



№ 39.

Warszawa, d. 28 Września 1918.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘC-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2756.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszym zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż

„MOTOFER“

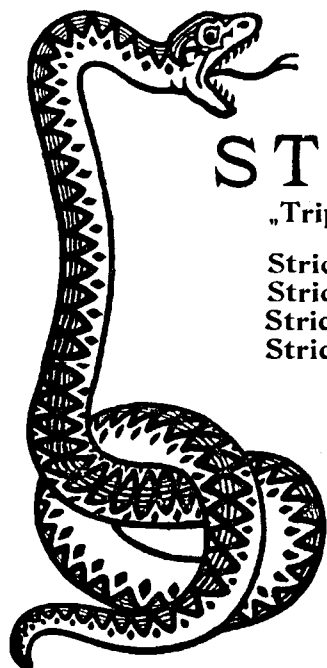
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. leka-
rzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



INIEKCJE STRYCHNINOWE

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

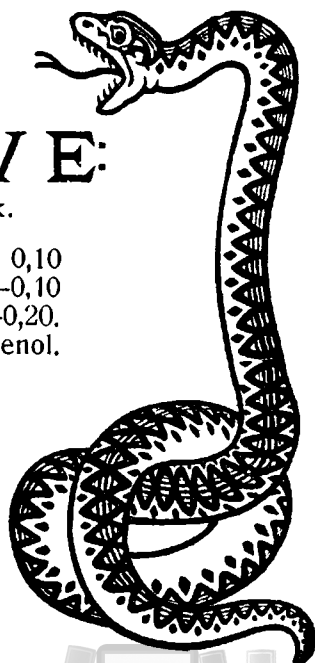
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwkrwotoczny z działaniem kojącem bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol. fluid.

Extr. Piscidia erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropel 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.

$\frac{1}{2}$ „ „ 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Foretol Capsulae. $\frac{1}{1}$ pud. zawiera 6 dawek.

$\frac{3}{2}$ „ „ 3 „

Żądać prospektów.

Magistrat miasta Dąbrowy Górniczej (Królestwo Polskie, ziemia Piotrkowska)
ogłasza niniejszem

konkurs na posadę lekarza szpitala miejskiego

z płacą miesięczną 640 koron, płatną od dnia 1-go października r. b. Podania, zaopatrzone w metrykę urodzenia, wykazującą wiek nie wyższy od lat 40-tu i dyplom lekarski, uprawniający do praktyki w kraju, nadsyłać należy do Magistratu m. Dąbrowy do dnia 7-go października r. b.

MAGISTRAT m. DĄBROWY.

Sapinol

z marką ochronną „Sosna“ aptekarza J. Bobakowskiego w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Choroby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reumatyzm, artretyzm.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

PAMIĘTNIK KLINICZNY

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

Tom II

z 27 rysunkami, 2 portretami w tekście i 1 tablicą

przygotował do druku A. LANDE, sekretarz posiedzeń klinicznych.

WARSZAWA, 1918. SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA.

CENA 6 MAREK.

T A B L I C A I.
O P Ł U C N A . W Y S I Ę K I G R U Ź L I C Z E .

№	Imię, wiek, rozpoznanie	Data	Ilość ctm. ³	Rivalta	N _D ¹⁾	Ciepota właściwy	Składniki stałe %	N ogólny %	N niebiałkowy %	Białko %	Chłorki %	
1	Ela L. l. 12	27/II 3/III	5 20 30	+	1.3441 1.3445 1.3443		6.04 6.14 6.08	0.697 0.678	0.067	3.94 3.82	0.67	
2	Genia S.	18/V 22/V	650 700	+	1.3441 1.3440 1.3440 1.3442		5.83 6.24 6.13	0.706	0.015 0.018	4.32 4.85 ²⁾	0.73 0.71	
3	S.	29/V	10 440	+	1.3440 1.3444	1020.2 1019.3	6.06 6.39		0.013	4.99 ²⁾	0.74	
4	Romek M.		8	+	1.3443			0.728	0.07	4.11	0.47	
5	Maniek W. l. 5			+	1.3443	1023.0	6.39	0.742	0.008	4.59	0.76	
6	Franio T. l. 7		10	+	1.3446			0.680	0.095	3.66	1.23	
7	Władek O. l. 4	14/IV			1.3446							N _D krwi 13/IV 1.3478 21/IV 1.3480
8	Seweryn S. l. 11		140	+	1.3448	1018		0.798	0.021	4.86	0.60	
9	Ignas B. l. 14	18/IV 19/IV	18 45	+	1.3449 1.3445		0.753 0.686	0.03 0.004		4.52 4.25	0.56 0.67	
10	Piotr N.	19/III	70	+	1.3449	1026.0		0.815	0.016	4.99	0.66	
11	Zdziś U. l. 6	28/XII 9/I 25/I			1.3450 1.3467 1.3469					(4.73) ³⁾		
12	Jan F.				1.3450							
13	Teodor T. l. 7				1.3450							
14	Roman B. l. 7	23/II 27/II	10 22 40 55 3 5	+	1.3450 1.3455 1.3456 1.3455 1.3450 1.3443	1023	6.38 6.55 6.34	0.672	0.014	4.11	0.64	N _D krwi 24/II 1.3500 waga 18.8 27/II 1.3496 " 19.45 3/III 1.3511 7/III 1.3509 10/III 1.3498 " 19.6
15	Michaś H. l. 9	3/V 8/V 22/V 30/V	220 5 ⁴⁾ 460 30 20	+	1.3451 1.3449 1.3451 1.3452 1.3451 1.3397 1.3450 1.3451 1.3457 1.3451	1022.5	6.40 6.37 6.89 6.58	0.792 0.762	0.016 0.014	4.85 4.68	0.71 0.62 0.69 0.75	

¹⁾ N_D oznacza wskaźnik refraktometryczny.

²⁾ Określone wagowo.

³⁾ Odsetki białka, ujęte w nawias, określono zapomocą metody Esbacha.

⁴⁾ Przez nakłucie pierwsze otrzymano tylko te kilka ctm.³; dopiero przekłucie powtórne dało całą ilość płynu.

*) Oznacza odsetek białka, obliczony z azotu ogólnego bez uwzględnienia azotu niebiałkowego.

TABLICA II.
OPŁUCNA. WYSIĘKI GRUŻLICZE.

