



Nº 47-48.

Warszawa, d. 1 Grudnia 1919.

GAZETA LECNICKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LECNICKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru N° 2812.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$

ŚRODEK



LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$

PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.



ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$

JEDYNY CZYNNY PIERWIASTEK WYCIĄGU SANTALOWEGO
RZEŻĄCZKA, KATAR PĘCHERZA MOCZOWEGO

10 — 12 KAPSULEK DZIENNIE.

NIE WYWOŁUJE BÓLÓW NERKOWYCH.

LABORATOIRES: P. ASTIER 45. Rue du Docteur Blanche — PARIS.

Próby i literaturę dostarcza filia Astier, Warszawa, Złota 27.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES - PARIS -

Cena Pigulki Rb 1.75. Ziarnka Rb 1.75, 12 Ampulek Rb. 1.75

RIODINE

$(C^{18} H^{33} O^3 IH)^3 C^3 H^5$

JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY

NAWET W DUŻYCH DAWKACH NIE WZBUDZAJĄCY OBAWY POWIKŁAŃ.

STWARDNIENIE TĘTNIC, DNA, GOŚCIEC, OTYŁOŚĆ, CHOROBY SKÓRNE.

2 do 6 PERELEK DZIENNIE POD KONIEC JEDZENIA.

SPRZEDAŻ WE WSZYSTKICH APTEKACH.



LABORATOIRES P. ASTIER 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS.

PRÓBY I LITERATURĘ DOSTARCZA FILIA ASTIER, WARSZAWA ŻŁOTA 27

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francu-
zki oraz przepisywanie na maszynie przyj-
muje b studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

**Warszawa, Marszałkowska 139, wprost
bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23**

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły
do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacja i odnawianie tychże.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artyku-
łów dla celów med. R. Graf & Co. Noryn.berga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mo-
tkach i kłębках.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany
materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe)
przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorą-
cem powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem,

PRACOWNIA ANALITYCZNA

D-ra R. SZERYPY

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.). Telef. 68-84.

Analizy lekarskie: bakteryologiczne, chemiczne
i mikroskopowe. Serodyagnostyka kły. Szcze-
pionki Wrighta.



WIZYTA LKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 29 listopada 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2812

WYKŁAD WSTĘPNY

PRZY OBJĘCIU KATEDRY PATOLOGII I TERAPII SZCZEGÓŁOWEJ CHOROBY
WEWNĘTRZNYCH W UNIW. WARSZ. I OTWARCIU KLINIKI PRZY SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Prof. Dra Antoniego Gluzińskiego.

Wstępując do tej sali jako kierownik kliniki i rozpoczynając swoją działalność tym pierwszym wykładem, czuję się opanowanym przez różne uczucia. Uczucie hołdu łączy się z uczuciem wspomnień przeszłości, uczucie radości miesza się z uczuciem smutku, uczucie dumy z uczuciem obawy i pewnego lęku, a krzepi mnie uczucie nadziei, które mnie skłoniło, żem odważył się przyjąć zaszczytne dla mnie wezwanie Wydziału lekarskiego i Senatu tutejszego Uniwersytetu i wskutek nominacji na wniosek Ministerstwa, podpisanej przez Naczelnika Państwa, stanąć na tem miejscu.

Powodując się uczuciem hołdu, myśl moja biegnie do tych wybitnych postaci naszego świata lekarskiego, którzy tutaj nauczali tego samego przedmiotu, co ja, do tych, w szeregu których stali na przodzie Chałubiński i Baranowski, jako gwiazdy i ozdoby tak zaszczytnie znanej Szkoły Głównej — uczucie hołdu dla ich pamięci, to pierwszy mój obowiązek, uczucie hołdu, miesząc się jednak z uczuciem smutku, że nie ta, rozpoczynająca tak skuteczną pracę, przerwana była tak długo, że na tak długo ucichło słowo polskie w tej uczelni i coraz bardziej zamykały się podwoje dla pracy naukowej. Szczęściem, że i w tych ciężkich warunkach znaleźli się tutaj ludzie silnej woli i wytrwałości, którzy w Towarzystwach naukowych, w prywatnych pracowniach, na oddziałach swoich szpitalnych w pracy nie ustawiali, a błogosławionem niech

będzie zrządzenie Opatrzności, że cel zniszczenia nauki polskiej nie został osiągnięty i przez to, że słowo nauki polskiej właśnie w tym czasie odezwalo się głośniejsze w Szkole Jagiellońskiej, której byłem uczniem i profesorem, a imiona wielkiego Dietla i ucznia jego Korczyńskiego, którego tyloletnim byłem asystentem i dla którego za jego nauki, zachęty i popieranie sił młodych zachowałem i zachowuję dozgonną wdzięczność, świadczą o rozwoju tej szkoły. Wynikiem tych usiłowań był fakt, że gdy przed 25 laty powstawał fakultet lekarski w Uniwersytecie Lwowskim, znaczną część sił profesorskich dostarczyła Szkoła Jagiellońska, że znów ten fakultet lwowski, spełniając przez te 25 lat swój dobrze pojęty obowiązek, spełnił swój dług, przygotowując przeważną część sił dla odradzającego się fakultetu lekarskiego w Warszawie.

