Vin de Papaya.**

Tran Lofodzki, biały i żółty oraz z żelazem i jodkiem żelaza.

Globulae z Taniną, Jodoformem i t. p. na użytek ginekologiczny.

Capsulae Eucalipti globuli w kaszlu, cierpieniach astmatycznych i kataralnych płuc, 3 razy dziennie po 2.

Instytut wód mineralnych sztucznych.

Przyrządza wszystkie gatunki wód lekarskich w butelkach i syfonach podług najnowszych analiz chemicznych, w lecie przyjmuje abonament dla pijących wody gorące i zimne, każdodziennie od godziny 6-tej rano do 10-tej przed południem—sezon rozpoczyna się każdego roku od 15-go Maja i trwa do 15-go Września, przytem wyrabia wody takie jak:

Woda z Borocetrynianem Magnezyi i Wodę Litynową w chorobach pęcherza używane—wodę antihemoroidalną Dra Ewieka, oraz kąpiele mineralne: Toeplitz, Schlangenbad, Eger, Akwigrani t. d.

Główny Skład Wód mineralnych naturalnych

czerpanych ze źródeł krajowych i zagranicznych i 4-a transportami w ciągu roku stale zaopatrywane w najświeższe wody mineralne. Oprócz pospolicie znanych wód, z nowo wprowadzonych w użycie utrzymuje:

Montmirail (z Francyi) w cierpieniach hemoroidalnych.

Cauterets (z Hiszpanii), w cierpieniach skórnych i **Tarasp** w cierpieniach wątrobianych oraz **Sallator** w cierpieniach pęcherza zalecany.

Skład Materyjałów Aptecznych

zaopatrzony zakład w najświeższe materyjały apteczne, chemikalia i artykuły używane w celach weterynaryjnych, agronomicznych i technicznych—przyjmuje obstalunki do Aptek i apteczek domowych, i takowe spiesznie załatwia, wysyłając na pocztę, koleje i do domów bez doliczania kosztów wysyłki do tychże.

Adres dla listów jak wyżej—dla telegramów: **Ziemiński Aptekarz w Warszawie.**

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

APTEKA W. BOROWSKIEGO

ulica Przejazd Nr. 643.

Specyjalne Laboratorium wyrobów żelatynowych na sposób Grossa z Wiednia, globuli ma-
cieczne, bougies do nosa, uszu i kanału moczowego, przygotowuje się względnie do potrzeby p. p.
Lekarzy.

Wl. Apteki **W. Borowski**, Przejazd Nr. 643.

4—2

WODA RONCEGNO

(arsenikalno-żelazista), jedyna w swoim rodzaju woda mineralna naturalna Południowego Ty-
rolu. Ze znakomitym skutkiem używana w anemii, czyli bezkrwistości, w blednicy u kobiet,
w osłabieniu całego organizmu, w febrze uporezywej powrotnej, w liszajach i wyrzutach skórnych,
w malaryi, w zastarzanych cierpieniach żołądka, a nawet w początkach suchot. Usuwając nie-
ustanną gorączkę i febrę, i powiększając apetyt, pomaga do prędkiego wyzdrowienia, co nie-
jednokrotnie doświadczeniami znakomitych lekarzy, jak: Traube, Rokitański, Tapiner, Opoleer
i wielu innych stwierdzonem zostało. Główny skład na Królestwo Polskie w aptece H. Herdina
w Radomiu, w Warszawie zaś w składzie materiałów aptecznych J. Mrozowskiego i w aptece

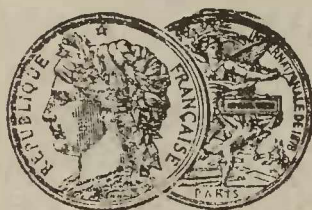
Wiktora Borowskiego; ulica Przejazd № 643.

5—2

WYSTAWA PÓWSZECHNA 1878

Zaszczytowa wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1875

ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsiny

ZUPEŁNIE TRAWIĄCY

POKARMY
TŁUSTE
MACZYSTE
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIW

Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH
MATERIAŁÓW APTECZNYCH

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie
PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Malinowski. Błonica żołądka i wrzód żołądka okrągły przewlekły u dziewczynki dziesięcioletniej. — II. T. Dunin. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy.* 53. Julliard. Trzydzieści i jedno wyluszczenie wola. — 54. Merkel. Kairyna jako środek przeciwgorączkowy. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedź. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

I. BŁONICA ŻOŁĄDKA I WRZÓD ŻOŁĄDKA OKRĄGŁY PRZEWLEKŁY u dziewczynki dziesięcioletniej.

Podał

Alfons Malinowski.

Barbara Baron, lat 10 licząca, przybyła do szpitala dla dzieci d. 14. II. 1883 r., uskarżając się na ból gardła, trudność polykania, bóle w okolicy żołądka i wymioty po przyjęciu pokarmu.

Z opowiadania matki dowiadujemy się, że chora przed laty pięciu uległa silnemu oparzeniu klatki piersiowej i twarzy, wskutek zapalenia się odzieży. Rany po oparzeniu zagoiły się w ciągu kilku miesięcy, od tego jednak czasu chora zaczęła się uskarżać na bóle w okolicy żołądka i tracić chęć do jedzenia. Bóle występowały początkowo w pewnych nieokreślonych odstępach czasu, trwały po parę dni lub godzin; później stawały się coraz częstszymi, a w ostatnich czasach trwały bezustannie, wzmagając się co kilka dni.

Jednocześnie z owymi bólami pojawiły się wymioty, początkowo tylko po przyjęciu niektórych grubszych pokarmów, później zaczęły one występować coraz częściej wkrótce po przyjęciu jakiegokolwiek pokarmu i napoju, niekiedy na czczo, lub przy niewypelnionym żołądku. Zwykle z masami pokarmowymi prawie niezmiennymi chora wyrzucała mniej lub więcej kwaśnego płynu ze śluzem, niekiedy tylko płyn ciągnący się mocno kwaśnego smaku i zapachu, zabarwiony żółcią i zawierający żyłki krwiste. Niekiedy bywały krwawe wymioty, ale stolców krwawych nie było nigdy. Częstość i obfitość wymiotów żadnego wpływu na zmniejszenie lub powiększenie bólów nie wywierała. Stolce zwykle bywały co dzień lub co drugi dzień, lecz skąpe i dosyć twarde.

Od czasu owego oparzenia, a zatem od lat pięciu chora bardzo mało jadła, gdyż jakkolwiek niekiedy wracało jej dawne łaknienie, każde jednak pożywienie

wyrzucała wkrótce po przyjęciu, mleko nawet po upływie kilku minut wyrzucała zwarzone w dużych kawałkach. Toż samo było po przyjęciu innych napojów. W ostatnich czasach chora żywiła się prawie wyłącznie śledziami niemoczonymi i piła wodę z octem lub nawet sam ocet, te bowiem jedynie potrawy znosił żołądek i chora czuła do nich osobliwszy pociąg. Przed 10 dniami po raz ostatni miały miejsce obfitsze krwawe wymioty. Od tygodnia chora cierpi na ból gardła i wymiotuje tylko kwaśnym płynem i pokarmami. Innych chorób nie przebywała prócz wspomnianego wyżej oparzenia, była zawsze blada i delikatna, rozwijała się dosyć prawidłowo, lecz chudła widocznie. Od pół roku zaczęły się pojawiać obrzęki kończyn dolnych.

S t a n o b e c n y. Dziewczynka dobrej budowy ciała, rozwinięta prawidłowo, skóra blada, tkanki podskórnej pokład bardzo cienki, kończyny dolne aż do kolan umiarkowanie obrzmiałe, na klatce piersiowej od przodu pomiędzy mostkiem a linią pachową widać liczne nieregularnej formy i różnej wielkości blizny, wciągnięte, bledsze od otaczającej skóry. Na prawym policzku i pod prawym kątem ust widać również bliznę, powodującą skrzywienie ust ku dołowi.

Brzuch płaski, okolica żołądka cokolwiek zapadnięta, przy opukiwaniu daje odgłos bębenkowy, кишки mało wypełnione. Przy obmacywaniu okolicy żołądka chora uskarża się na ból silny, rozchodzący się w głąb i do lewego podżebrza. Takiegoż bólu doświadcza przy połknięciu pokarmów bądź to stałych bądź płynnych. Wymiotowała wkrótce po przyjęciu herbaty z winem, rosółu i mleka. W ustach ma zawsze smak kwaśny, szczególnie po każdym wymiotach; zgagi i odbijania nigdy nie doznawała.

Inne narządy brzuszne oraz płuca i serce nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Oddech regularny 20, tętno drobne i słabe 120, ciepłota 38° C., kończyny chłodne, twarz wyraża cierpienie, blada, oczy zapadłe; język lekko obłożony płaski, podsycający; ścianki jamy ustnej i gardzielowej silnie zaczerwienione i nabrzmiałe, jak również oba migdały języczek i łuki podniebienne. Te ostatnie są pokryte grubym szarozółtym nalotem, w niektórych miejscach wystającym grzybowato, takiż nalot widać na podniebieniu miękkim i tylnej ścianie gardzieli. Chora oddecha swobodnie, mówi jednak z trudnością i przez nos, głos czysty, w otworach nosowych nalotu błonkowego nie ma. Gruczoły chłonne podszczękowe cokolwiek obrzmiałe. Wypróżnienie miała przed dwoma dniami.

Na zasadzie powyższych objawów rozpoznałem błonicę gardzieli, przewlekły wrzód żołądka i prawdopodobnie błonicę żołądka. Zalecono chorej przy dyjecie wzmacniającej (rosół, mleko, wino) emulsyję z kamforą na przemian z *pepsini gr. XII. aq. destill. 5jj. ac. muriat. gutt. vj.*; co 2 godziny łyżeczkę, pędzlowanie roztworem bromu w glicerynie, płukanie roztworem kwasu bornego, oraz wziewanie z odwaru ziół aromatycznych.

Wieczorem ciepłota podniosła się do 38,9° C. zresztą żadnej zmiany w stanie ogólnym ani w gardzieli nie zauważyłem.

Dnia 15. II. Ciepłota 38,9° C. W stanie ogólnym żadnej zmiany nie widać, bóle w okolicy żołądka nie ustają, owszem wzmagają się w nocy. Wymioty po

każdym przyjęciu pokarmu, tętno drobne i słabe 120. Wyсіęk błonicowy rozszerza się na podniebienie twarde. Wypróżnienie jedno skąpe i dosyć twarde.

D. 16. II. Ciężota 38° C., stan ogólny lepszy, wymioty kilkakrotnie powtórzyły się, tętno silniejsze. Wyсіęk błonicowy z podniebienia twardego i miękkiego zniknął jak również z części migdałów, na których widać pojedyncze nie wielkie szarawe plamy. W nocy chora nie spała z powodu silnych bólów żołądka.

D. 17. II. Stan bezgorączkowy, nalot w gardzieli zupełnie się oddzielił, widać błonę śluzową miejscami owrzodzoną, silnie jeszcze opuchniętą. Wymioty trwają bezustannie, chora wymiotuje każdy pokarm przyjęty w parę minut po połknięciu, użala się na smak kwaśny w ustach, wyrzuca przytem śluz gęsty.