N ^o	Imię, wiek rozpoznanie	Data	Ilość ctm.	Rivalta	N _D	Ciężar właściwy	Składniki stałe %	N ogólny %	N niebiałkowy %	Białko %	Chlorki %	
16	Staś P. l. 10	14/XI	kilka	+	1.3451						0.60	
		18/XI	380	+	1.3470	1023		0.938		5.9*	0.69	
17	Feluś J.	4/VII	15	+	1.3452		6.38					
		13/VII	10		1.3461							
			10	+	1.3456		7.04					
			30		1.3453		7.0					
18	Zosia K. l. 12				1.3453							
19	Staś S. l. 13	9/I	50		1.3457					(5.5)		
		23/I			1.3450							
20	Janinka K.		3.5	+	1.3460			0.665		4.1*	0.47	
21	Artur Z.		10	+	1.3463			0.942		5.9*	0.67	
22	Roman R.				1.3463							
23	Aleksander Z. tbc. pulm.	4/XI		+	1.3465	1022	7.30	0.899	0.011	5.55	0.59	5.XI. Hb. 72. C.c. 5.810,000 C.b. 8100 N _D surowicy 1.3502, składniki sta- łe krwi całk. 18.93
												14.XI. Hb. 86. C.c. 6.248,000 C.b. 6400 N _D surowicy 1.3509, składniki sta- łe krwi całk. 18.95
24	Walek Sz. l. 11	9/II	Kilka	+	1.3467		7.06				0.61	N _o krwi: Waga
		10/II	650	+	1.3459	1026.5	6.89	0.815	0.0245	4.94	0.64	11/II 1.3496 12/II 25.8 14/II 1.3504
		13/II	100		1.3455		6.62	0.697	ślady	4.36	0.59	20/II 1.3496
			70		1.3453	1023.4	6.65				0.64	24/II 1.3508
			240		1.3452	1023.4	6.47	0.627	ślady	3.92	0.64	27/II 1.3503
												3/III 1.3501
		15/II	80		1.3449	1023.3	6.38	0.692		4.33*	0.62	6/III 1.3502
			85		1.3449	1021.8					0.64	10/III 1.3504
			50		1.3449			0.728		4.55*	0.61	13/III 1.3509
		23/II	100		1.3452	1021.3		0.717	0.016	4.38	0.64	17/III 1.3501
												20/III 13512 20 III. 26.5
		7/III	30		1.3450		6.59	0.778		4.86*	0.56	
25	Kazia S. l. 9				1.3468							
26	Władzio M.		25	+	1.3468		7.11		0.025		0.70	
27	Roman W. l. 11		170	+	1.3469		7.32		ślady			
28	Zygmuś W.	27/III	100	+	1.3470							
		28/III			1.3460							
39	Wacław Ł.				1.3470							

T A B L I C A I I I .
W Y S I Ę K I R O P N E .

N ^o	Imię, wiek, rozpoznanie	Data	Ilość ctm. ³	Rivalta	N ^o	Cieężar właściwy	Składniki stałe %	N ogólny %	N niebiałkowy % ₀	Białko % ₀	Chłorki % ₀
30	Karol T. pleuritis pneumo- coccica				1.3439					(3.85)	
31	S. pleuritis pneumo- coccica		5		1.3453			0.625		3.9*	
32	Władzio A., l. 2 pleuritis staphylo- coccica		5	+	1.3467		7.06				

P R Z E S I Ę K I .

33	Feliks S., l. 6 adynamia cordis			—	1.3376					(0.7)		28/XII Hb. 90; c.c. 6.430.000; c.b. 17600. Nd surowicy 1.3468; składniki stałe krwi całkowitej 19.24
34	Józio W. tbc. pulm. et inte- stinorum. Hydro- thorax	4/XI		—	1.3368	1008	2.0	0.174	0.007	1.04	0.73	9/XI Hb. 51 c.c. 3.420.000; c.b. 4.200 Nd surowicy 1.3435; składniki stałe krwi całkowitej 13.1.
		11/XI	430	—	1.3363	1007		0.143		0.9*	0.67	
		17/XI	220	+	1.3384	1010	2.6	0.196		1.2*	0.70	22/XI Hb. 50; c.c. 3.500.000; c.b. 5000

W Y S I Ę K I .

35	Zygmus R. peritonitis tbc.				1.3470	1020				(3.5)	
----	-------------------------------	--	--	--	--------	------	--	--	--	-------	--

J A M A B R Z U S Z N A . P R Z E S I Ę K I .

35a	Mietek G. dysenteria, ascit.	2/X	2000	—	1.3352		1.26	0.035	0.009	0.16	1.30	płyn bezbarwny, opalizujący
36	Józio A., l. 12 cirrhosis hepatis cardio tbc.	17/XI		—	1.3366	1006				(0.58)		
37	Jaś M. trombophlebitis hepatis				1.3389	1011				(1.50)		
38	Henio P., l. 8 endo-et pericardi- tis	2/V	1000	—	1.3416	1013		0.498	0.004	3.09	0.64	
		16/V	1500	—	1.3404	1012		0.262	0.056	1.29	0.71	

S K Ó R Z A K .

39	Janinka Sz., l. 3½		kilka	+	1.3413			0.396	0.014	2.39	0.59	płyn mętnawy, jasnozielony; leu kocyty, limfocyty, nabłonki
----	--------------------	--	-------	---	--------	--	--	-------	-------	------	------	---

S T A W Y .

40	Leonard W., l. 13 gonitis tbc.		12	+	1.3458			0.763	ślady	4.77	0.64	mętny, zielonawy, jałowy, wyłą- cznie leukocyty wielojądrzaste
41	Genia B. gonitis kolano pr. kolano lewe			+	1.3473		7.7	0.756	ślady	4.73	0.73	mętny, zielonawy; bardzo duża ilość śluzu; w osadzie ciała jedno-i wielojądrzaste; jałowy
				+	1.3472		7.7				0.82	
42	Emma C. gonitis tbc.	12/V	5	+	1.3461		6.9					płyn przezroczysty; obfity skrzep; posiewy jałowe

TABLICA IV.
PŁYNY POŚMIERTNE.

Nr	Imię, wiek rozpoznanie	Po śmierci godzin	Ilość ctm. ³	Rivalta	N ₀	Cieężar właściwy	Składniki stałe	N ogólny %	N niebiałkowy %	Białko %	Chłorki %	
43	Staś Z. tbc. pul. z osierdzia	3	kilka	—	1.3361		1.5	0.092		0.58*	0.60	przezroczysty, bezbarwny
	z opłucnej			—	1.3381		2.6	0.221		1.38*	0.59	mętny, zielonkawy; kłaczk
44	Janka L. Inanities. Tbc. z osierdzia	4 1/2	10	—	1.3371		2.08				0.67	przezroczysty, żółtawy
45	Wacio S. Enterit. chr. Tbc. pulm. Anasarca z osierdzia	3 1/2	20	—	1.3378		2.3	0.162		1.015*	0.62	żółty, zlekka mętny
46	Jurek I. Rhachit. Bronchopneumon. z osierdzia	16	5	+	1.3401		3.86				0.62	zielonkawy, przezroczysty
	z otrzewnej		10	—	1.3392		3.66				0.56	jasno różowy, zlekka mętny
47	Maryan W. Tbc. z osierdzia	7 1/2	4,3	+	1.3425		4.63				0.67	zielonkawy, mętny
48	Jadzia K. l. 4 1/2 Tbc. pulmon. z osierdzia		20	—	1.3380		2.85	0.2212	0.0315	1.19		zielonkawy. Ilość białka wago- wa 1.27%
49	Henio W. l. 12 Spondylitis tbc. z osierdzia	17	10		1.3379					0.59*		
50	Fela J. Tbc. z osierdzia				1.3439 1.3439		5.12 5.15					płyn krwawy płyn zielonkawy
51	Mania D. z osierdzia	12	10	+			1.60					
52	Lodzia Rz. Dysenteria z osierdzia	7	5	+	1.3395	1007.8	3.01					
53	Moryc Z. Anaemia pseudo- leucaem. infant. tkanka podskórna opłucna otrzewna osierdzie	2	4 15 1000 15	— — — —	1.3352 1.3353 1.3355 1.3361		1.20 1.53 1.55 2.03	0.095	0.024	0.44	0.77 0.78 0.80	



DZESĄTYCH PIĘĆCIECIE LAT

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 28 września 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2756.