Dawny uczeń i nauczyciel Szkoły Jagiellońskiej, wieloletni profesor Uczelni lwowskiej, dzisiaj profesor Uniwersytetu warszawskiego, staje się dziwnym zrządzeniem losu mimowolnym symbolem łączności tych trzech najwyższych szkół naszych, a dzieje się to w chwili, gdy w starym Przemysławie grodzie powstał czwarty Uniwersytet i gdy otwarcie tej kliniki zbiega się z wymarzoną chwilą, że w grodzie Gedymina otwarty Uniwersytet Stefana Bato-rego, Uniwersytet Mickiewiczów, Zanów i Cze-czotów, a z katedr odezwie się nauka nasza, z katedr, na których głosili ten sam przedmiot, co ja tutaj mam wykladać, tej miary

ludzie, jak Piotr i Józef Frank, zwłaszcza Jędrzej Śniadecki.

Czyż nie mam podstawy nie do zarozumiałości, lecz do uczciwego uczucia dumy i radości, że spełnia się marzenie młodości, by dożyć chwili złączonej niepodległej Ojczyzny, by znów z katedr tego Uniwersytetu zabrzmiało potężnie słowo polskie, a samemu być profesorem w tym odrodzonym Uniwersytecie.

Marzenia młodzieńcze, zdawało się, nie-doścignione—spełnione, a uczucie wdzięczności i bólu zarazem biegnie z myślą do tych świetlanych postaci, co nie zwątpiły nigdy, co szeregami pokoleń kładły swe życie na polach walk, w tajgach Sybiru, w więzieniach i na szubienicach, do tych młodych kolegów i uczniów naszych, którzy w ostatnich czasach w tych naszych zmaganiach na tyłu frontach ofiarnie położyli swe młode życie, czy to na polu walki, czy to borykając się z chorobami zakaźnymi, a którym nie dane było dożyć tej świetlanej chwili, jaką my dziś mamy. Złożenie hołdu ich pamięci—to nasz obowiązek.

Czyż w tych warunkach nie zrozumiałe jest uczucie lęku i obawy, azali podołam zadaniu, którego się podjąłem, azali potrafię związać tę zerwaną nić tradycji Szkoły Głównej, wychować choć jedno pokolenie lekarzy takich, jakich kraj ma prawo żądać.

Ożywia mnie jednak i dodaje otuchy uczucie nadziei, że znajdę życzliwość, pomoc i sprawiedliwą wyrozumiałość, że znalazłem już tę życzliwość i pomoc w naszym Ministerstwie i w naszym fakultecie i u naczelnej władzy sanitarnej miasta i w Naczelnym Lekarzu i u pracujących kolegów tego szpitala i w siostrach miłosierdzia i w służbie klinicznej, a uczucie to nadziei napawa mnie ufnością, że znajdę oddźwięk w sercach i umysłach Waszych, moi przyszli uczniowie, do których mi się obecnie należy zwrócić.

Mamy rozpocząć naukę, której tytuł brzmi patologia i terapia szczegółowa chorób wewnętrznych — dział poważny, a zobaczycie w życiu dalszem praktycznem, że stanowi on podwalinę całego praktycznego naszego działania. Bez znajomości tego działu nie może obejść się, a właściwie nie powinien żaden lekarz praktyczny, nawet żaden specjalista, czy to chirurg czy to ginekolog i t. d. Nie dziwnego też, że we wszystkich uczelniach zwrócona jest baczna uwaga, by uczniowie mieli możliwość zapoznania się możliwie najdokładniej z kliniką chorób wewnętrznych, wiedząc o tem, że od tego zależy w znacznej części wykształcenie lekarzy.

Na trzy części rozpada się nauka w tym dziale—trzy te części uwzględniłem też według możliwości w urządzeniu tej kliniki i uwzględnię w sposobie nauczania.

Część pierwsza to niejako przygotowanie—zaznajamianie uczniów ze sposobami badania chorych, ze sposobami, z którymi każdy adept zapoznać się musi, aby najważniejsze i niezbędne dokładnie osiągnąć. Byłoby dobrze, gdyby każdy uczeń obok przygotowania podstawowego z anatomii, fizjologii, chemii, anatomii patologicznej przyniósł do tej kliniki znajomość teoretyczną i praktyczną tych metod.

Może, że tak będzie w przyszłości, ale gdyby i tak było, to kierownik tej kliniki wobec rozszerzania się tej części nauki, wobec jej niezbędności, nie może spuszczać z oka dania sposobności uczniowi wprawiania się w te metody.