D. 18. II. Błona śluzowa gardzieli umiarkowanie zaczerwieniona, nalotu błonicowego nie widać nigdzie. Chora weselsza i silniejsza, mówi wyraźnie i łatwo. Wymioty nie zmniejszają się, pomimo uczucia głodu chora każdy pokarm wymiotuje, znosi tylko emulsję z kamforą. Tętno silniejsze, bóle żołądka trwające przez całą noc pozbaWiły chorą snu, mimo to jest dosyć żwawa i wesola. Zalecono wewnątrz chlorek potasu, na brzuch zaś ciepłe okłady.

D. 19. II. Przez całą noc chora nie spała z powodu silnych bólów w okolicy żołądka i lewego podżebrza. Bóle te rozchodzą się na cały brzuch. Uskarża się także na bóle szyi i uszu. Ogólne osłabienie i apatya, tętno drobne, za ledwie wyczuwalne. Okolica żołądka wciągnięta, przy obmacywaniu bolesna. Wymioty nie tak częste i mniej męczą chorą, przyjęła cokolwiek rosółu, mleko jednak zwarzone wyrzuciła. W gardzieli błona śluzowa blednie; polykanie zupełnie swobodne.

D. 20. II. Przez całą noc chora nie spała z powodu gwałtownych bólów w żołądku, wymioty bardzo częste chora żadnego pokarmu znieść nie może. Wymiotuje płyn ze śluzem silnie kwaśnego smaku i zapachu. Silne bóle w obu bokach. Tętno słabe, za ledwo wyczuwalne. Twarz zapadła, wycieńczenie i upadek sił. Następnego dnia o godzinie 5 rano chora zmarła przy objawach upadku sił i obrzęku płuc.

Sekcya dokonana d. 22. II. wykazała następujące zmiany anatomiczne.

Trup dziewczynki wychudzony, skóra blada, kończyny dolne do kolan umiarkowanie obrzmiałe, tkanka tłuszczowa tylko na brzuchu cokolwiek rozwinięta. W jamie ustnej i tchawicy nic godnego uwagi. Płuca nie przyrośnięte, na powierzchni rozkroju silnie czerwone, wydają płyn pianisty czerwony. W sercu nic nieprawidłowego; żołądek ściągnięty, położony wysoko pod przeponą, nie zawiera śladu pokarmu, lecz niewielką ilość zielonawego płynu pomieszanego ze śluzem. Błona śluzowa żołądka zgrubiała i blada, wyjąwszy dno żołądka, gdzie jest silnie zaczerwienioną, a w pobliżu zastawki dwunastnicowej koloru szyfrowatego. Gęsty śluz, z trudnością dający się zmyć, pokrywa ją grubą warstwą. W pobliżu zastawki dwunastnicowej znajduje się owrzodzenie podłużne formy nieregularnie owalnej, w średnicy około 1—2 centymetrów, pokryte cienką warstwą wyсіęku włóknikowego; owrzodzenie mniejsze od poprzedniego formy mniej więcej okrągłej znajduje się na

krzywiźnie mniejszej żołądka, a obok niego blizna gwiazdowata, połyskująca, wielkości około 1 ctm. w średnicy, oraz liczne nadżarcia świeże błony śluzowej. Zewnętrzna powierzchnia żołądka gładka i nie godnego uwagi nie przedstawia, кишки ściągnięte i puste. Nerki znacznie powiększone i silnie przekrwione, pęcherz moczowy pusty i ściągnięty, wątroba i śledziona nie zmienione.

Rozpoznanie przewlekłego wrzodu żołądka w powyżej opisanym przypadku opieraliśmy na grupie objawów, dosyć wyraźnych, trwających od lat kilku i występujących w ciągu pobytu chorej w szpitalu. Oprócz tego fakt oparzenia klatki piersiowej przed 5-u laty wiąże się ściśle z początkiem wystąpienia pierwszych objawów choroby, która od tego czasu rozwijała się nieprzerwanie. Dotychczas wprowadzie tylko wrzody przewlekłe dwunastnicy stawiano w związku przyczynowym z obszernymi oparzeniami skóry, mianowicie od czasu Dupuytren'a; Curling¹⁾ związek ten potwierdził w 14 spostrzeżeniach. W takich jednak razach przebieg choroby zwykle bywa szybkim i cokolwiek odmienne towarzyszą mu objawy. Za przewlekłym wrzodem żołądka w naszym przypadku przemawiały następujące objawy.

Bóle, które, trwając od lat pięciu, przychodziły w nieoznaczonych odstępach czasu, dosięgając niekiedy znacznego natężenia. Rozpromieniały się one ku wewnątrz i do lewego podżebrza, a w ostatnich dniach życia chora uskarżała się na bóle w szyi i w okolicy prawego ucha. W ostatnich zaś czasach bóle silniejszego natężenia ustąpiły miejsca nieustannej wrażliwości okolicy żołądka i zjawiały się tylko przy przyjmowaniu pokarmów i przy wymiotach. Bóle jednak nie są charakterystycznym objawem danego cierpienia, jak to potwierdzają spostrzeżenia Williams'a, Chambers'a i Abercrombie'go.

Wymioty krwawe w przebiegu choroby kilkakrotnie miały miejsce. Zwykle chora wyrzucała przyjęty pokarm, lub też masy śluzowe i płyn kwaśny, w którym niekiedy zjawiały się żyłki krwi. Ostatni raz wymioty krwawe miały miejsce na dwa tygodnie przed przybyciem chorej do szpitala, t. j. mniej więcej w końcu Stycznia lub w początku Lutego bieżącego roku. Wkrótce potem chora zaczęła cierpieć ból gardła, pozostała jednak w domu bez wszelkiej pomocy lekarskiej i dopiero nieustające prawie wymioty, niemożność przyjęcia pokarmu i wzmagający się ból gardła wraz z upadkiem sił zmusiły matkę do umieszczenia jej w szpitalu.

Oprócz powyższych dosyć ważnych przy rozpoznaniu choroby objawów istniały tu jeszcze objawy dyspepsy, polegające na braku łaknienia, pragnienia, kwaśnem odbijaniu i skłonności w ostatnich czasach do zaparcia stolca. Łaknienie nadto ulegało tu rozmaitym zmianom, lecz chora, przekonawszy się, iż żadnego pokarmu znieść nie może, żądała zwykle śledzia niewymoczonego, który popijała wodą z octem lub octem samym i tych jedynie pokarmów nie wymiotowała. Jest to bardzo charakterystycznym w podobnych cierpieniach, a Abercrombie twierdzi, że „chorzy bardzo często uskarżają się, iż najtroskliwsza ostrożność pod względem diety nie przynosi im żadnej ulgi co do przykrych

¹⁾ Med. chir. Trans. Vol. XXV. str. 200.

wrażeń, że wszystko, co tylko przyjmą, nawet kęs mięsa lub szklanka zimnej wody, staje się bardzo kwaśnem“¹⁾).

Pociąg do potraw i napojów kwaśnych pomimo silnego zakwaszenia zawartości żołądka również charakteryzuje chorych cierpiących na owrzodzenia żołądka. O p p o l z e r²⁾ spostrzegał chorego, który przez kilka miesięcy żył tylko surowem mięsem, skropionem sokiem cytrynowym, a H e n o c h w dziele swem wspomina o kilku chorych, którzy znosili najlepiej salateę ze śledzia i wódkę. Taki gust niezwykle zachowała chora nasza, przebywając w szpitalu; żądała śledzia i octu i nie znosiła płynnych pokarmów.

Z innych objawów, jak zgaga, odbijanie i zaparcie stolca, nie można było wyrokować o istocie choroby, nie dochodziły one bowiem silnego natężenia i zwiastowały nieżyt żołądka. Najważniejsze kryterjum stanowiły tu obok bólów, wymioty, niekiedy krwawe, zwykle śluzowe, mocno kwaśne, nieznoszenie wszelkich pokarmów oprócz śledzia i octu! Występowanie wymiotów wkrótce po przyjęciu pokarmu pozwalało się domyślać umiejscowienia owrzodzenia blisko wpustu lub wypustu, a własności wyrzucanego płynu zwiastowały wikłający chorobę silny nieżyt przewlekły żołądka.

Co się tyczy przyczyny choroby w danym przypadku, spotykamy w wywiadach jeden moment ważny, od którego datuje się początek cierpienia, a mianowicie oparzenie.

O związku oparzeń skóry z owrzodzeniami błony śluzowej dwunastnicy, jakkolwiek jest on dotąd niewytłumaczonym, mówiliśmy powyżej. Ponieważ zaś w danym przypadku innego momentu przyczynowego nie znajdujemy, należy przyjąć, że po silnych oparzeniach możliwym jest rozwój owrzodzeń na błonie śluzowej żołądka.

Przebieg choroby stosunkowo był dosyć długi, bo 5-letni, a zejście śmiertelne nastąpiło nie z powodu krwotoku i zapalenia otrzewnej, jak to zwykle bywa, lecz z wycieńczenia. Wikłająca chorobę przypadkowo błonica na zejście śmiertelne nie miała wielkiego wpływu, gdyż ani objawy ogólne takowej, ani miejscowe natężenie nie dochodziły do wysokiego stopnia.

Znaleźliśmy też przy sekcji bladłość skóry, wycieńczenie, obrzęk kończyn dolnych, żołądek ściągnięty, niezawierający pokarmu, kiszki ściągnięte również i puste, wogóle zmiany takie, jakie spotykamy u trupów osób zagłodzonych, które z powodu wrzodu żołądka i częstych wymiotów przez długi czas nie przyjmowały pokarmu w dostatecznej ilości.

Blizna znaleziona na krzywiznie małej świadczy o istnieniu w żołądku owrzodzenia, które się w ostatnich czasach zabiżniło; innych zaś owrzodzeń pokrytych wysiękiem błonicowym trudno określić dokładnie pochodzenie, naturę i czas powstania z powodu, że zakażenie błonicowe mogło tak dobrze wywołać powstanie owrzodzeń błonicowych w żołądku, jak i przejście owrzodzeń zwykłych przewlekłych w błonicowe. Jestem nawet skłonniejszy do przypuszczenia, że oprócz wspomnianej blizny istniały inne jeszcze niezagojone prze-

1) H e n o c h. Choroby org. trawienia.

2) Wien. Med. Wochensch. 1851. Nr. 39.

wlekłe owrzodzenia, które w ostatnich dniach życia uległy błonicowemu zakażeniu, a to z powodu, że błonica w żołądku nigdy nie występuje w postaci tak obszernych, lecz raczej w postaci drobnych plamek i oddzielnych wysepek.

Wrzód żołądka przewlekły u dzieci należy do rzadkości. *Kundrat* odróżnia dwa rodzaje wrzodów: ostry i przewlekły. Świeże owrzodzenia, zwykle ostro przebiegające i spotykane częściej w dwunastnicy niż w żołądku, są zwykle wielkości ziarna konopnego i nie sięgają głęboko. Łatwo je wziąć za krwawe nadżarcia, sięgają jednak głębiej w błonę śluzową, dochodząc niekiedy do mięśniowej. Przewlekłe owrzodzenia od ostrych trudno jest bardzo odróżnić i jest to możebne tylko wtedy, jeżeli bliznowate brzegi wskazują na skłonność do zabliznienia. *Widerhofer* nigdy u dzieci przewlekłego wrzodu nie widział i zdaje się powątpiewać o jego istnieniu.