ZE SZPITALA IM. KAROLA I MARYI DLA DZIECI W WARSZAWIE. Z ODDZIAŁU D-RA WŁ. SZENAJCHA.

Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiękowych.

Podał

Karol Jonscher.

Badanie refraktometryczne płynów przesiękowych i wysiękowych jest bez porównania mniej rozpowszechnione, niż określanie wskaźnika refraktometrycznego surowicy krwi; w całym piśmiennictwie spotykamy też zaledwie kilka prac z tej dziedziny. Reiss (1) zbadał wszystkiego kilka płynów, Engel i Orszag (2) zajmowali się głównie stosunkiem wskaźnika refraktometrycznego (n_D) płynów surowiczych względem surowicy, Kreibich i Poland (3) badali wyłącznie zawartość pęcherzyków skórnych; Georgopoulos (4) podaje n_0 płynów przesiękowych u królików po zastrzyknięciu uranu. Olszernym i różnorodnym materiałem rozporządza tylko Engel (5), który zbadał 119 płynów różnego pochodzenia. Autor ten nie określał jednak jednocześnie innych własności badanych płynów; zestawienie takie wskaźnika refraktometrycznego zaledwie kilku płynów, z ich składem chemicznym znajdujemy tylko u Reissa. Praca niniejsza miała na celu wypełnienie tej luki z jednej strony, potwierdzenie badań dotychczasowych z drugiej.

Zestawiony przez nas materiał ma jednak w porównaniu z materiałem Engela tę wadę, że jest zbyt jednostronny—lwią część stanowią u nas wysięki gruzlicze oplucnej. Tłumaczy się to tem, że rozporządzaliśmy wyłącznie materiałem szpitala dziecięcego, gdzie np. płyny zastoinowe należą do rzadkości.

Dla wyrównania chociaż w części tego braku wciągnęliśmy również w zakres naszych badań płyny, otrzymane przez nakłucie dużych jam ciała w kilka lub kilkanaście godzin po zejściu śmiertelnem.

W sprawie metodyki badania nadmienię, że obfity skrzep który się stale wytwarza w wysiękach gruzliczych i który, gdy się raz wytworzy, uniemożliwia dalsze badanie, usuwaliśmy zapomocą przesączania płynu przez kilka warstw gazy. Przesącz taki zawiera płyn odwlókniony, cały włóknik zatrzymuje się na sączku. Ciężar właściwy określaliśmy początkowo zapomocą areometru, potem zapomocą wagi Westphala, która daje wyniki znacznie dokładniejsze. Składniki stałe płynów określałem w sposób zwykły: w dokładnie wysuszonych i zważonych cylinderkach z doszlifowanymi przykrywkami odważałem zwykle około 2,0 płynu i wysuszałem następnie nad kwasem siarczanym aż do ustalenia się wagi, t. j. aż do stwierdzenia nieznacznych tylko wahań czwartej dziesiątnej. Trwało to zwykle kilka dni do tygodnia. Chlorki określałem metodą kolorymetryczną przez miareczkowanie N/10 azotanem srebra. Azot ogólny—zapomocą metody Kjeldahla. Azot niebiałkowy tą samą metodą po uprzednim odbiałczeniu płynu przez dodanie kwasu trójchloroctowego (20% roztworu aa). Przesącz był stale przezroczysty, próby na obecność

ciał białkowych wypadły ujemnie. Ten sposób odbiałczania jest bez porównania prostszy i szybszy od odbiałczania płynu przez wlewanie do wrzącej wody, zakwaszonej kwasem octowym (z dodatkiem soli kuchennej). Cała trudność tej ostatniej metody polega na należytem zakwaszeniu wody; w razie dodania chociażby nieznacznego nadmiaru kwasu wytwarzają się rozpuszczalne acidalbuminy, które przechodzą do przesączu; przy zbyt małej ilości kwasu strącają się nie wszystkie ciała białkowe, przesącz należy wtedy zakwasić ponownie, gotować, sączyć i t. d. Sposobu tego używałem jednak dla strącania białka w celu określenia jego ilości wagowo. Zawartość sączka przemywałem alkoholem i eterem, następnie podsuszałem w suszarce (90—100°C.), wreszcie przechowywałem nad kwasem siarczanym, aż do ustalenia się wagi. Po tem wysuszeniu określałem jeszcze ilość popiołu, uwzględniając tę wartość w obliczaniu odsetka białka.

Co się tyczy odczynu Rivalta'y, to przypominę, że autor ten używa 2 kropli kwasu octowego lodowego na 100 ctm.³ wody; bezwzględnie ściśle przestrzeganie tego przepisu jest jednak zbyt trudne. Przez czas jakiś również stosowałem odczyn Morelli'ego (6), który wykonywa się w następujący sposób: cylinder napelniamy nasyconym wodnym roztworem sublimatu, następnie nawarstwiamy ostrożnie kilka kropli badanego płynu—wytwarza się wtedy pierścień, składający się z białkanu rtęci. Jeżeli badany płyn jest wysiękiem, wtedy pierścień ten pozostaje na miejscu, lub też opada na dno w całości—odczyn dodatni. Jeżeli mamy do czynienia z przesiękiem, wtedy pierścień rozpada się szybko i na dno opadają pojedyncze kłaczkiki. Wyniki, które otrzymywałem stosując tę metodę, były jednak bardzo niejednolite i nie zachęcające — zarzuciłem też wkrótce dalsze próby w tym kierunku.

Wyniki tych badań ułożyłem w załączonych tablicach; w poszczególnych grupach płyny rozmieściłem podług wielkości n_0 .

Odczyn Rivalta'y. Sądzę, że mało mamy odczynów, któreby dawały wyniki równie pewne. Ujemny wynik odczynu przemawia z bezwzględną pewnością za tem, że badany płyn jest przesiękiem, wynik dodatni wskazuje na istnienie stanu zapalnego. We wszystkich bez wyjątku badanych przez nas przypadkach wynik tego odczynu zgadzał się z przebiegiem klinicznym danego przypadku, względnie z całokształtem badań danego płynu. Omówienia wymaga tylko przypadek № 34;

z płynem z d. 11. XI. odczyn wypadł ujemnie, natomiast z płynem z d. 17. XI. otrzymaliśmy wynik dodatni. Pozorna ta sprzeczność tłumaczy się tem, że w czasie, który upłynął pomiędzy temi dwoma nakłuciami, wytworzyć się musiał stan zapalny opłucnej; za tem przemawia również stwierdzenie pewnego zgęszczenia płynu drugiego w porównaniu z płynem pierwszym, podczas gdy zwykle, jak to poniżej jeszcze omówimy, rzecz się ma odwrotnie—płyn, otrzymany przez nakłucie powtórne, jest mniej stężony od płynu pierwotnego. Płyn więc z d. 17. XI. należy już zakwalifikować jako wysięk, pomimo że ciężar właściwy, składniki stałe oraz odsetek białka wykazywały jeszcze wartości, spotykane zwykle w przesiękach. Dodatni wynik odczynu Rivalta'y byłby tu więc bardzo wczesnym objawem zapalnym. Podobne spostrzeżenie podaje już Janowski (7): płyn z jamy brzusznej, Rivalta+, przy zaledwie 1,5% białka oraz ciężarze wł. 1012; *diagnosis peritonitis tbc.* I odwrotnie, ujemny odczyn Rivalta'y nawet w bardzo stężonym płynie wskazuje, że mamy do czynienia z przesiękiem; miało to miejsce w przyp. 38 — płyn z d. 2. V. zawierał z górą 3% białka; w jednym przypadku Janowskiego c. wł. płynu = 1021; zawartość białka dochodziła aż do 4%, tymczasem odczyn ten wypadł ujemnie zgodnie z przebiegiem klinicznym.