Dział ten rozrósł się niepomniernie i z każdym rokiem prawie rośnie. Nie wystarcza dzisiaj, jakkolwiek nie na swej wartości nie stracił—sam plessimetr i stetoskop, my musimy zapoznać się i opanować wszelkie potrzebne nam badania wydaliny, wydzieliny, wysięków krwi i t. d. chemicznie, mikroskopowo, bakteryologicznie, my musimy umieć badać głębie ustroju przez wziernikowanie oka, krtani, pęcherza i t. d., my musimy umieć władać prądem elektrycznym, umieć badać funkcyjne zachowanie się narządów np. serca, żołądka, nerek, zapoznać się z tak na znaczeniu zyskującym badaniem promieniami Roentgena i t. d.

W te metody wszystkie uczniów wprawiać, bo nigdy tego za dużo, to część zadania naszego. Staralem się też, by o ile środki starczą, urządzić tę klinikę tak, byście mieli możliwość praktycznego zapoznania z temi metodami pod kierunkiem moim i kolegów asystentów, a praca ta pójdzie częścią w pracowniach, na to urządzonych, częścią na salach chorych.

Podkreślić jednak muszę, że to tylko środek do dopięcia celu, że główna część pracy naszej nie będzie w laboratoriach, lecz przy łóżku chorego, u którego metodami poprzednio zdobytemi mamy możliwość rozpatrzenia jego stanu, zapoznania się z życiem tego ustroju wśród zmienionych warunków t. j. w czasie jego choroby.

Zadaniem też drugim, jakie mamy przed sobą, to poznanie całego szeregu obrazów, które ujęliśmy dla porozumienia w pojedyncze postaci, a znając je staramy się naszymi metodami rozpoznać je za życia.

Rozpoznanie też należyte, tak zwana

dyagnostyka — zapoznanie się z przebiegiem tych rozmaitych postaci chorobnych — to po-
tężny dział, który musimy mieć na uwadze.

Trzeba nam się jednak dobrze porozu-
mieć, co rozumiemy przez właściwe rozpozna-
nie, a droga, jaką nauka nasza przeszła była
trudna i chwiejna. Niepodobna mi całą histo-
ryę przechodzić, wspomnieć mi jednak należy,
że po długich a błędnych drogach jaśniejsze
chwile nastąpiły około początku XIX stulecia
i później z chwilą rozwoju anatomii patologi-
cznej, z chwilą, gdyśmy potrafili zestawiać ob-
jawy, za życia wśród choroby spostrzegane,
ze zmianami na stole sekcyjnym stwierdzone-
mi. Usiłowania też poszły w tym kierunku,
by posiadaniem metodami wykazać zmianę
anatomiczną w danym chorym ustroju, by po-
znać możliwie dokładnie, w jakim stanie ana-
tomicznym znajdują się pojedyncze narządy
w tym chorym organizmie—czyli starano się,
co i dzisiaj czynimy, rozpoznawać anato-
micznie.

To patrzeć oczami anatomii patologi-
cznej; jak z jednej strony niepomierne posu-
nęło naukę naszą naprzód, tak z drugiej stro-
ny, dzisiaj wyznać to musimy, spowodowało
rozpoznanie nasze także na błędne drogi. Za-
patrzeni tylko w zmiany anatomiczne, szukając
i widząc u chorego tylko obraz, jaki przed-
stawiać by mogła dana choroba na stole se-
kcyjnym, zapomnieliśmy o chorym człowieku,
widzieliśmy np. zmianę w płucu, a nie człowie-
ka chorego na zapalenie płuc, rozpoznaliśmy
naszemi metodami wadę sercową i przed ocz-
mi stawały nie dające się usunąć zmiany ana-
tomiczne, które tę wadę spowodowały, a nie
człowieka, mającego wadę sercową.

Czyż dziwne, że ten kierunek czysto ana-
tomiczny w rozpoznaniu wprawdzie, stanowiąc
postęp, mógł zadowolnić, że posunęliśmy się
naprzód w zdolności rozpoznania stanu anatomi-
cznego badanego człowieka, wyrządził jednak
krzywdę ogromną w trzecim dziale naszej nau-
ki, najważniejszym t. j. w leczeniu, wprowa-
dzając zupełny pesymizm lekarski.

Pesymizm ten, który wprowadziła szkoła
wiedeńska pod wpływem Rokitański'ego i Sko-
dy, był wynikiem jednostronnego opanowania
nauki naszej przez ówczesną anatomię patolo-
giczną. Czyż nie musiał stać się nihilistą te-
rapeutycznym lekarz, gdy rozpoznał niedomy-
kalność zastawki dwukończystej (*insuf. val.
mitralis*), a przed oczami jego stanęły te zbite
bliznowate zgrubienia. zasadami nieraz wapien-
nymi, zmiany nieusuwalne jako pozostałość
po zapaleniu wśrodsierdzia, gdy sądził, że le-
czenie jego powinno się starać te zmiany ana-

tomiczne usunąć, a ono tego nie jest w sta-
nie uczynić.