*Barrier*¹⁾ u 6-letniego dziecka widział śmiertelny krwotok, spowodowany przez owrzodzenie dwunastnicy i nadżarcia tętnicy żołądkowo-sięciowej.

Brinton opisał dwa przypadki wrzodu dziurawiącego żołądka u 8 i 9-letnich dzieci.

Donné podaje przypadek tej choroby u trzyletniego dziecka zmarłego w skutek wycieńczenia, u którego znaleziono w żołądku bliznę. *Gunz*²⁾ opisał przypadek dotyczący 5-letniego dziecka, u którego w okresie łuszczenia płonicy wystąpiły stolce fusowate. Przy sekcji znalazł on na tylnej ścianie żołądka owrzodzenie wielkości guldena.

*Reimer*³⁾ u 3½-letniego dziecka w okresie łuszczenia odry spostrzegł gwałtowny ból w okolicy żołądka przy krwawych wymiotach i upadku sił, a przy sekcji oprócz licznych powierzchownych podbiegnięć znalazł owrzodzenie 4 centymetry w średnicy z dnem sadłowatym i z podminowanymi brzegami. *Rokitanski* nie spotykał wrzodów żołądka u dzieci młodszych nad 14 lat. *Henoch* podaje trzy przypadki u dzieci 10—12-letnich zakończone wyzdrowieniem, lecz za ścisłość rozpoznania nie ręczy z powodu braku najważniejszego objawu wymiotów krwawych.

W ciągu dwóch lat ostatnich w przyjmowni szpitala dzieciennego widziałem 4 podobne przypadki u 8—10-letnich dziewczynek, cierpiących bóle w okolicy żołądka i wymiotujących krwią od czasu do czasu.

*Wertheimer*⁴⁾ opisał w r. b. wrzód żołądka u 10-letniej małokrwistej dziewczynki zakończony wyzdrowieniem.

Co do częstości tego cierpienia u dorosłych, według *Jakscha* stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 22 : 91. U *Rokitanskiego* na 79 przypadków było 46 kobiet, u *Daklerupa* na 32 chorych było kobiet 23. Z 226 sekcji *Brintona* chorych na wrzód żołądka znajdujemy dwa tylko przypadki tej choroby u dzieci między 1 i 10 rok życia. Wogóle przeto jest to cierpienie rzadkie w wieku dziecięcym i statystyka jego z powodu tej rzadkości jest nieoznaczoną.

1) *Traité pat. des med. de l'enfance*. II. 9. 1845.

2) *Jahrb. f. Kinderk.* Bd. V. H. 3. 1862.

3) *J. f. Kinderk.* Bd. X. B. 3—4. str. 289.

4) *Jahrb. f. Kinderk.* Bd. XIX. H. I.

Zobaczmy teraz jak się przedstawia błonica żołądka ze strony anatomicznej i klinicznej.

Zwykle przylączy się ona do błonicy gardzieli i częściej po ustąpieniu takowej. Błona śluzowa żołądka bywa ciemno czerwoną szczególnie na fałdkach podłużnych i dnie żołądka i pokryta błonami różnej wielkości i grubości oddzielającymi się łatwiej lub trudniej i sięgającymi niekiedy w miąższ tkanki. W żołądku znajdujemy także śluz, krew i odpadłe błony. Takież zmiany niekiedy spotykamy w przelyku.

Dalszy przebieg tej sprawy podług K u n d r a t'a jest taki sam jak w gardzieli: po oddzieleniu błon pozostaje utrata tkanki, która się może zabliznić, niekiedy bywają krwotoki.

Błonica żołądka może wystąpić jako powikłanie płonicy i odry, a u ssawców bywa następstwem zakażenia pługowego przez ranę pępkową, a wtedy występuje i w kiszka. Pierwotna forma tej choroby, obejmująca cały przewód pokarmowy od odźwiernika aż do otworu stolcowego, należy do rzadkości i powstaje prawdopodobnie także wskutek zakażenia pługowego,

Objawami klinicznymi błonicy żołądka podług Steiner'a i Neureutner'a są: wymioty, nieugaszone pragnienie, wzdęcie i bóle żołądka; chorzy wymiotują śluz z żyłkami krwi i błony. Niekiedy wymiotów i pragnienia zupełnie nie bywa, a jedynym objawem jest wzdęcie i ból.

Do tych objawów jako najważniejszy K u n d r a t dodaje gwałtowny upadek sił.

W istocie objawy powyższe spotykałem stale u chorych dzieci, u których błonica żołądka rozpoznać się dała. Jeden z takich przypadków obserwowałem wspólnie z D-r S i k o r s k i m u 6-letniej dziewczynki, która wraz z czworgiem rodzeństwa uległa ciężkiej błonicy gardzieli i nosa. Objawy ze strony żołądka wystąpiły w drugim tygodniu choroby i trwały aż do śmierci.

W innym przypadku spostrzeganym przezemnie w oddziale błonicowym szpitala dla dzieci błonica gardzieli u 8-letniej dziewczynki trwała przez 4 tygodnie z pogorszeniem i polepszeniem, poczem gardziel zupełnie się oczyszczyła a jednocześnie wystąpiła bolesność w okolicy żołądka i częste wymioty, tak że w ciągu dni dziesięciu chora zmarła z wycieńczenia, nie mogąc przyjmować żadnego pokarmu.

Raz jeden obserwowałem w roku bieżącym błonicę żołądka w przebiegu ciężkiej płonicy z błonicą nosa i gardzieli u 8-letniego chłopca, który następnie wyzdrowiał.

Aby jednak na zasadzie przytoczonych objawów rozpoznanie błonicy żołądka było niewątpliwem, należy wykluczyć zapalenie nerek, które u dzieci zwykle poprzedzonym bywa przez wymioty zanim się jeszcze białko w moczu ukaże. W tych jednakże razach wymioty występują zwykle raz tylko jeden rano lub w nocy i przyjęte pokarmy nie bywają wyrzucane.

Błonica żołądka na stan gorączkowy chorego według moich spostrzeżeń nie wpływa znacząco, niekiedy nawet, gdy błonica gardzieli ustąpiła, stan chorego może być bezgorączkowy; w przypadkach przewlekłych gorączka ma przebieg trawiący (*f. hectica*). Leczenie w przypadku powyżej opisanym zwrócone było

jedynie tylko przeciwko błonicy gardzieli i żołądka i było dosyć skutecznem. Chora zmarła z wycieńczenia w kilka dni po zupełnym powrocie gardzieli do stanu normalnego, mogąc łykać doskonale i bez bólu, lecz nie mogąc zatrzymać w żołądku przyjętych pokarmów.

II. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasorzytniczej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Przez

Dra Teodora Dunina

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 43).

Tak więc nie ma żadnej wątpliwości, że mleko krów dotkniętych gruźlicą zawiera zarazek suchot; ale że lasecznik ztąd dostawać się może do ustroju jedynie przez kanał pokarmowy, do niego więc stosują się te wszystkie ograniczenia, o jakich wspomniałem, mówiąc o przechodzeniu schizomycetów przez ścianki żołądka i kiszek. Zdaniem więc mojem, chociaż mleko krów gruźliczych może spowodować wybuch suchot, to zdarza się to jednak stosunkowo o wiele rzadziej aniżeli przenoszenie lasecznika przez płwocinę. Zwrócę też uwagę, że ludność wiejska, która w znacznej części karmi się mlekiem, najmniejszego dostarcza kontyngensu suchotników; przeciwnie suchoty srożą się najczęściej pomiędzy ubogą ludnością miejską, która często i smaku nawet nie zna mleka. Oto są jedyne źródła lasecznika gruźliczego. Inne, powszechnie o to obwiniane, a mianowicie powietrze wydechane laseczników zawierać nie może, te ostatnie bowiem z wilgotnej powierzchni płuc i oskrzeli prądem powietrza unoszone być nie mogą; również, wbrew temu, co twierdził kol. **Lubelski** na Zjeździe higienistów w Genewie, nie może zawierać laseczników i pot chorych; pot nie jest niczem więcej jak tylko wydzieliną gruczołów potowych, a jeżeli te ostatnie laseczników nie zawierają, to i pot ich zawierać nie może; wreszcie dla tej samej przyczyny nie może ich zawierać i przeziw skórny (**Sokolowski**).

Na zakończenie tego ustępu mej pracy dotknę w kilku słowach tych ujemnych faktów zaraźliwości suchot płucnych, jakich nam dostarczają stacje klimatyczne i szpitale dla suchotników. Zarówno spostrzeżenia angielskich autorów jak **Weber'a**, **Barthletta**, jak również **Dettweyler'a** i **Meissen'a**, a wreszcie i kolegę **Sokolowskiego**¹⁾ stwier-

¹⁾ Zresztą na podaniach właścicieli zakładów leczniczych nie bardzo można polegać; tak np. **Bremmer** na Zjeździe lekarzy niemieckich w Essen twierdził, że przez cały czas istnienia sanatorium w Goerbersdorfie, ani jedna osoba z posługi nie zachorowała na suchoty, kiedy tymczasem kol. **Sokolowski** w swej pracy o zaraźliwości suchot (l. c.) wspomina o jednej posługaczce. Przypominam sobie nadto pracę kol. **Sokolowskiego** o krwotoku jako pierwotnej przy-

dzają, że ani w uzdrowiskach, ani w szpitalach dla suchotników nie znane są przypadki zarażania się suchotami lekarzy lub posługi szpitalnej. Fakta te nie mają dla mnie żadnego rozstrzygającego znaczenia; jeżeli bowiem w chorobach zakaźnych ostrych, gdzie okres wylegania trwa kilka dni, można na zasadzie przebiegu klinicznego badać prawa rozwoju choroby, to natomiast nigdy nie można stosować tego do suchot, w których choroba przez lata całe pozostać może w stanie zupełnie ukrytym. Kto mi zaręczy, że niejeden z lekarzy, lub posługi w miejscowościach, o których mowa, nie nosi w sobie ukrytych ognisk gruźliczych, które dopiero kiedyś po wielu latach, jeżeli życiowość komórek osłabnie spowodzi wybuch ostrej gruźlicy płuc? Ktoż wtedy dopatrzy się związku pomiędzy pierwotnym zarażeniem się a obecną chorobą. Nie zapominać też należy, że sanatoria dla suchotników leżą w górskim klimacie, który sam przez się wpływa na zabezpieczenie od suchot; wreszcie, na co ważny kładę nacisk, w szpitalach i sanatoriach chorzy wyrzucają płwocinę do kufli napęcznionych wodą, przez co zapobiega się jej wysychaniu, a więc i usuwa najważniejsze źródło zarazy.