Możemy też razem z Janowskim zalecić stałe stosowanie tego odczynu dla odróżniania w razach wątpliwych wysięków od przesięków; tembardziej, że wykonanie jest bardzo proste i nie wymaga żadnych specjalnych przyrządów. Należy tylko zwracać uwagę na to, by wynik dodatni stwierdzić tylko w razie zjawienia się wyraźnego białego obłoczka po wkropleniu badanego płynu do wody zakwaszonej; kropla przesięku jest bowiem przez czas pewien również widoczna w tej zakwaszonej wodzie, gdyż różni się od niej zabarwieniem — nie należy jednak wtedy mówić o wyniku dodatnim.

Janowski poprzestaje na stwierdzeniu większego znaczenia, jakie ma odczyn Rivalta'y w porównaniu z określaniem ciężaru właściwego, względnie odsetka białka, dla rozpoznania różniczkowego wysięków i przesięków; nie wskazuje jednak wcale przyczyny tego spostrzeżenia. Otóż zasadnicza różnica pomiędzy temi własnościami płynów polega na tem, że przy próbie Rivalta'y stwierdzamy różnicę jakościową w składzie chemicznym wysięku i przesięku, zupełnie jak przy badaniu wzoru cytologicznego, podczas gdy określenie c. wł.

oraz odsetka białka wykazuje wyłącznie tylko różnicę ilościową, czyli różne stężenie (*concentratio*) tych płynów, które podlegają, jak to zobaczymy, wpływowi czynników bardzo różnorodnych. Dlatego też określanie w jakikolwiek sposób wartości tak zmiennej, jaką jest stężenie wysięku i przesieku, musi mieć mniejsze znaczenie od odczynu Rivalta'y dla różniczkowania tych płynów.

Słów kilka jeszcze o odczynie Rivalta'y w płynach, zebranych już po zejściu śmiertelnym. Janowski otrzymywał w takich razach stale wynik ujemny. W naszym zestawieniu znajdujemy 4 wyniki dodatnie z płynami z osierdzia, które też dlatego uważać należy za płyny zapalne. Za tem przemawia również wysoki n oraz znaczny odsetek składników stałych w tych płynach w porównaniu z innymi danymi tej tablicy. Zaznaczyć należy małą ilość płynu w osierdziu w tych przypadkach oraz brak zupełny odpowiednich objawów klinicznych.

Ilość chlorków wahała się stale około 0,60%; w razie przekłuć kilkakrotnych u jednego i tego samego chorego zwiększała się ona zwykle nieznacznie (przyp. № 9, 15 i 16); czasami jednak, jak np. w przyp. 2 i 24 pozostawała bez zmiany. W przypadku 2 przyczyną tego było prawdopodobnie utrzymywanie dziecka na dyecie bez soli od dn. 20. V.

Azot niebiałkowy. Średnia z 21 określeń w wysiękach gruźliczych opłucnej wynosiła 0,028%; jest to więc odsetek identyczny z podanym przez Rzętkowskiego (8) na podstawie 6 określeń (0,0251%). Zaznaczyć tylko należy, że w naszych przypadkach odsetek ten podlegał znacznie większym wahaniom (od śladów do 0,095), niż w materiale Rzętkowskiego (0,021 — 0,032). W dwóch przypadkach, w których nakłucie powtórne wykonano wkrótce po pierwszym, ilość azotu niebiałkowego w płynie obniżyła się znacznie; w przypadku 9 ilość N. niebiałkowego dn. 18. IV. — 0,03%, dn. 19. IV. — 0,004%; w przyp. 24 dn. 10. II. — 0,0245; dn. 13. II. zaledwie ślady. Natomiast u Geni S. i Michasia H. (przyp. 2 i 15), gdzie pomiędzy nakłuciami upłynęło 4 wzgl. 5 dni ilość azotu niebiałkowego była w obu płynach jednokowa. W przyp. 24, w którym płyn drugi zawierał tylko ślady azotu niebiałkowego, płyn, otrzymany przez nakłucie trzecie (dopiero w 8 dni po przekłuciu poprzednim) wykazywał już wartości znacznie wyższe (0,016% N. niebiałkowego).

Nasuwa się tu przypuszczenie, że pewna ilość azotu niebiałkowego w płynach wysię-

kowych nie pochodzi bezpośrednio z krwi, a wytwarza się dopiero w samej opłucnej wskutek działania zaczynów proteolitycznych bądź bakteryjnych, bądź też wydzielonych przez leukocyty. Potwierdzało by się to przypuszczenie w przypadku Eli (N. 1), w którym płyn wysiękowy zawierał bardzo dużo ciałek ropnych, a ilość azotu niebiałkowego była jedną z najwyższych w naszym zestawieniu. Ciekawem jest również, że w obu przypadkach wysięku w stawach, które badałem w tym kierunku, stwierdziłem tylko minimalne ślady azotu niebiałkowego (NB. pomimo dość dużej ilości ciałek ropnych).

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia ciężaru właściwego, składników stałych, odsetka białka oraz n_D , t. j. danych, które są wyrazem stężenia (*concentratio*) płynów. Omówimy je naprzód oddzielnie, następnie ich wzajemny stosunek, wreszcie warunki, które wpływają na stopień stężenia płynów wysiękowych i przesiekowych.

Azot ogólny 24 badanych przez nas wysięków gruźliczych wahał się w granicach od 0,627% do 0,942%, średnio wynosił 0,750%; najniższy otrzymany odsetek białka 3,66, najwyższy 5,9, średni 4,55%. Podaję tu oddzielnie cyfry dla azotu ogólnego i białka, gdyż dane te nie odpowiadają sobie w zupełności. W obliczaniu należy zawsze uwzględnić azot niebiałkowy. Tak np. najniższej cyfrze azotu ogólnego 0,627 odpowiadało 3,92% białka, podczas gdy przy 0,680% N. og. ilość białka tylko 3,66%, gdyż w przyp. pierwszym ilość azotu niebiałkowego była bardzo mała (ślady), natomiast w przyp. drugim wyjątkowo duża 0,095%.

W porównaniu z danymi Rzętkowskiego nasza średnia cyfra dla N. ogólnego jest nieco niższa; u Rz. — 0,846%, u nas 0,750; różnica wynosi więc około 0,5% białka. N. ogólny wykazuje w naszym zestawieniu nieco większe wahanie, niż u Rzętkowskiego (0,756 — 0,944).

Runeberg (9) podaje cyfry jeszcze wyższe od Rzętkowskiego; wahania odsetka białka od 4,78 — 6,04; wartość przeciętna 5,32.

Engel znajdował znowu wartości niższe, bardzo zbliżone do naszych; podług niego średnia zawartość białka w wysiękach opłucnej wynosi 4,89%.