Na szczęście ten okres nihilizmu lekar-
skiego nie trwał zbyt długo, gdyż okres je-
dnostronnego zużytkowania zdobyczy anatomii
patologicznej, okres rozpoznawania czysto ana-
tomicznego, zostawiwszy to, co było w nim
dobrego, co trwała pozostałość zdobyczą a bez
czego i dzisiaj obejść się nie możemy—minął
z tą chwilą, gdy zaczęła się rozwijać ta cu-
downa gałąź nauki naszej t. j. fizjologia.

Zdobycze i metody eksperymentalne fi-
zyologii zastosowano do fizjologii patolo-
gicznej, do poznania życia wśród warunków
nieprawidłowych, a więc i choroby. Zastoso-
wane te zdobycze przy łóżku chorego dopro-
wadziły nas do rozpoznawania funkcyo-
n al n e g o, do d y a g n o s t y k i f u n k c y o -
n al n e j. Nam nie wystarcza już rozpozna-
nie anatomiczne, nam nie wystarcza powie-
dzieć, że taka a taka zmiana jest w sercu, żo-
łądku, nerkach, lecz staramy się rozpoznać,
jak zachowują się funkcye tego organizmu
przy tej zmianie anatomicznej. Będziemy wte-
dy wiedzieli, jaki to wpływ wyrzeć musia-
ło na całe nasze postępowanie lecznicze, jak
jaśniej nam się zrobiło, gdyśmy doszli do
przekonania, że wskutek tego rozpoznania
funkcyjnego tak bezsilni nie jesteśmy w
naszych usiłowaniach leczniczych, gdyśmy
wstąpili w wielu razach na drogę leczenia
funkcyjnego, gdyśmy zwrócili nasze usi-
łowania, by nie leczyć nieraz zmiany anatomi-
cznej, lecz człowieka dotkniętego tą zmianą,
nie leczyć np. wady sercowej, lecz człowieka
z tą wadą.

Usiłowania nasze zaczęły dążyć w kie-
runku, by w organizmie chorym doprowadzić
zdolność funkcji do możliwych granic orga-
nizmu prawidłowego lub urządzić warunki ży-
cia jego w tych rozmiarach, by organizm zmia-
ną dotknięty był w stanie mimo to funkcyo-
nować możliwie prawidłowo, nie przedstawiając
objawów wybitnie chorobnych, czyli by zbli-
żał się lub nieraz zrównał się z funkcjami
organizmu zdrowego.

Funkcyjna zatem dyagnostyka to wa-
żna część w naszych usiłowaniach rozpoznaw-
czych i zapoznanie się z jej metodami, opa-
nowanie ich i praktyczne zastosowanie musi
być celem naszej pomocy.

Nie na tem jednak koniec w usiłowaniach
naszych rozpoznawczych, nie dość rozpoznać
zmianę anatomiczną, niedość zapoznać się ze
zdolnością funkcyjną badanego organizmu,
my musimy iść dalej i do rozpoznania anatomi-
cznego, do rozpoznania funkcyjnego do-

dać jeszcze r o z p o z n a n i e p r z y c z y n o -
w e, e t y o l o g i c z n e.

Wykazanie przyczyny, która zmianę chorobną spowodowała, jakże uzupełnia nasze rozpoznanie. Dość wspomnieć tylko, jakie znaczenie miał rozwój bakterjologii, jak wyniki, osiągnięte metodami od niej wziętymi, a zastosowaniami przy łóżku chorego, rozszerzyły nasze pojęcie o stanie chorego, jak pozwoliły nam głębiej wejrzeć w tę cudowną walkę komórek i soków ustroju z atakującym wrogiem i wskazały drogi do walki, czyli do skutecznego leczenia.

Poszukiwania za przyczynowością stanów chorobnych, czyli za rozpoznaniem etyologicznym, rozszerzyły nasze pojęcie o wielu stanach chorobnych, a pozwoliły klinice odwdziaczyć się za te nieocenione usługi, jakie jej dała fizjologia, odkrywając, że przyczyną pewnych stanów chorobnych jest upośledzenie funkcji lub ich nadmiar, a więc hyperfunkcja pewnych gruczołów, których funkcje w organizmie były przedtem zupełnie ciemne.