Skończyłem z kwestyją przenoszenia się suchot; z powyższego zasady profilaktyki łatwo wysnuć się dają. Ponieważ do powstania suchot potrzeba z jednej strony wniknięcia zarazki, z drugiej zaś usposobienia, zapobieganie więc przeciw dwom tym rzeczom skierowane być winno. Zarazek pochodzić może albo z wysuszonej i roztartej płwociny, albo też wnika do ustroju wraz z mlekiem krów, dotkniętych perlicą. Co do tego ostatniego, to środki, jakie przedsięwziąć należałoby, są bardzo proste; trzeba zabronić użycia mleka z krów, podejrzanych o gruźlicę. Niestety środek ten jest tej natury, że wykonać się prawie nie daje. Można bowiem rozciągnąć nad rzeźniami i nie dopuścić, aby sprzedawano mięso z krów chorych, co właśnie w stosunku do gruźlicy nie ma żadnego znaczenia; ale niepodobna jest upilnować, aby ktoś nie udoił i nie wypił mleka od chorej krowy. Wypadałoby zatem chyba odbywać peryjodyczne rewizyje wszystkiego bydła w kraju i wszystkie podejrzane krowy zabijać, nie dopuszczając, aby na pokarm były używane. Środek podobny byłby zbyt gwałtowny i dałby się przeprowadzić jedynie w dużych miastach; dotychczas na tem polu nie zrobiono nietylko u nas, ale i w innych państwach. Reformy zależeć będą prawdopodobnie od ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi; bo że perlica jest identyczna z gruźlicą to zdaje się nie ulegać wątpliwości, ale jeszcze nie jest zupełnie pewne, czy mleko krów gruźliczych może w kanale pokarmowym zaszcześcić gruźlicę. W każdym razie reforma choćby najściślejsza nie będzie nigdy zupełną z tego względu, że początkowe okresy perlicy mogą ująć uwagi tak, jak uchodzą uwagi początkowe okresy gruźlicy.

czynie suchot (Przegląd Lekarski Nr. 4 i 5 1878), w której jest mowa o posługaczu zakładowym, który wskutek uciążliwej pracy dostał krwotoku płucnego, a w następstwie i suchot płucnych. Dzisiaj wobec pasorzytniczej teorii suchot nie mamy już prawa twierdzić, że krew wylana do oskrzeli może się stać przyczyną suchot; co najwyżej przypuścić możemy, że daje ona lepszy grunt dla rozwoju lasieczników, przez co może ułatwiać wybuch suchot. W każdym jednak razie jako ostateczną przyczynę suchot i tu przyjąć należy zarażenie, tak, że zdaniem moim i ten przypadek uważany być winien jako dowód, przemawiający za zaraźliwością gruźlicy.

Nie lepiej stojemy i z higieną plwociny. Jak to już powiedziałem, plwocina póki jest wilgotna, dopóty nie może być źródłem zarazy, Dlatego też jedyny racjonalny przepis, jaki dać możemy, jest ten, aby plwocinę zbierać w kufle do połowy napełnione wodą; jeżeli później taką plwocinę wylejemy czy to do wychodka, czy do kanałów miejskich, możemy już być spokojni, że nie zrobi nam żadnej szkody. Niestety przepis ten tak łatwo wykonać się dający w szpitalu, trudno lub wcale nie da się zastosować w prywatnym życiu. Z jednej strony suchotnicy nie siedzą bynajmniej ciągle w domu, lecz chodzą, zajmują się swymi sprawami, a przecież trudno od nich wymagać, aby kufel zawsze z sobą nosili; z drugiej strony wątpię, aby kiedyś udało się nam przekonać ludzi o tem, że plując na podłogę i rozcierając plwocinę nogami, przynieść mogą szkodę sobie i bliźnim. Niestety jest to los wszystkich przepisów higienicznych, których wykonanie nie zależy od działalności policyi, ale od dobrej woli pojedynczych jednostek. Dezynfekowanie kufli z plwociną nie ma żadnego znaczenia. Lasecznik gruźliczy jest jednym z najstalszych schizomycetów i jak to wykazały doświadczenia Valin'a¹⁾ dla zniszczenia go potrzeba albo bardzo stężonych roztworów sublimatu i kwasu karbolowego, albo działania wysokiej ciepłoty. Mylą się więc ci, którzy sądzą, że 10% roztworem tymolu, 5% kwasu karbolowego, lub roztworem sublimatu 1 : 5000 zdolają zabić laseczniki, zawarte w plwocinie, do których wymienione roztwory dostępu nawet nie mają. Jest to optymizm, wprawdzie nieszkodliwy, ale i tem mniej potrzebny, że jak powiedziałem, laseczniki zawarte w wilgotnej plwocinie są względem nas armiją bez oręża, o którą wiele troszczyć się nie potrzeba. Co się tyczy dezynfekcyi ubrania i mieszkań, to ta istotnie może być potrzebna, pamiętać jednak winniśmy, że zabić laseczniki wysuszone możemy jedynie za pomocą bardzo wysokiej ciepłoty i że te środki, które niszczą schizomycety zwilżone pozostają na nie bez żadnego wpływu jeżeli są (schizomycety) wysuszone. I tu więc nie pomoże skropienie roztworem kwasu karbolowego, ale odzież dezynfekować by należało w izbach powietrzem ogrzanem do 120° C. lub wyżej, mieszkania zaś parą wodną, lub także ogrzanem powietrzem.

Jestem wszelako zdania, że współdziałanie władz i w tym względzie jest niezbędny; sądzę mianowicie, że należałoby wymagać, aby handlarze starzyzną, takową z obowiązku poddawali dezynfekcyi w wymienionych izbach.

Jakkolwiek bądź, widzicie z powyższego Szanowni Panowie, że małą mamy nadzieję, aby nam się udało kiedykolwiek zapanować w zupełności nad lasecznikiem gruźliczym. Pozostaje nam więc zwrócić się do drugiego czynnika, sprzyjającego rozwojowi gruźlicy, t. j. do osobniczego usposobienia. Ponieważ stopień takowego zależy od stopnia życiowości komórek, a więc i całego ustroju, starać się więc powinniśmy o jej podniesienie. Nad tem rozwodzić się nie potrzebuję, sami Panowie najlepiej wiecie, jakie w tym względzie mamy środki. Głód, złe pożywienie i mieszkanie, nędza, nadużycia wszelkiego rodzaju, zmartwienia, troski, przeciążenie pracą umysłową, brak ćwiczeń cielesnych—oto są najdzielniejsi sprzymierzeńcy lasecznika gruźliczego, a zarazem niestety wytwory cywilizacyi. Ale jeżeli suchoty są niewątpliwie dzieckiem cywilizacyi

¹⁾ Revue d'hygiene. 1883.

i krok w krok za nią zdążają jednak z drugiej strony jedynie od postępu cywilizacji spodziewać się można złagodzenia nędz i trosk ludzkich, a więc i ograniczenia gruźlicy. Horoskop to niewesoły, ale prawdziwy i wolny od złudzeń, czyż wiele więcej zdołaliśmy zrobić w sprawie ograniczenia przymiotu, a jednak mamy tu do czynienia z zarazkiem udzielającym się jedynie wyjątkowo przy pewnych szczególnych okolicznościach, kiedy natomiast zarazek suchot usuwa się zpod wszelkiej nad nim kontroli.

Przechodzę do drugiej połowy mojej pracy, t. j. do wskazań, jakie wypływają z uznania suchot za chorobę pasorzytniczą. Od chwili, kiedy się przekonano, że przyczyną suchot jest pasorzyt rzucono się do środków antyseptycznych jako do jedynej i niezawodnej deski zbawienia. Od tego dość naiwnego przekonania, że to, co zabija pasorzyty zewnątrz ustroju, zabija je i wewnątrz, nie pozostali wolnemi nawet najdzielniejsi badacze jak Koch i Binz. Nie pomysłano jednak, że gdyby tak łatwo było wywrzeć działanie antyparazytarne, wtedy jeden i ten sam środek antyseptyczny winien być pomocnym na wszystkie choroby zakaźne.

Tymczasem praktyka wykazuje co innego; najsilniejsze środki przeciwpasorzytowe, jak kwas karbolowy, nie przerywają żadnej choroby zakaźnej, kiedy natomiast tak słabe, jak chinina, wpływają bezwarunkowo szkodliwie na życie i rozwój pasorzyta zimnicy. Prawdopodobnie więc inne tu zachodzą stosunki, aniżeli w prostej kolbce, w której się hodują pasorzyty. Kto wie, czy nie wchodzi tu w grę to, czy dany środek pozostaje tylko we krwi, czy też przenika do tkanek ustroju i jakich; nie trzeba też zapominać i o tem, że wiele środków antyseptycznych szkodliwiej działają na komórkę ustroju aniżeli na sam pasorzyt, skutkiem czego, jak to słusznie zauważył Buchner, nie tylko pożytku nie przynoszą ale szkodzą, zniżają bowiem życiową działalność komórki i jej siłę do walki z pasorzytem. Zasadność tych wątpliwości potwierdzona została i przez praktykę; doświadczenia mianowicie wykonywane na wielką skalę z jednej strony przez samego Koch'a, oraz Gaffky'ego i Fraentzela¹⁾, a z drugiej przez Hillera i Leydena²⁾ doprowadziły do zupełnie zgodnych wyników, t. j. że żaden ze znanych środków antyseptycznych nie wywiera najmniejszego wpływu na postęp suchot oraz na ilość wydzielanych laseczników. W doświadczeniach tych nie pominięto ani jednego ze środków, a więc używano sublimatu, siarko-wodoru, kairyny i wszystkich innych; wprowadzono środki zarówno w postaci gazu, wprost do płuc, jak i przez żołądek a wyniki zawsze były jednakie, t. j. ujemne.

Z drugiej jednak strony przeciw niektórym chorobom zakaźnym i to jedynie przeciw zakaźnym posiadamy środki swoiste, które więc przyczyniają się do zupełnego zniszczenia pasorzytów. Środków takich, jak wiadomo, mamy trzy, t. j. chininę przeciw zimnicy, kwas salicylowy przeciw ostremu góscowi, oraz rtęć i jod przeciw przymiotowi. W jaki sposób środki te działają, o tem nie

¹⁾ Verh. des Congr. f. innere Med. 1883.

²⁾ Eodem loco.

mamy najmniejszej wiadomości; B u c h n e r twierdzi, że zwiększają one jedynie życiową działalność komórki, kiedy tymczasem B i n z ¹⁾, który zresztą jest optymistą w sprawie antyseptyki, jest zdania, że chociaż środki powyższe może i nie zabijają zupełnie pasorzytów ale wpływają szkodliwie na ich życiowości, przez co utrudniają im walkę z komórkami ustroju. Jakikolwiek będzie to działanie, mamy zasadę spodziewać się, że kiedyś może uda się znaleźć środek równie szkodliwy dla życia i walki lasecznika gruźliczego, jak chinina dla pasorzyta zimnicy. Czy zaś środek ten wyjdzie z grupy t. zw. środków antyseptycznych czy innych, o tem żadnego nie mamy pojęcia. Choć takie przypuszczenie nie jest absolutnie niemożliwe, to z góry jednak przypuścić można, że gdyby nawet znaleziono środek swoisty przeciw lasecznikowi gruźliczemu, to ten nie odda nam tyle korzyści co chinina w zimnicy lub rtęć w przymocie. W tych chorobach bowiem cierpienie z samego zaraz początku wyraźnie się objawia i pozwala na wczesne użycie środków; prócz tego cierpieniu ulegają narządy po większej części nie tak do życia potrzebne. Inaczej w suchotach; tutaj cierpienie długi czas przebiega skrycie i kiedy się wyraźnie da uczuć choremu, wtedy nieraz zmiany w płucach już tak wysoko postąpiły, że wyrównane być nie mogą; prócz tego cierpieniu ulega ustrój, tak ważną odgrywający rolę w prawidłowem życiu człowieka.