Zawartość białka w przesiekach jest zwykle znacznie mniejsza, niż w wysiękach. Odsetek N. ogólnego w przesiekach do osierdzia (*post mortem*) wynosił 0,092%, 0,162 i

0.221, co odpowiada mniej więcej 0.58 ¹⁾, 1.015 ¹⁾ i 1.19% białka. Przesiek z opłucnej w przyp. 34 posiadał przy trzykrotnem badaniu prawie identyczną zawartość białka.

Płyn z otrzewnej w przyp. 38 (dn. 2. V. 3.09% białka) wykazuje, że istnieć mogą przesieki, zawierające odsetek białka, uważany zwykle już, jako charakterystyczny dla wysięku. O podobnych przypadkach oraz o niemożności różniczkowania na tej zasadzie wysięków i przesieków mówiłem już wyżej.

Podając dotychczas odsetki białka z własnego materiału, przytaczałem zawsze dane, obliczone z azotu ogólnego po uprzednim odliczeniu azotu niebiałkowego. Pozatem w kilku przypadkach określiłem ilość białka wagowo wyżej już opisanym sposobem; przytoczę tutaj dane z trzech przypadków, w których wykonałem badanie równoległe.

podług Kjeldahl'a	1,19	4,32	4,85
wagowo	1,27	4,60	5,15
różnica	0,08	0,28	0,30

Zestawienie to wykazuje, co zresztą już znajdowali prawie wszyscy autorzy, że metoda wagowa daje naogół wartości wyższe od metody Kjeldahla.

Dodam wreszcie, iż Reuss (10) podał formułkę, która umożliwia określenie odsetka białka na podstawie ciężaru właściwego danego płynu: alb. (‰) = $\frac{3}{8}$ (c. wł.—1000). Naturalnie, że określenie podobne nie może zawsze być ścisłe, czasami jednak daje wartości bardzo zbliżone do otrzymanych przez badanie bezpośrednie. Tak np. w przyp. 23 płyn o ciężarze wł. 1022 zawierać powinien podług tej formułki 5,55‰. Określenie podług Kjeldahla wykazało wartość identyczną 5,55‰.

(C. d. n.).

O durze wysypkowym u dzieci, oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu.

Podat

Kazimierz Zieliński,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego, lekarz zarządzający szpitalem dla zakaźnych przy ul. Brzeskiej 11 (Św. Wojciecha).

(Dokończenie—patrz № 37).

Śledzimy w większości przypadków nie wyczuwa się, jakkolwiek bądź częściej się ona wyczuć daje u dzieci, niż u dorosłych, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby.

Białkomocz występuje w cięższych postaciach dosyć często; znika wraz ze spadkiem ciepłoty. Zaledwie w jednym ciężkim przypadku u 10-ioletniego chłopca widziałem jednocześnie z obfitą wysypką peteciową, miejscami zupełnie ciemną, jak w najcięższych postaciach tyfusu wysypkowego u dorosłych, obfity krwimocz z dużą ilością białka, wałeczkami ziarnistymi i t. d. Przypadek ten początkowo miałem za stracony, bo jednocześnie przebiegał on z wysoką ciepłotą i zajęciem płuc. W miarę zbliżania się choroby ku końcowi, po dokonaniu nakłucia lędźwiowego z zastrzyknięciem płynu mózgowodzeniowego w dziewiątym dniu choroby, nastąpiło stopniowe prześwietlanie się moczu, a jednocześnie ze spadkiem ciepłoty znikło w nim nawet białko. Działoreakcja przeważnie ujemna, albo słabo dodatnia, ma znaczenie w rozpoznaniu różniczkowym, gdy chodzi o

dur brzuszny, zarówno jak i o odrę. W tej ostatniej, jak to wykazał Roszkowski ¹⁾, odczyn dwuazowy bywa również wybitny, jak i w tyfusie brzuszny.

Odczyny serologiczne krwi również mają znaczenie w różniczkowaniu z drem brzuszny. Odczyn Gruber-Widala stale bywa ujemny, gdy Weil-Felix'a od 6 dnia choroby aż do czasu zdrowienia przeważnie bywa dodatni.

Objawy nerwowo-oponowe u dzieci zjawiają się względnie rzadko. Na całą obserwowaną przezemnie liczbę dzieci widzieliśmy zaledwie 10 tego rodzaju przypadków. Obok zupełnej utraty przytomności we wszystkich tych przypadkach, w dwóch mieliśmy drgawki na początku i w przebiegu choroby; pozatem w innych była nierówność źrenic, rozszerzenie źrenic, objawy Kerniga i Brudzińskiego, w jednym przypadku, zakończonym wyzdrowieniem, spostrzegaliśmy zez rozbieżny, kilka dni trwający.

Nie widywałem u dzieci wcale takich powikłań, jakie bardzo często zjawiają się u

¹⁾ W tych dwóch przyp. ilość białka jest nieścisła, gdyż nie określono tutaj ilości azotu niebiałkowego.

¹⁾ „O objawach, towarzyszących wczesnemu rozpoznawaniu odrę”. Księga Pamiątkowa XI Zjazdu Lekarzy Polskich w Krakowie. 1911, str. 519.

dorosłych, jak np. odleżyny, zapalenia gruczołów przyusznych, zapalenia ucha środkowego. To ostatnie widziałem zaledwie w jednym przypadku.

Rozpoznanie wogóle nie jest trudne w czasie trwania epidemii. Dłuższe stany gorączkowe u dzieci są w tym kierunku podejrzane, należy obserwować dokładnie i szukać zawsze wysypki, która bądź co bądź, jakśmy to już powiedzieli, jest objawem najstalszym. Objaw opaskowy¹⁾ rozstrzygnąć wątpliwości nie jest w stanie. Niejednokrotnie u chorych na tyfus wysypkowy dzieci, zarówno jak i u dorosłych, którym w domu stawiano bańki suche na plecach i łędźwiach, na miejscach zasinionych po bańkach udawało mi się dostrzedz ciemniejsze punkciki, odpowiadające miejscu przyszłej wysypki petociowej — lub wybroczynom na przedramionach przy objawie opaskowym. Tam, gdzie tyfusu wysypkowego nie było, obraz zasinień po bańkach był odmienny. Zamiast nakładania bolesnych opasek, z jednakowym skutkiem w tym samym celu można byłoby posługiwać się suchymi bańkami. Wystąpienie ciemnych punktów na sińcach po bańkach mogłoby przemawiać za tyfusem wysypkowym.

Kilkodniowe gorączki bez wysypki zarówno u dzieci, jak i tembardziej jeszcze u dorosłych, bałbym się zaliczać zawsze do poronnych postaci tyfusu wysypkowego. Miałem dwa tego rodzaju przypadki u dzieci, które, ze względu na obecność współczesną tyfusu w rodzinie, bezwzględnie zaliczyłem do tyfusu wysypkowego. Po wypisie tych dzieci ze szpitala w siedem dni po spadku ciepłoty, w kilka tygodni później przywieziono mi je tym razem już z typowym tyfusem wysypkowym o dosyć długim przebiegu z wybitną wysypką. Należałoby tedy przypuścić, że przypadki powyższe podczas pierwszej gorączki nie były tyfusem poronnym, albo też, że tego rodzaju tyfusy poronne nie chronią od zachorowań powtórnych. Wogóle z rozpoznaniem tyfusu wysypkowego „*sine exanthemate*” trzeba być ostrożnym.