Rozpoznanie zatem nasze, musi być anatomiczne, funkcyjne i przyczynowe, nadto lekarz wiedzieć powinien, że przy najlepszym rozpoznaniu w tych trzech kierunkach nie osiągnie nieraz dobrych wyników, bo zapomniał, nie chciał lub nie umiał wejrzeć w duszę człowieka. Rozpoznanie s t a n u p s y -
c h i c z n e g o człowieka — nie mam tu na myśli chorób umysłowych — jest niezbędne. Lekarz musi być psychologiem, musi umieć nieraz zgłębić myśli chorego, jego stan wewnętrzny, umieć zyskać zaufanie, zdobytem zaufaniem dotrzeć nieraz do tajników duszy chorego, bo ku swemu zdziwieniu tam znajdzie źródło, przyczynę stanu chorobnego i wtedy dopiero jest w możności rozpoznać przyczynowo. Uczyć tego nie łatwo, tu każdy z was, moi słuchacze, musi przynieść ze sobą to coś, co się nazywa powołaniem, co sprawia, że prawdą jest, iż „*si duo faciunt idem, tamen non est idem*”. Pogłębienie własnego umysłu, pogłębienie wewnętrznej swej wartości, kształcenie uczuć altruistycznych obok doświadczenia zdobytego przez obcowanie z chorymi rozwijają coś, co w nas jest i sprawia, że stajemy się dobrymi lekarzami.

Uwag jeszcze kilka należy mi dodać, podać kilka wskazówek na drodze, którą kroczyć musicie do dobrego rozpoznania.

Obok zebranych wiadomości z anatomii, chemii, fizjologii, anatomii patologicznej powinniście państwo jeszcze jedno przynieść do kliniki z poprzednich studyów — t. j. pewną wprawę w obserwacji zjawisk natury, wprawę w używaniu zmysłów, tak potrzebną

do odpowiedniego zawładnięcia metodami i badania, pewną zdolność wreszcie w kombinowaniu otrzymywanych wrażeń i należytego ich oceniania i grupowania, wraz z wprawą w logicznym rozumowaniu. Nie należy też żałować czasu na to, byście moi państwo obok zdobywania wiadomości teoretycznych przykładali się do samodzielnego spostrzegania zjawisk natury; wiercie mi, że niepostrzeżenie i zwolna przy zjawiskach prostszych wprawione wasze zmysły i zdolność kombinacji, wyniesiona z praktycznego oddawania się jakiegokolwiek nauce przyrodniczej, czy zoologii lub botanice, fizyce, lub chemii i t. d. oddadzą, obok swej zasadniczej wartości, i w tym kierunku nieocenione przysługi, gdy staniemy przy łóżku chorego, gdzie od wprawy zmysłów naszych i wygimnastykowania myśli naszej zależeć będzie, czy metodami badania, jakich używamy, będziemy łatwiej lub z większą trudnością władać, czy łatwiej lub trudniej przyjdzie nam spostrzegać pojedyncze zjawiska w tak złożonym ustroju, jakim jest organizm ludzki, i w całość je składać.

Zasobni w te cechy częścią wrodzone, częścią nabyte — kroczyć winniśmy do celu, który streściłem, a drogi, które nas prowadzą do niego, są rozmaite. Jedna jednak z nich jest najpewniejsza, droga wskazana przez B a c o n a dla badań wszystkich zjawisk natury t. j. d r o g a i n d u k c y j n a, analityczna, której też, gdzie tylko można, trzymać się należy, a po której tak ja jak i koledzy asystenci będziemy się starali prowadzić panów. Idąc nią, zbierając szczegół po szczególe, a starając się żadnego nie opuścić i nie przeoczyć tak z przeszłości chorego (anamnesis) jak i z obecnego stanu (status praesens), dokonywamy pierwszego aktu czynności rozpoznania. By drugi akt wypadł dobrze, potrzeba, by podstawa, premissy pierwszego aktu były prawidłowe — byśmy zmysł nasz obserwacyjny klinicznie tak wykształcili, aby nie uszedł nam żaden szczegół, a metody tak posiadli, by niemi z całą pewnością władać.

Złe będzie nasze rozpoznanie, gdy w t. z. status praesens wstawimy daty fałszywe, gdy będziemy słyszeli szmer w sercu tam, gdzie go niema lub odwrotnie — albo znajdziemy wypuk jawny tam, gdzie on jest stłumiony i t. d.

Akt drugi czynności rozpoznania, to akt myślenia oparty na spostrzeganych szczegółach, akt tak samo ważny jak pierwszy, a wynik jego t. j. rozpoznanie zawisło znów od cech naszego umysłu, od wprawy w myślenie, zdolności kombinowania i naszego zasobu wiedzy i doświadczenia.

Droga indukcji—to droga najpewniejsza, chroniąca nas od błędów i niespodzianek. Nie można jednak twierdzić, by była to droga jedyna. Wśród pewnych warunków wolno lekarzowi, a nieraz jest on do tego zmuszony, by użył metody dedukcyjnej.