Jakkolwiek bądź, dziś nie mamy środka, który by wprost był w stanie zniszczyć w ustroju lasecznika. Kiedy więc nie możemy uśmiercić najeźdźcę, to należy się starać o wzmocnienie współzapaśnika w walce, t. j. komórkę organiczną, jednym słowem całe starania terapii w stronę podniesienia życiowości ustroju skierowane być winny. Z tej arcy słusznej zasady wychodząc, B u c h n e r ²⁾ w ostatnich czasach zaproponował przeciw gruźlicy arsenik jako środek podnoszący życiową działalność. Pomijam zupełnie objaśnienie B u c h n e r'a, w jaki mianowicie sposób arsenik podnosi tę życiową działalność; tłumaczenie to jest błędne ³⁾, ale fakt, że arsenik z korzyścią przyjmowany bywa przez mieszkańców Styryi nie ulega żadnej wątpliwości. Czy zaś to działanie jego jest tak silne, jak tego chce B u c h n e r, i czy wystarczy do nadania komórce potrzebnego stopnia życiowości dla wytrwania zwycięzko w walce z pasorzytami? B u c h n e r sam osobście mało robił z arsenikiem doświadczeń, które jakoby dały pomyslnie wyniki. Natomiast doświadczenia K e m p n e r'a ⁴⁾

¹⁾ Centrbl. f. klinische Med. Nr. 18. 1883.

²⁾ Die aetiologische Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose. München. 1883. Brak miejsca i cel niniejszej pracy nie pozwala mi na większe streszczenie obszernego dzieła B u c h n e r'a, które obok jednostronnego poglądu, zawiera niezmiernie wiele bardzo trafnych i głębokich uwag. Mogę tylko polecić je czytelnikom.

³⁾ B u c h n e r działanie arszeniku objaśnia w ten sposób, że środek powyższy wywołuje zapalenie, którego pierwszy okres polega właśnie na wzmożonem odżywianiu tak potrzebnem do walki pasorzytem. Jak widać z powyższego B u c h n e r stoi jeszcze zupełnie na V i r e h o w'owskim gruncie we względzie zapalenia, który dziś absolutnie i w tej formie przyjęty być nie może. Wiemy też, że wiele z tych zmian, które dawniej uważano za pierwszy okres zapalenia są tylko początkiem obumarcia.

⁴⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 31. 1883.

Lindner'a¹⁾, oraz spostrzeżenia, robione w klinice Ziemsse'n'a na większej liczbie chorych, nie dały pomyslnych wyników. Tak więc, o ile się zdaje, nie przyszedł jeszcze czas za specyfik przeciw gruźlicy. Ten niepomyślny obrót rzeczy nie przemawia bynajmniej przeciw słuszności poglądu Buchner'a; zasada jest słuszną, tylko środek źle wybrany.

Nie pozostaje nam więc nic innego jak tylko wpływać na podniesienie żywności komórki za pomocą fizjologicznych czynników; a więc znów odpowiednie pożywienie, spokojne życie, ćwiczenia ciała, pobyt w górskim klimacie tak jak w zapobieganiu tak i w leczeniu suchot główną odgrywać muszą rolę.

Rozwodzić się nad temi rzeczami tu bliżej nie potrzebuję, lecz są to rzeczy, z którymi Panowie co dzień macie do czynienia. Chciałem tylko zwrócić Waszą uwagę na jeden pogląd, dziś powszechnie przyjęty, a który wobec pasorzytniczej teoryi gruźlicy ostać się nie może. Mam tu na myśli działanie górskiego powietrza, które zdaniem wielu polega na dokładniejszym odwietrzaniu płuc; ze stanowiska parazytaryzmu jest to błąd; wydechane powietrze nie może unosić z wilgotnej powierzchni płuc schizomycetów, żadna więc wentylacja płuc nie usunie z nich laseczników, które się tam już dostały. Wpływ górskiego powietrza tłumaczyć sobie należy podniesieniem życiowej działalności komórek.

Oto jest wszystko, Szanowni Panowie, z czem podzielić się z Wami chciałem. Dziwnem Wam się wydawać może, że zapowiedziawszy rzecz o leczeniu suchot, mówiłem dużo o różnych rzeczach, a najmniej o leczeniu. Ale Sz. Panowie, jeżeli chcemy z tego najnowszego zwrotu w nauce o suchotach płucnych wyciągnąć jakieś korzyści, wtedy powinniśmy zastosować konsekwentnie do suchot to wszystko, co wiadomem jest w życiu schizomycetów w ogólności. I to także zarzucić mi możecie, że w ogóle nie Wam nowego nie powiedziałem; odpowiedź z mej strony na zarzut ten łatwa; nie nowego powiedzieć Wam nie mogłem i zamierzałem, chciałem tylko rozwiać złudzenia, które się narodziły w wielu umysłach o l chwili odkrycia lasecznika gruźliczego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. Julliard. Trzydzieści i jedno wyluszczenie wola. (*Trente et une extirpations de goitres*).

Ostatniemi czasy pojawiło się w literaturze francuzkiej, a zwłaszcza niemieckiej wiele prac o wycinaniu wola; u nas nie przypominam sobie żadnego artykułu oryginalnego w tym przedmiocie; zależy to prawdopodobnie od rzadkości samej choroby u nas, tak częstej w Szwajcaryi, Styryi, Francyi. Cierpienie to tak mało widać miało interesu, że nawet nie było większych u nas streszczeń z prac zagranicznych. Sądzę przeto, że praca profesora Genewskiego, oparta na własnej licznej praktyce, powinna znaleźć miejsce między kwestyjami naukowemi w „Gazecie Lekarskiej“.

¹⁾ Deutsche med. Woch. Nr. 34, 1883.

Ekstyrpacyja wola ze względu na krwotok i zakażenie budziła zawsze tak silne obawy, że aż do najnowszych czasów uważano, iż stanowić ona winna *ultimum refugium*. Takie mniemanie musiało tylko jeszcze spotęgować uprzedzenie przeciw tej operacji, operacyja bowiem wykonywana późno, kiedy guz doszedł największych rozmiarów i wywołał już groźne objawy, nie mogła dać świetnych wyników.

Dopiero metoda aseptyczna, która zmieniła do podstaw oblicze chirurgii, spowodowała i tu radykalną zmianę. Ekstyrpacyja wola jest dziś w Europie rzeczą zwykłą i daje wyniki nie gorsze od innych ciężkich operacyj.

J. robi tę operację prawie zawsze bez znieczulenia chorego; za takim sposobem przemawiają rzeczywiście pierwszorzędne dane: chory i tak trudno oddecha, położenie poziome podczas operacji jeszcze zwiększa tę trudność, dalej niepodobna wyluszczyć guza bez pociągania lub uciśnięcia tchawicy, a co najważniejsza chloroform usposabia do wymiotów, a te podczas operacji przedłużają i tak przez się już długą operację, po operacji zaś skutkiem gwałtownych ruchów tchawicy mają fatalny wpływ na *prima intentio* w tak obszernej ranie, wymagającej właśnie jak największego spokoju. Jeśli chory nie chce się dać operować bez chloroformu, J. odurza go dla zrobienia cięcia skórniego, dalsze bowiem manipulacje są niebolesne.

Co do cięcia uważa J. i słusznie za najlepsze cięcie podłużne na linii środkowej szyi od kości grdykowej do mostka: ono pozwala w zupełności na wydobyć swobodnie nawet dużych guzów. J. krytykuje cięcie Roségo wycinającego płaty ze skóry, powięzi, mięśni dla utorowania sobie dostępu.

Pierwsze cięcie pogłębia J. aż do samego wola, po drodze jak najstaranniej przecinając między 2-ma podwiązkami każdą napotkaną żyłę, które tu są niesłychanie liczne i grube. Doszedłszy do guza, przecina torebkę i odkłada nóż, a wprowadziwszy palec odluszcza torebkę od guza, napotkane sznurki (naczynia) przecina nożyczkami zgietymi z a w s z e m i ę d z y d w o m a l i g a t u r a m i z obawy krwotoku i wejścia powietrza do żył.

Do podprowadzenia podwiązek posługuje się osobnym ekarterem, rzeczywiście bardzo odpowiednim ku temu celowi. Do podwiązania używa zawsze katgutu, jako materiału możliwego do wessania, co nie jest obojętną przy operacji, przy której chodzi o *prima intentio*, a przy której niekiedy wypada podwiązać 60—80 naczyń.

J. uważa za bardzo ważną rzecz wyluszczenie pod torebką; tam, gdzie jej nie ma, trzyma się ściśle powierzchni wola, wystrzegając się przy wyluszczeniu nacinania jego mięszu, które daje silne krwotoki mięszowe, nadzwyczaj trudne do utamowania.

Po wyluszczeniu pozostaje nie raz kolosalny worek, w górnej części którego ścianki zbliżają się i przylegają nader łatwo i ściśle, w dolnej pozostaje ziejąca jama, z powodu że ściany jej nie mogą być całkowicie zbliżone (mostek). To stanowi źródło poważnych następstw przy gojeniu: dno jamy stanowi luźna tkanka łączna śródpiersia, gotowa każdej chwili do wessania ropy spływającej z góry z rany i zatrzymującej się tu, zkad żaden dren jej odprowadzić nie może, dren bowiem wprowadzony, przy położeniu chorego na plecach, musi tkwić w ranie na sztorc.

Jedyną drogą, aby tego uniknąć, jest osiągnąć *prima intentio*. W tym celu J. radzi jak najściślejszą aseptykę, odradza polewanie i przestrzykiwanie płynami antyseptycznymi, które przeszkadzają zlepianiu się rannych powierzchni, sam używa spray'u, a zrobiwszy toaletę rany tak starannie jak przy owaryjotomii zeszywa brzegi rany, wprowadza w kąt dolny dreny skierowane ku górze i nakłada opatrunek oryginalny, istotnie odpowiadający całkowicie celowi. Chodzi o to, aby oprawa była antyseptyczna i naciskająca. W tym celu pokrywa zeszytą ranę protektywą i okłada całą szyję od brody aż do mostka oczyszczoną

nemi nowemi gąbkami, zupełnie aseptycznymi (specyjalnie przygotowanymi); na to muślin fenolowy i materyja nieprzemakalna. W ten sposób ścianki jamy są jak najściślej w zetknięciu — warunek podstawowy dla *prima intentio*. Chorego kładzie się siedzący lub na pół siedzący, dla ułatwienia odpływu wydzieliny z rany, rzecz kardynalna.