Rozpoznanie różniczkowe co do odry bardzo rzadko napotyka na trudności: brak tutaj jest plamek Koplika, swoistego dla odry (pstrego) nieżyty gardzieli, łącznic, nosa. Spotykane b. rzadko u dzieci w ciężkich przypadkach nastrzyknięcie łącznic ma zupełnie odmienny w tyfusie charakter. Niema tutaj ani łzawień nadmier-

nych, ani światłowstrętu. Można mieć czasami przy jednym badaniu pewne wątpliwości co do rozpoznania różniczkowego pomiędzy tyfusami i odrą, gdy się jednak rozważy cały przebieg choroby, to zawsze da się ustalić właściwe rozpoznanie.

O wiele łatwiej można pomylić się i rozpoznać tyfus plamisty tam, gdzie jest tyfus brzuszny lub jego odmiany i odwrotnie. I tu i tam początek u dzieci może być ściśle określonym i nagłym, a zakończenie powolnym. Rozwolnienia może nie być i w tyfusie brzuszny, natomiast są przypadki duru plamistego u dzieci, przebiegające z rozwolnieniem, wzdęciem brzucha i t. d. Wysypkę i tu i tam, zwłaszcza na skórze, źle pielęgnowanej, łatwo przeoczyć można. W wątpliwych przypadkach w tych razach tylko dokładne porównawcze próby serologiczne Widala i Weila-Felixa i to kilkakrotnie wykonywane, obliczanie białych ciałek krwi (leukopenia w tyfusie brzuszny), oraz czyn dwuazowy w moczu ustalić rozpoznanie to mogą. W niektórych jednak razach i najściślej wszystkie te badania wątpliwości rozstrzygnąć nie są w stanie.

Rokowanie jest bardzo dobre, umierają bowiem tylko dzieci chore jednocześnie na inne choroby, jak w naszym przypadku, stwierdzonym sekcyjnie, na gruźlicę płuc i gruczołów oskrzelowych. W opisywanych dawniej epidemiach śmiertelność u dzieci była większa.

Według Wyssa: od 0 do 5 lat wynosiła ona 12,5%, od 5 do 10 lat... 7,11% i od 10 do 15 lat 4,4% (na Górnym Szlaku i w Irlandyi). Według Bebsego 7,5%. Natomiast Passauer w Prusach przed 10 rokiem u dzieci nie widywał ani jednej śmierci. W epidemii Wroclawskiej w r. 1871 ani jeden chory, mający mniej niż 15 lat, nie umarł. Rozwój gruźlicy u dzieci, które przeszły tyfus wysypkowy, w kilka miesięcy po wypisie ze szpitala stwierdziłem osobiście w dwóch przypadkach. Sądzę, że takie przypadki zdarzają się częściej. U dorosłych zanotowałem znacznie większą liczbę tego rodzaju przypadków.

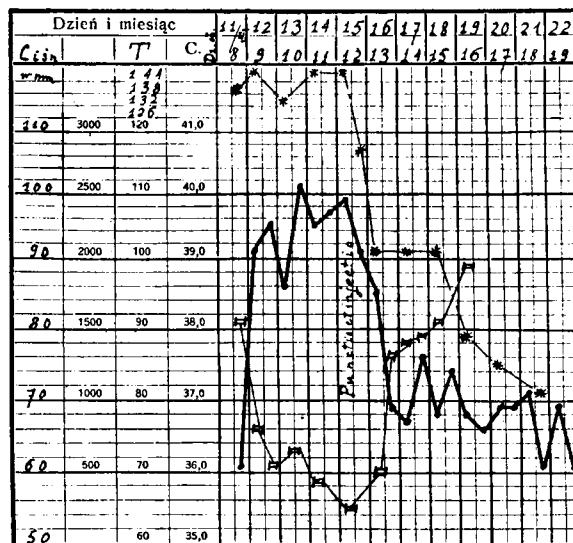
Co się tyczy leczenia, to naogół stosowaliśmy przyjętą u nas terapię: dyeta lekka, obfite podawanie wody, mleka, w razie hyperpyrekksji obmywania wodą ze spirytusem, z lekarstw zaś tylko małe dawki kamfory z będzwinianem sodu. Próbowałem, wobec lekkiego przebiegu choroby w przeważnej części przypadków, nie dawać wcale kamfory i przeprowadziłem w ten sposób tyfus w sześciu przypadkach u dzieci. Miałem stanowczo

¹⁾ Patrz St. Sterling Gaz. Lek. № 41, 1915 r. i Kaz. Tyszką Gaz. Lek. № 23 (49) 1916 r.

to wrażenie, że tyfus przebiegał u nich ciężiej, wikał się przytem nieżytem oskrzeli.

Oczywiście n a k ł u c i e l ę d ż w i o w e z zastrzykiwaniem płynu mózgowordzeniowego, które stosowaliśmy tylko w ciężkich przypadkach u dorosłych, wobec małej liczby tych ciężkich przypadków u dzieci znalazło względnie małe zastosowanie. Tam jednakże, gdzie zaszła tego potrzeba, dało ono wyniki bardzo dobre. Wypuszczano najwyżej 10 ctm. płynu, z czego zastrzykiwano do 2 ctm. Ciężkość po tym zabiegu sztytka spadała, przytomność dzieci wracała w 24 godzin po zabiegu; tętno się poprawiało, ciśnienie krwi dotąd niskie, dość szybko się podnosiło. Na 16 dokonanych nakłuć lędźwiowych u dzieci, tylko w dwóch trzeba było dokonać reiniekcji tego płynu. W jednym tylko przypadku ¹⁾, powikłanym gruźlicą opon i gruczołów oskrzelowych, stwierdzoną sekcyjnie, nastąpiła śmierć po uprzednim kilkodniowym polepszeniu. Przebieg choroby znacznie się skracał w porównaniu z takiego rodzaju przypadkami, spostrzeganymi dawniej i leczonymi bez nakłucia lędźwiowego. ²⁾ Metoda ta daje wyniki bardzo dobre przy objawach oponowych pochodzenia tyfusowego lub wogóle niegruźliczego, gdy w zaawansowanej gruźlicy opon mózgowych jest bezsilna, jakkolwiek bądź i tu może powodować chwilowe, nieraz kilkodniowe polepszenie. Kowalski W. ³⁾ widział u dorosłych po tym zabiegu w gruźlicy opon dwa dłuższe polepszenia równe wyzdrowieniu. Dla zobrazowania zabiegu tego załączam tutaj jedną z krzywych ciepłoty, tętna i ciśnienia, dotyczącą chorej Chany H., lat 11 mającej, która przybyła do szpitala w dn. 11.XII. r. z. w 8-ym dniu choroby, w stanie nieprzytomnym, z tętnem 148 na minutę, ciepłotą ciała do 40° dochodzącą. Stan ten stopniowo się pogarszał, chora przelykania płynów zaprzestała. W dniu 12-ym choroby wystąpiła wybitna sinica twarzy, ciśnienie spadło do 55 mm., tętno zmalało, zjawiała się senność i nastrzyknięcie łącznie. W dniu tym (15.XII. 1917 r.) dokonałem nakłucia lędźwiowego: wypuściłem 10 ctm. płynu mózgowordzeniowego, zupełnie przezroczystego; za-

strzyknięto z tego 2 ctm. pod skórę. Wieczorem stan nieco lepszy, przytomności jednak brak jeszcze. Na drugi dzień chora oprzytomniała i szybko potem poprawiać się zaczęła.