Metoda dedukcyjna ma poważne strony ujemne, wspomnieć należy choćby o tem, że lekarz przystępuje do badania chorego z gotowym wnioskiem, może się dać unieść i badać z uprzedzeniem, ileż może razy znaleźć wtedy to, co chce, a nie to, co rzeczywiście istnieje. Metoda dedukcyjna wystarcza i jest niezbędna nieraz do szybkiego zorientowania się w przypadku; świadczy ona nieraz o bystrości lub nieraz genialności umysłu; czyni lekarza prawdziwym sztukmistrzem, gdy z okrucichów niejako symptomów w jednej chwili w umyśle swoim buduje cały gmach dyagnozy, nieraz na podstawie objawu, uchodzącego uwagi innemu lekarzowi, nieraz na podstawie wprost intuicji. Z góry jednak zaznaczyć należy, że metoda dedukcyjna może być użyta tylko przez lekarza, który metodą indukcyjną zdobył już znaczne doświadczenie. Metoda indukcyjna w każdym razie pozostanie dla nas podstawą i nią się posługiwać będziemy.

Wszystkie te starania skierowane są dla ostatecznego naszego celu t. j. by ludzi leczyć, trzymając się starej zasady, *qui bene diagnosticat bene medebitur*.

Nauka w tym kierunku, to trzecie zadanie tej kliniki.

Nie chwila odpowiednia, bym poruszał i wnioski ztąd wyciągał, kreśląc historye usiłowań i kierunków terapii, dzisiaj niech wystarczy, gdy wspomnę, że po długich drogach błędzenia, które mimo to pozostawiły nam cenne zdobycze, jakby dla potwierdzenia, że *errando discimus*, postawiły jedną zasadę, t. j. *primum non nocere* — zasadę, która musi być udziałem każdego uczciwego lekarza, a dla nas tem cenniejsza, że do wywalczenia jej niepomierne zasługi położył profesor Jagiellońskiej szkoły Józef Dietl, gdy wystąpił z całą potęgą swego umysłu do zwalczania tych szalonych upustów krwi, wynikłych z nauki dogmatycznej Broussaisa, tych upustów, wskutek których, jak się Dietl wyraża wylało się w Europię więcej krwi niż na wszystkich polach bitew. Zasada *non nocere* panować będzie w klinice, a mam pewność, że przejmie ona nas wszystkich w tej szkole, a staje się ta zasada tem ważniejszą, że dzięki postępowi nauki władamy czynnikami coraz energiczniejszymi, które tak dobrze pożytek jak i szkodę przynieść mogą.

Po epoce czystego empiryzmu, dogmatyzmu przenieśliśmy punkt ciężkości naszych usiłowań leczniczych do pracowni naukowych—powstała nowa szkoła, a nic ją lepiej, nie odróżnia od szkoły starej, jak znów wyrażenie naszego Dietla, że „gdy dawna szkoła wcześniej zaczęła leczyć niż badać, nowa szkoła zaczęła badać, by mózdz leczyć”. Dzisiaj w pracowniach farmakologicznych, chemii, fizyki, powstają odkrycia, z których tak obficie korzystamy, powstają odkrycia, które pozornie nieraz dalekie i nie stojące w związku z medycyną, jakież błogie przynoszą owoce. Czy mógł Pasteur przewidzieć, rozpoczynając swe prace nad fermentacją, że będą one podstawą dla Listera, a wskutek tego dadzą podstawę do tego szalonego rozwoju chirurgii i jej wyników, do tych postępów bakterjologii i terapii zapobiegawczej lub seroterapii? Czyż można było przewidzieć, jakie błogie następstwa dla medycyny sprowadzi odkrycie promieni Roentgena lub odkrycie promieniotwórczej własności radium przez Curie-Skłodowską?

Nie czas, by dzisiejsze kierunki nauki teraz przedstawiać—to będzie celem także nauki naszej—dzisiaj wspomnę tylko, że dążymy obecnie jak się Hoffmann wyraża „by z całej liczby poszczególnych doświadczeń, zdobytych przy pomocy wiadomości o życiu ustroju, wysnuć ogólne zasady i zastosować je w każdym nowym przypadku”. To terapia ogólna, do której dążymy, która jest koroną wszystkich naszych usiłowań, ostatnią cegłą w budynku medycyny.

Skreśliłem państwu w grubych rysach cel i plan naszej nauki, której poświęcono ten gmach nasz. Lecz zwrócić muszę uwagę waszą, że gmach ten zwany kliniką—to przybytek nie samej nauki, ale równocześnie i w całej pełni instytucja humanitarna.

W nim schodzą się te dwa cele, które stanowić powinny istotę naszego zarządu. „*Salus aegroti suprema lex*” będzie zasadą, która nami kierować winna i zasadniczą regułą będzie w tym gmachu. A będziecie Państwo i Panie mieli pełne pole do okazania waszych humanitarnych zasad i to wobec najbiedniejszych z biednych, bo często tych, których jedynym majątkiem było zdrowie, a wobec których my nie tylko rolę lekarzy grać mamy, lecz winniśmy zastąpić im to ciepło rodzinne i tę opiekę ogniska domowego, której los w tej przykłej życia chwili—w chorobie nie dal im zaznać.