Drugi warunek dla udania się *primae intentionis* absolutny spokój tchawicy, w tym celu ponieważ po takim odluszczeniu wzdłuż tchawicy, krtani i przelyku, polykanie jest bardzo często nader bolesne, trudne i szwankujące, choremu daje J. przez pierwsze dni tylko wodę i to małemi łykami; tym sposobem unika się zachłystywania i fatalnego potem krztuszenia się połączonego z gwałtownem szarpaniem rany i jej rozmaitych warstw. Około 4—5 dnia polykanie staje się łatwiejszem, wtedy mleko, wino, rosół.

Pierwszy opatrunek zmienia J. po 48-u godzinach, odejmuje gąbki, wyjmuje wszystkie dreny, zostawia jeden i zdejmuje co drugi szew, resztę zaś przy drugim opatrunku 5-go dnia.

Postępując w ten sposób na 31 ekstyrpacyj wola stracił 5 chorych i to w 3-ch przypadkach śmierć zależała od wyjątkowej ciężkości samej choroby, u pozostałych dwóch powodem śmierci był zator i zapalenie płuc z wdechania (*pneumonie par aspiration, schluckpneumonie*).

U 26 chorych owa jama nad mostkiem zarosła *per primam intentionem* aż do drenu.

Z objawów następczych J. obserwował 5 razy bezdźwięk głosu bezpośrednio po operacji (w 1-ym przyp. *n. recurrentes* były przecięte, w 1-ym przy. sekcji znaleziono nerwy nienaruszone, w 2-óch afonija ta przeszła po kilku tygodniach). Obrażenie nerwu, targanie przy operacji, nieuniknione przytem przecięcie gałązek tłumaczają owe bezdźwięki przemijające; stalej afonii przyczyną bywa przecięcie nerwów zwrotnych.

Oprócz tego J. obserwował 3 przyp. chrypki następczej (jeden chory wyleczony w 10 dni, powrócił w 4-y miesiące z chrypką, paraliż jednej struny; u drugiego, którego rana zagoiła się zupełnie w 7 dni, w rok potem chrypka jeszcze większa; trzeci chory, któremu rana zagoiła się zupełnie w 12 dni, powrócił po 2 tygodniach zupełnie prawie bez głosu). J. przypisuje te zmiany w głosie ściśnięciu nerwów zwrotnych w bliźnie pomimo zagojenia *per primam*; o ileż gorsze byłyby następstwa przy gojeniu *per suppurationem*;

Zresztą chory zgóry powinien wiedzieć, że głos, jeśli jest ochrypły, bynajmniej po operacji nie odzyska czystości.

Godne szczególnej uwagi są następujące 2 spostrzeżenia przez swą tajemniczość. U jednej chorej w 5 miesięcy po operacji powstała niesłychana niedokrwistość, trwająca kilka miesięcy. Drugi chory 17-letni, krzepki wyrostek, powrócił w 2 lata po operacji wolny w prawdzie od duszności i t. d. lecz w stanie niezwykłego osłabienia i przygnębienia; dawniej był żywym, teraz stał się milczącym, nieśmiałym, unika towarzystwa; przestał rosnać; wyraz twarzy jak u kretyna; skóra na twarzy i na rękach obrzmiała wskutek ograniczonego zgrubienia (*pachydermia localisata*).

Podobne fakty przytaczają i inni autorowie. J. przypisuje je wyluszczeniu gruczołu tarczowego, którego czynności tak mało znane dotychczas zostały przez operację zniesione.

To prowadzi do postawienia wskazań. W tym celu J. stawia i daje odpowiedzi na następujące 3 pytania.

1. Czy wole jest chorobą niebezpieczną i czy samo przez się jest w stanie spowodować śmierć chorego? J. odpowiada na to twierdząco; widział sam 5 przyp. śmierci z wola; wole może przygnieść, zepchnąć, tchawicę przeistoczyć ściankę, jej wole zatem zabija i to częściej niż sądzą.

2. Lecz nawzajem bywają wola i to daleko częściej od pierwszych, z którymi ludzie dochodzą do późnej starości, które są zupełnie niewinne.

3. Jod stanowi środek szacowny i J. zbija zdanie tych, którzy widzą w ekstyrpacji jedyny środek skuteczny.

4. Ekstyrpacja nie jest dzisiaj operacją, której obawiać się należy bezmiernie.

Z tego powodu każde wole należy najprzód leczyć jodem. Lecz jeżeli mimo to wole nie przestaje zakłucać oddech, jeśli sprawia napady duszenia się, jeśli jest głębokie, mało ruchome, trzeba je usunąć, jeśli można częściowo, jeśli nie całkowicie, lepiej bowiem żyć z objawami następczemi po operacji, niż narażać się na śmierć z uduszenia. Tylko nie należy ociągać się z operacją, im dłużej bowiem czekać, tem operacja będzie trudniejsza.

Czy można operować wola nie sprawiające żadnych przypadłości? J. w odpowiedzi trzyma się środka. Jeśli wole małe i niezbyt szpeci, nie ruszać go; jeśli duże i zarazem obszerne, szyja szeroka — również dać mu pokój, gdyż ekstyrpacja w takich razach będzie bardzo trudną, jeśli nie niemożliwą. Lecz jeśli guz wystaje i jest duży, operacja nie jest trudną.

Dotychczas ekstyrpowano wyłącznie prawie wola mięszone; przy wola torbielowatych zaś stosowano: drenowanie, zawłokę, przyżeganie, nacięcie nieprzeciwnilne, z a s t r z y k i w a n i e j o d o w e, i c i ę c i e a s e p t y c z n e. Z wyjątkiem dwóch ostatnich J. odrzuca inne i słusznie jako niebezpieczne.

Wstrzykiwanie jodiny ma swe dobre strony i okazało się skutecznem w bardzo wielu razach. Lecz przeciw niemu stawia J. zarzuty, iż często zawodzi, dalej nie nadaje się do torbieli wielokomorowych i krwotocznych. Nadto po wstrzyknięciu jodiny, 1) podobnie jak przy hydrocele, bywa obrzmienie zapalne, zazwyczaj umiarkowane, lecz niekiedy (a tego niepodobna przewidzieć) silne i chory może się udusić; 2) bardzo często następuje zropienie guza, co jest rzeczą bardzo niebezpieczną, gdyż pachnie ropnicą. Z tego powodu J. daje pierwszeństwo n a c i ę c i u torbieli, ewentualnie wycięciu jej części i zeszcyciu ścian z założeniem drenu; opatrunek aseptyczny. Lecz i temu sposobowi stawia J. poważne zarzuty; a mianowicie jeśli torbiel jest krwotoczna, wielokomorowa, zatokowata, jeśli ścianki są grube, niepodatne, niepodobna ich dokładnie dopasować i zrośnięcie jest wielce wątpliwem; pozostają przetoki, ropnie. Nawet gdy torbiel posiada ścianki miękkie i jest jednokomorową, zrośnięcie jest wątpliwem, tu bowiem są w zetknięciu dwie powierzchnie surowicze, wysłane nabłonkiem, wydzielające płyn klejowaty. I dlatego też J. nad wszystkimi sposobami stawia ekstyrpację. W ogóle można podzielić torbiele tarczowe na 3 grupy.

Pierwsza obejmuje cysty krwotoczne i wielokomorowe.

W drugiej mieści J. torbiele z jamą nieregularną, z zatokami, ze ściankami tegiem, grubemi, torbiele duże utrudniające oddech. Dla obu tych grup wstrzyknięcie i nacięcie nie jest bezpieczne i może dać recydywę.

Trzecia grupa zawiera torbiele jednokomorowe, z jamą kulistą, bez zatok, ze ściankami podatnymi, cienkimi, z zawartością surowiczą; są one zazwyczaj niewielkie wystające, powierzchowne — te nadają się do nacięcia — lecz właśnie i ekstyrpacja tutaj jest równie łatwą.

W końcu pracy prześlizgnie napisanej i pełnej trafnych uwag autor daje spis 31 spostrzeżeń.

Wł. Matlakowski.

Revue de Chirurgie 1883. Zeszyt sierpniowy (str. 585—617).

54. Merkel. Kairyna jako środek przeciwgorączkowy.

Badania nad działaniem kairyny do rozmaitych wyników doprowadziły badaczy. F i l e h n e, który pierwszy zaczął używać tego środka zachwala go bardzo przy zapaleniu płuc i przewlekłych gorączkach heptycznych, nadmienia

jednak, że działanie jego przeciwgorączkowe jest krótkotrwałe i prędko zostaje zastąpione przez bardzo uciążliwe dla chorych dreszcze z podwyższeniem ciepłoty. Z dwóch rodzajów kairyny M (*hydrooxymetylchinolina*) i kairyny A (*hydrooxyactylchinolina*), ta ostatnia działa wolniej lecz skuteczniej, większych jednak wymaga dawek.

Seifert wcale kairynie przeciwgorączkowego działania nie przypisuje, a Riegel oprócz tego ostrzega, że wywołać ona może objawy zapaści. Innego zdania są Freymuth, Pölcchen, Hallipeau, Guttmann i Riess, którzy stosowali ten środek we wszystkich chorobach gorączkowych.

Autor badał działanie kairyny także w rozmaitych chorobach gorączkowych, a mianowicie: w 3 przypadkach suchot płucnych, w 3 przyp. zapalenia płuc krupowego, w 1 przyp. zapalenia opłucnej, w 1 przyp. zapalenia wsierdza, w 1 przyp. bezkrwistości, w 1 przyp. płonicy i w 9 przyp. tyfusu brzuszego. Działania jednak przy zapaleniu płuc nie bierze w rachubę, z tego powodu, że przy tej chorobie krytyczne obniżenie ciepłoty przychodzi tak niespodzianie, a czynność serca tak nagle może być upośledzoną, że środki przeciwgorączkowe bardzo ostrożnie stosować należy. W 19 spostrzeganych przez siebie przypadkach autor w ciągu 149 dni zadał 887,25 gm. kairyny, której najmniejsza dawka dzienna wynosiła 2,75 gm., największa 12,5 gm.. Najmłodszy chory liczył 16 lat, najstarszy 52 lata. Zaczynał autor od 1,0 gm. dawki rannej i stosownie do działania dawał co godzina od 0,5—1,0 gm. dopóki obniżenie ciepłoty nie nastąpiło.

Dawkę taką powtarzał, skoro tylko dreszczyki zwiastowały powrót gorączki. Działanie kairyny niezawsze bywa jednakowe i nie tyle zależy od samego chorego ile raczej od dnia choroby, nadto od wysokości gorączki, jej przyczyny. Osobistość chorego ma wpływ o tyle, że im ten jest chudszy, tem środek w mowie będący działa silniej. W chorobach przewlekłych mniejsze dawki działają silniej, w ostrych ten sam skutek osiągnąć możemy tylko przy większych dawkach. Najniższą ciepłotę przy tyfusach osiągnął autor 37° C., gdy tymczasem u suchotników lub przy zapaleniu opłucnej obniżenie nigdy nie było tak znacznem.