— Ciepłota ciała. *—* Tętno. [] [] Ciśnienie w mm.

Jak widzimy z tego pobieżnego rysu choroby, tyfus plamisty u dzieci należy do chorób lekkich—niemal zupełnie niewinnych. Załedwie w kilku procentach przebiega on z cięższymi objawami oponowymi lub ze strony płuc (zapalenia zrazowe, bądź to zrazikowe). W większości przypadków dzieci trudno utrzymać w łóżku; bez wyjątku wszystkie one piją, łaknienia nie tracą, w nocy przeważnie śpią dobrze, rzadko kiedy mającą, rzadko grymaszą. Zdrowienie odbywa się u dzieci nadzwyczaj szybko.

Pozornie zdawać by się mogło, że pochlaniająca setki tysięcy walka z tyfusem wysypkowym, dla dzieci jest zbędna. W rzeczywistości jednakże ma ona dla dzieci, również jak i dla dorosłych, znaczenie wielkie, dla wielu bowiem dzieci, wyrwanych nędzy, jest ona zbawieniem, bo chroni je od gruźlicy, charłactwa i t. d. W szpitalnictwie naszym zamało tylko jest uwzględniany czas zdrowienia chorych po przebytej chorobie. Brak zakładów dla ozdrowieńców zarówno dorosłych, jak i dzieci. Ozdrowieńcy po tyfusie wysypkowym przedewszystkiem stają się pastwą gruźlicy. W kierunku zapobieżenia temu powinny iść nasze usiłowania. Dłuższy wypoczynek po chorobie, lepsze i obfite odżywianie ozdrowieńców i wogóle wszystkich chorych szpitalnych zdziałałoby daleko więcej, niż to, co się czyni dzisiaj.

Na zakończenie chciałbym jeszcze powie-

¹⁾ № 11 Tablicy w pracy: O stosowaniu płynu mózgowordzeniowego w leczeniu tyfusu wysypkowego. Gazeta Lekarska № 47 z r. 1917.

²⁾ Patrz przypadek XIX, przytoczony w pracy mej: Przyczynek do badania nad tyfusem wysypkowym u dzieci. Przegląd Pedyatryczny. T. VII. 1917 r.

³⁾ Patrz protokół posiedzenia Tow. Lek. Warsz. z d. 6. XI. 1917 r. Pam. Tow. Lek. T. CXIII. Zesz. IV.

dzieć słów kilka o wpływie zarazka tyfusowego na życie płodu, to jest o zachowaniu się ciąży u kobiet, dotkniętych tyfuszem wysypkowym. Przedewszystkiem stwierdzić trzeba, że kobiety w ciąży będące, dosyć często na tyfus wysypkowy zapadają, na ogólną bowiem liczbę 545 chorych kobiet, od 20 do 45 lat mających, w okresie sprawozdawczym, odnalazłem zanotowanych w kartach szpitalnych dwadzieścia pięć ciąży. W rzeczywistości więc musiało być tych ciąży jeszcze więcej. Z tej liczby było 10 w pierwszych miesiącach ciąży, 13 mniej więcej w połowie i po połowie ciąży oraz dwie w dziewiątym miesiącu ciąży. Z pierwszej liczby poroniło wszystkie 10 kobiet. Dwie z nich wymagały specjalnej pomocy akuszerskiej z powodu krwotoku; u jednej resztki łożyska trzeba było usunąć łyżeczką (dr Zakrzewski Zygmunt i Hagmajer). W niektórych przypadkach jaje płodowe odchodziło całe bez krwotoku: wprost idealne poronienie. Z 13 następnych przypadków po połowie ciąży poronienie nastąpiło tylko w pięciu, w jednym poprzedzone większym krwotokiem. Reszta wypisała się zdrowa po przeszło tygodniowym pobycie w szpitalu w czasie rekonwalescencji. W dwóch ostatnich przypadkach ciąży w 9-ym miesiącu 9 dnia choroby nastąpił poród. W jednym przypadku ¹⁾ u pierwiastki bez komplikacji, w drugim przypadku u chorej S. 26-letniej, również pierwiastki, w kwietniu r. b., była *placenta creta* z obfitym krwotokiem, z następstwami drgawkami, kilkakrotnie się powtarzającymi, z absolutną

utrata przytomności. W obu przypadkach po nakłuciu lędźwiowym i iniekcji podskórnej płynu mózgowo-rdzeniowego, w pierwszym przypadku na dzień przed porodem i na drugi dzień po porodzie w drugim, nastąpiło szybkie zdrowienie. Dzieci przybyte na świat pozostały zdrowe i rozwijają się normalnie, obecnie również są zdrowe. Ani podniesienia się ciepłoty, ani też wysypki u noworodków dostrzedz nie mogłem. Trenkner ¹⁾ spostrzegł w Łodzi jeden przypadek porodu u chorej na tyfus wysypkowy. U dziecka tej chorej w kilka dni po porodzie widział charakterystyczną wysypkę wraz z wzniesieniem się ciepłoty ciała. Matka i dziecko wyzdrowiały.

Można z tego wywnioskować, że jad tyfusowy przeważnie jest zabójczy dla płodu w pierwszych miesiącach życia płodowego, że płody po połowie ciąży, w przypadkach nawet średniego natężenia, opierają się w przeważającej liczbie tych przypadków działaniu zarazka tyfusowego i że wreszcie w końcu ciąży stają się jeszcze mniej wrażliwe na jad tyfusowy i noworodki wychodzą z tej afery zupełnie cało. Kobiety ciężarne znoszą tyfus wysypkowy, w przeciwieństwie do ospy i szkarlatyny, dobrze. Żadna z kobiet ciężarnych chorych na tyfus wysypkowy, w szpitalu naszym nie zmarła. Wszystkie poronienia odbyły się bez szkody dla chorych matek.

List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.

Szanowny Kolego Redaktorze!

Z powodu wydanego świeżo odczytu klinicznego kol. M. Michałowicza pod tytułem: „Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla odżywiania niemowląt w świetle badań współczesnych“, pozwalam sobie na parę uwag, które mi się nasręczają.

Już 25/X 1902 roku na posiedzeniu Sekcji biologicznej W. Tow. Higienicznego zdawałem sprawę z najnowszych odkryć na polu biologii mleka („Kilka słów o najnowszych zdobyczach na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt“. Zdrowie Nr. 3, 1903 r.)

W d. 8 Marca 1904 roku na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Higienicznego („Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze od-

krycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt?“ — Czasopismo Lek. Nr. 7, 1904 roku) proponowałem zakładanie „obór wzorowych“ pod ścisłą kontrolą lekarzy i weterynarzy będących, aby chociaż w części poprawić niemowlętom przez możliwość podawania im mleka surowego, o ile zostały one skazane na żywienie sztuczne, warunki ich rozwoju i życia.

Zaznaczyłem przytem, że sterylizację lub pasteryzację mleka uważać musimy tylko za zło konieczne, dopóki jakichś radykalnych zmian w tym kierunku w żywieniu sztucznym nie zaprowadzimy.