Zadania poważne, jak widzicie Państwo, czekają na nas; nie lękajmy się ich jednak, bo dużo potrafimy, jeżeli tylko chcemy. Trze-

ba mieć przed sobą ideał, do którego dążyć należy, choćby on był niedościgniony lub tylko po wielu trudach.

Na ziemi szwajcarskiej żył lekarz, a zwał się Sonderegger, który w rozprawie zatytułowanej: *Wstęp do pielęgnowania zdrowia w walce o byt pojedynczego człowieka i całego narodu* tak kreśli obraz lekarza: „Musisz przynieść ze sobą bystry wzrok i delikatny słuch, wielki talent spostrzegania i cierpliwość i jeszcze raz cierpliwość do uczenia się bez końca, jasny krytyczny umysł z żelazną wolą, która w potrzebie tężeje, a przecież gorące możliwie serce, które każdą boleść rozumie i współczuje, religijny nastrój i obyczajną powagę, która panuje nad zmysłowością i dba o honor a przytem przywoita powierzchowność, miłe obejście, zdrowie ciała i duszy—

to wszystko musisz mieć, jeżeli nie chcesz być nieszczęśliwym lub złym lekarzem. Musisz jak wielbłąd dźwigać na sobie ciężar wielowidzenia, a zachować przy tem świeżość poety, musisz znać nawet nieraz dla dobra choro-ego sztuki szarlatanizmu, a przytem uczciwym pozostać człowiekiem”.

Takie zdanie wypowiada Sonderegger o stanie lekarskim i jego wymogach, tak przedstawia on ten niedościgniony prawie ideał, do którego dążyć jednak jest naszym obowiązkiem. A na zakończenie, choć to egoistycznie, pragnę sobie samemu złożyć życzenie, życzenie to samo, które sobie złożyłem przy otwieraniu kliniki w Uniwersytecie lwowskim, bym dożył tej chwili, gdy o każdym uczniu Szkoły warszawskiej będzie mówione — to tęgi lekarz i zacny człowiek.

Z PRACOWNI ZAKŁADU CHEMII FIZJOLOGICZNEJ UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO (NR. 9).

W sprawie odczynu moczu z błękitem metylenowym (t. zw. odczynu Russa).

Podał

Aleksander Tykociner.

Zmianę barwy błękitu metylenowego po zmieszaniu z moczem na kolor zielony podał pierwotnie Russo (1) jako odczyn rozpoznawczy, mający zastąpić odczyn dwuazowy Ehrlicha; polega on na tem, że cztery krople roztworu 0,1% błękitu metylenowego dodane do 4 — 5 cm.³ przesączonego moczu dają w pewnych wypadkach szmaragdowozielone zabarwienie, w innych wypadkach — niebieskie lub szafirowe; w pierwszych przypadkach uważa się odczyn za dodatni. Łatwość wykonywania tego odczynu mogłaby, o ile posiadałby on znaczenie rozpoznawcze, bezsprzecznie przyczynić się do zastosowania go w praktyce.

Russo otrzymywał wyniki dodatnie ze swoim odczynem w takich chorobach, jak oспа, odra, gruźlica, zapalenie płucnej, ro-pniak płucnej, dur brzuszny etc., etc.

Odczyn Russa wypróbowali później na licznych przypadkach Dunger (2), Fraenkel (3), Dibeilow (4), Pescov (5), Seufert (6). Szczególnie dokładnie badał go Dunger, który w przeszło tysiąc i stu przypadkach wypróbował odczyn Russa, porównując go z odczynem dwuazowym; doszedł do wniosku, że odczyn Russa nie może zastępować odczynu Ehrlicha i że polega na zjawiskach czysto

optycznych. Odczyn Russa występuje w moczach silnie zabarwionych, zawierających większą ilość urobichromu (ponad 0,6% podług kolorymetrycznej skali Klemperera), a także w patologicznych przypadkach wtedy, kiedy mocze są silnie zabarwione przez urobichrom i bilirubinę; mocze, zawierające żółć, zawsze dają pozytywny odczyn Russa. Podług Dungerego odczyn Russa klinicznego znaczenia nie posiada; do tego samego pojmowania odczynu jako czysto optycznej superpozycji barw skłania się i Pescov, na podstawie doświadczeń, w których porównywał barwy, otrzymane po dodaniu błękitu metylenowego do moczu i do wody, tak samo jak mocze sztucznie zabarwione (przez Bismarckbraun), w obydwu przypadkach otrzymywano kolor taki sam; Pescov odmawia, na podstawie takich doświadczeń, reakcji Russa realnego znaczenia.