Kairyna z powodu nieprzyjemnego smaku najchętniej w opłatkach przyjmowaną być może. Wymioty wywołuje ona bardzo rzadko i wtedy można ją zadawać w ławatywach, które również skutecznie działają. Niekiedy przy zadawaniu *per anum* występują wymioty a następnie rozwolnienie, wtedy należy zaprzestać użycia kairyny.

Podrażnienie nerwów spostrzegał autor tylko w jednym przypadku u 30-letniej delikatnej kobiety tyfusowej, która po pierwszej dawce kairyny doznała omamów słuchowych, poczem wystąpiły napady manijakalne. Napad trwał 24 godzin, lecz nie przypisuje go autor działaniu kairyny tylko dziedzicznej skłonności do psychicznych zaburzeń, która u chorej wykazać się dała. Zresztą zaburzenia nerwowe łatwo wysoką gorączką objaśnić się dają. Co się tyczy narządów krążenia krwi, to tętno, nie tracąc na sile, stawało się mniej częstem w miarę obniżenia ciepłoty, a zapaść nigdy nie występowała.

Ilość moczu nie ulega zmianie, zostaje on tylko ciemno zabarwionym. Na 19 przypadków spostrzegał autor białkomocz u 4-ech chorych, u 2 óch bez zmian w nerkach, ustąpił takowy po 8—14 dniach; u dwóch innych zależał od zapalenia nerek i stwierdzono go przed użyciem kairyny. Cukru w moczu nigdy autor nie znajdował.

Na przebieg choroby, np. tyfusu, kairyna widocznego wpływu nie wywiera; zmienia tylko przebieg ciepłoty. Czas trwania gorączki i okres zdrowienia nie zostaje skróconym. Dreszcze występują rzadko i nie bywają silne, poty obfite bywają często. Obniżenie ciepłoty do 35,5° C. a nawet 33,8° C. znosili chorzy bardzo dobrze.

Wnioski swe co do działania kairyny streszcza autor w ten sposób;

- 1) Kairyna A jest bardzo silnym środkiem przeciwgorączkowym.
 - 2) Zmniejsza ona ciepłotę, co jednak zależy nietyle od dawki, ile od konstytucji chorego i przyczyn gorączki.
 - 3) Obniżeniu ciepłoty nie towarzyszy upadek sił.
 - 4) Chcąc osiągnąć trwale obniżenie ciepłoty, należy po jednej dawce większej dawać częste mniejsze, stosownie do potrzeby.
 - 5) Kairyna głównie się nadaje w gorączkach ciągłych, przy których płuca i serce nie są zajęte.
 - 6) Kairyna na przebieg choroby pod innym względem nie wpływa.
- (*Deutsch. Arch. f. kl. med. T. 34. I Zeszyt*). A. Malinowski.

LIST OTWARTY.

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

W N-rze 48 „Gaz. Lek.“ kol. Fabian dopełnia swe sprawozdanie z pracy Jaksch'a podaniem sposobów wykrywania peptonu w moczu podług dzieła Huppert'a (*Anleitung zur Analyse des Harns. 1881. VIII. Wydanie*). Szanowny sprawozdawca podał metody badania w dosłownem niemal tłumaczeniu; ponieważ jednak w podręczniku Huppert'a pominięte zostały niektóre ważne szczegóły, uważam przeto za właściwe takowe kilkoma słowami dopełnić. Czynię to zaś tem chętniej, iż niejednen z kolegów prowincjonalnych, którym prace źródłowe mniej są dostępne, chcąc poszukiwać peptonu w moczu wedle wskazówek Huppert'a, mógłby otrzymać wyniki niezupełnie dokładne.

Zajmując się od pewnego czasu w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich pod kierunkiem kol. Nenckiego kwestyją klinicznego znaczenia peptonuryi, przeprowadziłem dotychczas 105 badań moczu i przerobiłem powszechnie dziś stosowane metody wykrywania w nim peptonu. Podręcznik Huppert'a jest jednym z najnowszych podręczników uroskopii, a nazwisko autora zasługuje na zupełne zaufanie; wszelako odczynny na pepton Huppert dosłownie przepisał z prac Hofmeister'a, umieszczonych w kilku zeszytach „*Zeitschr. für physiol. Chemie von Hoppe-Seyler*“ zwłaszcza w T. IV Zesz. IV r. 1880, jak to zresztą sam wyznaje na str. 138, pisząc: „*Die Methoden zum Nachweis des Peptons sind von Hofmeister ausgearbeitet worden*“. Podobnie jak Huppert, przytaczają reakcye Hofmeister'a na pepton i inne podręczniki uroskopii, między innymi podręcznik Salковского — Leube'go i Loebisch'a, z autorów zaś, klinicznie badających peptonuryją, Maixner i Jaksch.

1) W streszczeniu w „Gaz. Lek.“ na str. 836 pod lit. e mówi się: „Gdy mocz zawiera białko, należy jednym ze znanych sposobów (wodaniem ołowiu lub octanem tlenika żelaza) ciecz tak dokładnie od białka oswobodzić, by już za dodaniem kwasu octowego i żelazocyanku potasu nie dawała zmućnienia“. I to wszystko. Tymczasem sposób oddzielenia białka z moczu, w którym zamierzamy szukać peptonu, nie jest tak prostym. Sposób ten najlepiej podaje Hofmeister (*Hoppe-Seyler's Zeitschr. T. IV. Z. IV. str. 263*). Przedewszystkiem nie radzi on strącać białka wodaniem ołowiu, co z kilku względów jest niedogodne; natomiast usuwa takowe przez gotowanie moczu, zawierającego białko, z półtorachlorkiem żelaza i octanem sodu (lecz nie octanem tlenika żelaza). W tym celu do ½ litra moczu dodaje 10 etm. sześciennych stężonego octanu sodu, a potem kroplami półtorachlorku żelaza tak długo, dopóki płyn nie stanie się czerwonym; następnie zubożętnia mocno kwaśny płyn aż do obojętnego lub też słabo kwaśnego odczynu, gotuje go i po ostudzeniu przesącza. Wtedy dopiero w filtracji kwas octowy i żelazo-cyanek potasu nie powinny dawać zmućnienia, a więc mocz nie zawiera białka. Z tego widzimy, iż po prostu dodawanie do moczu octanu tlenika żelaza nie wystarcza.

2) Dalej na str. 836 przy opisie sposobu wykonywania próby biuretowej podano: „Gdy ciecz, zawierająca barytę, po dodaniu roztworu siarczanu miedzi barwi się na czerwono, wtedy jest pepton,

gdy zaś na zielono lub na niebieskawo-zielono, to peptonu nie ma; powstający współcześnie osad baryty nie przeszkadza ściśłości odczynu“. Tak mówi Huppert. Natomiast Hofmeister, z pracy którego Huppert i tę próbę przepisał, powiada na str. 260, iż powyżej otrzymany osad z siarczanem miedzi należy jeszcze precedzić, a dopiero różowe zabarwienie filtratu może wskazywać na obecność peptonu w moczu. Próbę biuretową robiłem w ten sposób podług Hofmeister'a wielokrotnie i w razie istnienia peptonu otrzymywałem odczyn dokładnie. Płyn barytowy zaś, do którego dodano siarczanu miedzi, lecz powstałego osadu nie przesączono, może zachowywać zielonawe zabarwienie, pomimo iż jest pepton. Tym sposobem, postępując za wskazówkami Hupperta można przeoczyć pepton tam, gdzie takowy rzeczywiście istnieje i to jedynie z tego powodu, iż Huppert nie zaleca przesączenia badanego płynu.

3) Co do usunięcia baryty z cieczy barytowej kwasem siarczanym w celu poszukiwania peptonu za pomocą próby biuretowej, o czem mowa na str. 835 lit. c, takowe, jak się przekonywałem nieraz, zabiera wiele czasu i ściśle wykonać się nie daje, ponieważ zawsze pewien osad (siarczan barytu) pozostaje i męci płyn; nawet Hofmeister na str. 260 zamiast tego zaleca próbę, o której wzmiankowałem powyżej pod 2).

4) W końcu jeszcze małe sprostowanie. W „Gaz. Lek.“ na str. 835 pod 8) powiedziano: „od albuminy, globuliny i hemialbumozy (nie hemialbuminozy) różni się pepton tem, że nie daje osadu z kwasem octowym i żelazo-cyankiem potasu, nadto i swą niestrącalnością przy ciepłocie wrzenia“. Huppert zaś podaje to nieco odmiennie, mianowicie: „Od albuminy, globuliny i hemialbumozy różni się pepton niestrącalnością za pomocą kwasu octowego i żelazocyanku potasu, zaś od albuminy i globuliny prócz tego niestrącalnością przy ogrzewaniu (str. 138)“. Jest to różnica nader ważna, gdyż hemialbumoza czyli propepton, podobnie jak pepton, przy ogrzewaniu także się nie strąca. Jeśli przeto dane ciało nie strąci się pod wpływem wysokiej ciepłoty, nie będzie to jeszcze dowodem, iż mamy do czynienia z peptonem, gdyż może niem być także hemialbumoza.

Pucanowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Stawanie lekarzy prywatnych w sądach w charakterze biegłych zdarza się stosunkowo często i jest czynnością dosyć zawiłą. Lekarz zostaje przedewszystkiem wezwany do sędziego śledczego na pewną oznaczoną godzinę. Bardzo wyjątkowo tylko się zdarza, że lekarz sędziego nie zastaje; owszem sędziowie śledczy zwykle nie pozwalają czekać lekarzom i natychmiast załatwiają się z nimi. Ale gabinet nie jest dla badań lekarskich urządzony, lekarz po największej części musi odpowiednio zebrać warunki, więc i ta wstępna czynność wymaga kilkakrotnej bytności lekarza. To wszakże dopiero początek. Po kilku miesiącach, albo paru latach zostaje lekarz wezwany na posiedzenie sądu na godzinę 10-tą. Takiemu wezwaniu naturalnie posłusznym być trzeba; lekarz więc przybywa o 10-iej, a posiedzenie rozpoczyna się o 11 i pół. Dowiaduje się wtedy, że sąd zwykle wzywa osoby do sprawy wchodzące na godzinę wcześniejszą, aby się mieli czas zebrać. Na posiedzenie spraw wyznaczono kilka, więc lekarz czeka swojej kolei. Skoro sprawę wezwano, okazuje się brak jakiegoś świadka, skutkiem czego sprawa zostaje odroczonej i lekarz około południa zwolniony. Nie wiemy wogóle, czy sprawy tak często bywają odraczane, czy tylko lekarzy los tak prześladowe, ale to jest faktem, że lekarze dla jednej sprawy często po kilka razy stawiać się muszą. Nareszcie jednak sprawa się załatwia, co czasami trwać może do wieczora. W razie żądania sąd za taką czynność płaci kilka rubli. Bardzo ważną jest ta okoliczność, że sąd rzadko na jednym biegłym poprzestaje, a wzywa po kilku. Toczy się obecnie sprawa o pobicie męża przez żonę. Mąż cierpi na oczy i cierpienie swoje do swego pobicia odnosi. Ażeby tę kwestyję rozstrzygnąć, wezwano aż trzech okulistów, t. j. profesora kliniki i ordynatorów dwu oddziałów specjalnych, a więc wszystkich ordynatorów oddziałów ocznych, jakie Warszawa posiada. Lekarze ci zostali obecnie do tej sprawy wezwani poraz czwarty i nie wiadomo, czy ostatni. Wogóle zaszczyt stawania przed sądem w charakterze biegłych najczęściej lekarzom szpitalnym przypada. Pomijając praktykę prywatną, łatwo pojąć, jakie niewygody sprawia stawiennictwo publicznym instytucyjom. Wizyta szpitalna tego dnia albo wcale odbyć się nie może, albo bardzo pośpiesznie i niedbale,

o ambulatoryjum nie ma i mowy. Kilkudziesięciu albo stu chorych zgłasza się do szpitala po to, żeby lekarza nie zastać. Nie jest to wcale rzeczą małą, jeżeli się do roku pewną liczbę razy powtarza.