Wreszcie w odczycie na posiedzeniu Sekcji biologicznej T. H. Warszawskiego („O żywieniu niemowląt surowym mlekiem kozim“. Zdrowie 1906, Nr. 5) zaproponowałem żywienie niemowląt

¹⁾ № 12 Seryi III Topera W. lat 21. Patrz pracę w Gaz. Lek. № 19, 1917

¹⁾ Komunikowane na posiedzeniu pedyatrów polskich w d. 29. V. 1918 r.

mlekiem kozim surowem w tych przypadkach, gdy żywienie sztuczne okazałoby się koniecznością. Podkreślałem wtedy to, że mleko jest pokarmem żywym, który pod wpływem gotowania ulega śmierci. Żywienie zaś metodyczne mlekiem kozim surowem proponowałem w celu ratowania właściwości biologicznych mleka.

Niech te uwagi starczą jako dowód, że i autor-polak sprawą tak ważną interesował się przed lat szeregiem. Jeśli jednak te trzy prace moje uszły uwagi kol. Michałowicza, piszącego swą pracę o badaniu mleka, opartą na bardzo obficie przytoczonym piśmiennictwie obcem, dziwnem mi się zdaje, że pomijając wszystkie prace autorów polaków, zapomniał również o istnieniu obszernej

książki prof. Serkowskiego („Mleko i Mleczarstwo w oświeceniu higieny i bakteriologii”), która została wydana po raz pierwszy w 1907 r., a już w 1917 roku doczekała się wydania drugiego.

Niewątpliwie, że autorzy prac naukowych nie mają absolutnego obowiązku cytowania całego piśmiennictwa, dotyczącego danego przedmiotu, szczególnie wtedy, jeśli wypowiadają swoje poglądy oryginalne na daną sprawę, jeśli jednak praca ma charakter streszczenia zbiorowego, a autorem jej jest polak, sądzę, że słusznym jest żądanie, by i o naszym, chociaż ubogim piśmiennictwie, pamiętał.

Zostaje z wysokim szacunkiem

B. Korybut-Daszkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— W d. 21, 22 i 23 b. m. odbywał się w Warszawie Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi. Odkładając do przyszłego numeru sprawozdanie z przebiegu obrad, zaznaczamy tutaj, że z powodu zapewne trudności komunikacyjnych, liczba uczestników, zwłaszcza z okupacji austriackiej kraju, nie była tak duża, jakby się należało spodziewać ze względu na cel zjazdu i na ważność tematów, jakie na nim były poruszane.

— W d. 22 b. m. otwarto i poświęcono 3-a przychodnię dla chorych gruźliczych, urządzoną staraniem Towarzystwa przeciwgruźliczego. Przychodnia mieści się przy ulicy Wolskiej № 11 w lokalu parterowym, składającym się z 3 pokoiów: poczekalni, gabinetu lekarskiego i pracowni mikroskopowo-rozbiórowej. Ściany poczekalni i gabinetu przyozdobiono licznymi tablicami wskazówek i rad higienicznych, ilustrowanych dobrze dobranymi i artystycznie wykonanymi rysunkami.

Po przemówieniu wstępnym prezesa Towarzystwa przeciwgruźliczego prof. Sokołowskiego, poświęcenia dokonał wikaryusz miejscowej parafii ks. Morawski, który słusznie dziękował organizatorom za założenie przychodni w dzielnicy miasta, zamieszkałej przez ludność uboższą, a więc narażoną na choroby więcej, niż ludność innych dzielnic miasta. Kierownikiem przychodni jest kol. Kazimierz Dąbrowski.

— Pierwsze powakacyjne posiedzenie lekarzy szpitala Dz. Jezus poświęcone zostało uczczeniu pamięci zmarłego d. 11 sierpnia ś. p. K. Karwowskiego, naczelnego lekarza szpitala D. Jezus. Kol. A. Puławski skreślił bieg życia i charakterystykę zmarłego, jako lekarza i człowieka, która w streszczenia została umieszczona w

№ 34 Gazety. W testamencie ś. p. Karwowskiego znalazły się zapisy, świadczące o. Jego szlachetnem sercu: 5000 rub. przeznaczył na kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach, 3000 rb. na rzecz Tow. Lek. Warszawskiego i 2000 na leczenie 2 Sióstr Miłosierdzia, pracujących w szpitalu D. Jezus, dotkniętych gruźlicą płuc. Kol. A. Chełmoński, Wł. Sztejner, S. Mutermilch i B. Słowicki podnosili zasługi zmarłego, jako naczelnego lekarza szpitala D. Jezus—Jego uczynność, zawsze poprawny i życzliwy stosunek do wszystkich bez wyjątku kolegów oraz sprzyjanie wszelkiej inicjatywie, mającej na celu dobro szpitala. Dzięki Jego poparciu, dało się w szpitalu przeprowadzić niemało pożytecznych ulepszeń, jak urządzenie pracowni rentgenologicznej, pracowni chemiczno-bakteryologicznej, posiedzeń klinicznych i in. Dla utrwalenia pamięci ś. p. Karwowskiego postanowiono zawiesić Jego portret w sali posiedzeń oraz zebrać fundusz, który będzie pierwszym zasiłkiem, noszącym Jego imię, na urządzenie muzeum szpitala D. Jezus im. Boduena. Zmarły, jako przewodniczący Komitetu dla uczczenia pamięci Boduena, bardzo gorąco myśli tego muzeum popierał.

N A D E S Ł A N O.

1) Pamiętnik II-go Zjazdu Hygienistów Polskich. Warszawa 1918. 2) Rośliny lekarskie, dziko w Polsce rosące. Serya I. Tablice I—XII. Warszawa 1918. Wydawnictwo Działu Farmaceutycznego Kr. Pol. Ministerstwa Zdrowia Publicznego 3) Praktische Winke von Prof. Dr Antoni Cieszyński Odb. z Oest.-ung. Vierteljahrssch. f. Zahnheilk. 1917. 4) Dr Jan Adamski. Mieszkania suterenowe. Odbitka ze Zdrowia. 1918.

TRZĘŚ NUMERU.

	Str.		Str.
Karol Jonscher. Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiekowych	309	wym u dzieci, oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu (dok)	312
Kazimierz Zieliński. O durze wysypkowym		List otwarty do Redakcyi Gaz. Lek.	315
		Wiadomości bieżące	316

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4½ do 6-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czeionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 4. 5. 6. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 256, 257, 258).

J. SZMURŁO.

Gruźlica krtani, gardła i nosa

w świetle własnych spostrzeżeń.

(Studyum kliniczne).

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Świeżo wydany został Zeszyt 11. 12. Seryi XXI.

(Ogólnego zbioru zesz. 251, 252).

MIECZYŚŁAW MICHAŁOWICZ.

Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla odżywiania niemowląt.

W świetle badań współczesnych.

Cena 2 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(oglądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.

POLSKA KRAJOWA
LOTERYA
KLASYCZNA



R. G. O.

Warszawa, ul. Kredytowa 4.

**4-ta Loteria Klasyczna Rady Głównej Opiekuńczej na II pół-
rocze 1918 r.**

SUMA
WYGRANYCH

6 milionów 440 tys. mar.

Wielka wygrana: pół miliona marek.

Ciągnienie 3 klasy — 2 i 3 października 1918 r.

Losy 3 klasy już są w sprzedaży.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.