Sądy muszą wzywać lekarzy i lekarze ten obowiązek spełniają chętnie; zdaje się wszakże, że można by go z łatwością mniej przykrym i dotkliwym uczynić. Nie o zapłatę idzie, tej większa część lekarzy z ochotą się zrzeknie; idzie tylko o to, aby sądy nie szafowały ponad potrzebę czasem tak drogim dla chorych, przedewszystkiem dla chorych szpitalnych. Stawiamy tu dwa skromne wymagania, które, zdaje się, są słuszne i z łatwością uwzględnione być mogą.

1. Wzywając lekarzy należy dokładnie oznaczyć godzinę, o której posiedzenie ma się rozpocząć. Sprawa, do której wezwano lekarza, a przedewszystkiem kilku lekarzy powinna być rozpatrywana przed innemi. W razie braku świadków sprawę należy natychmiast odroczyć, aby lekarze jeszcze parę godzin na ten sam rezultat nie czekali.

2. Sądy powinny, o ile można, ograniczać się na jednym biegłym, a chyba w razie wyjątkowo ważnej i zawiłej sprawy wezwać dwóch. Trzech biegłych, to już chyba zawsze na niepotrzebny zbytek zakrawa.

Berlin. W d. 1 Listopada r. b. w sali operacyjnej tutejszej kliniki chirurgicznej nastąpiło odsłonięcie biustu Dieffenbach'a (zmarłego w r. 1847). Mowę okolicznościową wygłosił obecny profesor kliniki chirurgicznej Bergmann. Dzienniki opowiadają jak nie wiele brakowało, aby Niemcy stracili przyszłego reformatora chirurgii niemieckiej. W r. 1822 powziął 26-letni młodzieniec zamiar udać się w charakterze lekarza do Grecji, gdzie toczył się zażarty i taką sympatyją w całej Europie wywołujący bój o niepodległość Hellenów. W tym celu udał się D. do Marsylii, aby tam wsiąść na okręt, któryby go z licznymi ochotnikami przewiózł do Pireus. Przybył jednak do Marsylii w kilka godzin po odbiciu okrętu i tym sposobem uniknął losu całej załogi, która zginęła w kilka dni wskutek rozbicia się okrętu.

— Wydział lekarski wojskowy przy ministeryjum wojny polecił, aby wszystkie szpitale wojskowe zaopatrzyły się w mikroskopy i inne pomocnicze narzędzia potrzebne do badania bakteryj.

Londyn. W d. 18 Października r. b. nastąpiło w Hempstead uroczyste przeniesienie zwłok Harvey'a z grobu rodzinnego, w którym spoczywał od r. 1657, do marmurowego sarkofagu w miejscowym kościele. Sama uroczystość i wystawienie sarkofagu odbyły się kosztem kolegium lekarzy, któremu Harvey zapisał ojeowski majątek Burmarsh (Kent).

Paryż. Rząd francuzki wysłał Brouardela, profesora medycyny sądowej w tutejszej szkole lekarskiej, celem badania epidemii trychinowej, jaka wybuchała w Emersleben (Saksonia). W miejscowości tej i okolicach (Deesdorf, Gröningen, Aken, Nienhagen) w ciągu 6 tygodni zachorowało do 400 osób, a z tych zmarło przeszło 30.

— Zmarł tu Depaul, profesor kliniki akuszeryjnej przy tutejszej szkole lekarskiej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 44. W. Jaworski. O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od 1879—1882.

— *Medycyna.* Nr. 44. Misiewicz. Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiej i pęcherza moczowego.

ODPOWIEDŹ

D-rowsi Mieczysławowi Zawadzkiemu w Węgrowie. Nadesłanej przez Szanownego kolegę pracy: „Odpowiedź na artykuł p. t. Orędzie do lekarzy wiejskich zamieszczony w Niwie“ drukować nie będziemy, gdyż Redakcyja poprzednio już postanowiła na to „Orędzie“ odpowiedzieć zupełnem milezeniem, a to z tej samej zasady, dla której „Echo muzyczne“ katarynek nie krytykuje.

Sprostowanie. W Nrze 44 Gaz. Lek. na str. 840 w wierszu 19 od góry zamiast „wypompowaniu“ powinno być „wpompowaniu“; str. 840 w 12 od dołu zamiast „0,0195%“ powinno być „0,0295%“ i zamiast „w stopniu“ powinno być „o stopniu“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою. Варшава 27 Октября 1883 г. Друк К. Ковалевskiego. Królewska Nr. 23.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—13

**W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ
SZPITALI WARSZAWSKICH**

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych poszukiwań, mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12—5

RÓŻNE KSIĄŻKI LEKARSKIE

po zmarłym lekarzu są do sprzedania. wiadomość w domu Nr. 43, ulica Marszałkowska a. na pierwszym piętrze, mieszkania Nr. 4, w godzinach od 10 do 1 rano.

3—2

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 złr. w. a.

0—8

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana.

0—3

ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE

MAGISTRA FARMACJI

LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

w Warszawie róg ulicy Marszałkowskiej i Królewskiej.

Apteka oprócz zwyczajnych środków zwanych oficynalnemi czyli objętymi farmakopeą, utrzymuje najnowsze środki lekarskie, wprowadzone w użycie i wypróbowane w klinikach zagranicznych, lub przez znakomitych lekarzy praktyków stosowane, jak na przykład:

Hydrargyrum formidatum D-ra Libreich'a, zalecany do wstrzykiwań podskórnych, działanie prędsze i pewniejsze aniżeli sublimatu, nie wzbudza ślinotoku, przyczem powroty są rzadsze i lżejsze (dawka 1/2 do 1 szpryki Pravatza 2 i 3 razy dziennie roztworu przysposobionego z Gr. 5 na 33. płynu).

Podophyllotoxinum, reguluje żołądek, wywołując wypróżnienie bez boleści (dawka 30 Kropli z wodą lub z winem roztworu przyrządzonego z Grj. Podophyllotolini w 3jj Spir. vini rectif).

Paraldehyd, o wiele pewniejszy i łagodniejszy środek od Chloralu (dawka 1/2 do 3j) Medycyna Nr. 36 (1883 r.).

Ergotinum dialisatum nie sprawia boleści i nie wywołuje ropni przy użyciu podskórnem.

Balsamum Gurionum ma lepsze działanie niż Balsamum Copaivae.

Kairyra opisana w Medycynie № 30, 1883 r.

Cortex Coto, Cotoinum i Paracotoinum, przeciw katarom żołądka i dyaryjom. **Cortex Mussenac** przeciw soliterowi—**Haselina** wyborny środek przeciw wypadaniu guzów hemoroidalnych, używa się jako wstrzykiwanie—**Natrum sulfovinicum** środek przeczyszczający, dawka 3j. na 3iv wody. **Papaina** działa lepiej niż **Pepsyna**. **Zea Mais**, przeciw katarom pęcherza jako napar. **Hba Grindeliae robustae**, przeciw astmie jako napar. **Traumaticinum**, środek wybornie tamujący krew.

Nadto **Extr. Rhus aromati**, **Extr. Viburni prunifolii**, **Kawa—Kawa—Natrum lacticum**, **Pancreatinum**, **Hydrargyrum peptonatum**, **Rad. Gelseminii**, **Ginseng**, **Hydrastis Canadense**, **Uranicum nitricum i t. d.**

Capsules taenifuges Kirn, przeciw soliterowi, doświadczony środek.

Ołówki migrenowe przeciw migrenie i newralgii.

Nadto Apteka poleca swoje wyroby:

Hemikraninum bardzo skuteczny przeciw migrenie, newralgii i bólowi zębów.

Narcodon niezawodny środek w bólach zębów spróchniałych.

Odontinum skuteczny w zapaleniach i bólach dziąseł.

Wodę leśną, która obok przyjemnego zapachu, posiada własności dezynfekcyjne i ozonizujące powietrze.

Ligueur de Goudron w chorobach piersiowych i pęcherzowych (dawka łyżeczka do pół szklanki wody oekrzonej kilka razy dziennie).

Wino Rabarbarowe i Rabarbarowo-Chinowe, Vin de Cocca, oraz **Vin de Bugeaud, Vin de Papaya.**

Tran Lofodzki, biały i żółty oraz z żelazem i jodkiem żelaza.

Globulae z Taniną, Jodoformem i t. p. na użytek ginekologiczny.

Capsulae Eucalipti globuli w kaszlu, cierpieniach astmatycznych i kataralnych płuc, 3 razy dziennie po 2.

Instytut wód mineralnych sztucznych.

Przyrządza wszystkie gatunki wód lekarskich w butelkach i syfonach podług najnowszych analiz chemicznych, w lecie przyjmuje abonament dla pijących wody gorące i zimne, każdodziennie od godziny 6-tej rano do 10-tej przed południem—sezon rozpoczyna się każdego roku od 15-go Maja i trwa do 15-go Września, przytem wyrabia wody takie jak:

Woda z Borocetrynianem Magnezyi i Wodę Litynową w chorobach pęcherza używane—wodę antihemoroidalną Dra Ewieka, oraz kąpiele mineralne: Toeplitz, Schlangenbad, Eger, Akwigrani t. d.

Główny Skład Wód mineralnych naturalnych

czerpanych ze źródeł krajowych i zagranicznych i 4-a transportami w ciągu roku stale zaopatrywane w najświeższe wody mineralne. Oprócz pospolicie znanych wód, z nowo wprowadzonych w użycie utrzymuje:

Montmirail (z Francji) w cierpieniach hemoroidalnych.

Cauterets (z Hiszpanii), w cierpieniach skórnych i **Tarasp** w cierpieniach wątrobianych oraz **Sallator** w cierpieniach pęcherza zalecany.

Skład Materyjałów Aptecznych

zaopatrzony zakład w najświeższe materyjały apteczne, chemikalia i artykuły używane w celach weterynaryjnych, agronomicznych i technicznych—przyjmuje obstalunki do Aptek i apteczek domowych, i takowe spiesznie załatwia, wysyłając na pocztę, koleje i do domów bez doliczania kosztów wysyłki do tychże.

Adres dla listów jak wyżej—dla telegramów: **Ziemiński Aptekarz w Warszawie.**