Również i M. Koch (10) uważa zmianę zabarwienia otrzymaną po dodaniu do moczu barwników anilinowych jako zjawisko czysto optyczne.

Pomimo to ukazały się w ciągu ostatnich dwóch lat znowu komunikaty Boita (6, 7) Tripolda (8) i Gergely'ego (9) w sprawie odczynu „zieleni metylenowej” moczu; komunikaty

CASCARA
MIDYCASCARA
MIDY

*Najtańgodniejszy
najpewniejszy
przeczyszczający
środek*
PIGUŁKI

CASCARA MIDY

*1-2 pigułek przy kolacji
Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami*

OBSTRUKCJA

CASCARA
MIDYCASCARA
MIDY

Proby: Laboratoire Midy

Foksal 13 Warszawa

LEK SWOISTY ORYGINALNY

**Piperazine
MIDY**

ZIARNISTA MUSUJĄCA

NAJBARDZIEJ OBFITUJĄCA W PIPERAZINĘ

**NAJPOTĘŻNIEJSZY ŚRODEK,
ROZPUSZCZAJĄCY KWAS MOCZOWY**

WYWIERA DZIAŁANIE PRZECIWGNILNE NA MOCZ

POBUDZA CZYNNOŚĆ WĄTROBY

Proby: wysyła skład główny Laboratorium Midy, Warszawa, Foksal, 13

HEMATOGEN

organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się

poleca

wyrobu własnego

Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA

**Jerozolimska 25
w Warszawie.**

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora Zakładu Wodoleczniczego w Krynicy.

Z posadą połączone są pobory 2400 koron rocznie, mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opalu. Posada zostanie nadana prowizorycznie na rok, jeżeli poczem może być przedłużona. Ubiegający się o tę posadę winien wykazać się: 1) nieprzekroczonym 40-ym rokiem życia, 2) polskim obywatelstwem, 3) nieposzlakowanym życiem, 4) dyplomem lekarskim, ważnym w Państwie Polskiem, 5) odbytą praktyką w zakładach hydro-elektro-helioterapeutycznych.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 30 stycznia 1920 r.

UWAGA, Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia. Podania należy udokumentować wraz z opisem przebiegu życia i ewentualnymi pracami naukowymi należy wnieść do Ministerstwa Zdrowia Publicznego wydział VIII.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W. W. P. P. Doktorów, iż

„MOTOFER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy 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.

SANATORYUM i PENSYONAT

„STEFANJA”

w MERANIE.

Zakład przyjmuje choroby wewnętrzne i nerwowe z wyjątkiem gruźlicy, jakoteż osoby, dla lepszego odżywienia i wypoczynku przyjeżdżające. Kuchnia wytworna i obfita jak przed wojną. Wszelkie środki fizyko-lecznicze.

Na wjazd potrzebna włoska wiza paszportu.

Dr. BINDER.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na ukłucia i z tego powodu nie mogących przejść kuracji iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner” proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR—STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działających całemu cyklowi kuracji Inj. Triplex I, II, III Gessner”.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających substancji, jakie znajdują się w ampułce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



D a t a	Nazwisko	Dyagnoza	U R Y N A				R U S S O			B A D A			
			Barwa	Przezroczystość	Ciężar gat.	Reakcyi	Z błękitem metylenu	Z metylenem grynym	Z błękitem metylenu po utlenieniu moczu	1) Błękit metyl. w H O ^{1/100000}	2) Woda	1) Błękit metyl. w moczu ^{1/100000}	2) moczu
2. XII. 3. XII. 11. XII. 4. XII. 5. XII. 6. XII. 7. XII. 9. XII. 10. XII. 31. XII.	Kuch. Stan. N. Sz.	Tbc. pulm.	Żółto czer.	mętna	1017	amf.	neg.	pos.	pos.	a ₁ =32,3 a ₂ =58,5 e — e ₀ =0,4117	a ₁ =37,8 a ₂ =55,5	0,1386	
		Tbc. pulm.	Żółto czer.	mętna	1018	alk.	neg.	pos.	pos.	a ₁ =30,5 a ₂ =59,0 e ₁ —e ₀ =0,4511	a ₁ 33,0 a ₂ =56,0 e ₂ —e ₀ =0,37521	0,0759	
		Tbc. pulm.	Żółt.	przezr.	1022	słabo alk.	neg.	pos.	pos.	a ₁ =32,5 a ₂ =61,8 e ₁ —e ₀ =0,4665	a ₁ 3=5,5 a ₂ =58,5 e ₂ —e ₀ =0,3594	0,1071	
		Tbc. pulm.	Żółt.	przezr.		słabo alk.	neg.	pos.	pos.	a ₁ =32,5 a ₂ =61,0 e ₁ —e ₀ 0,4521	a ₁ =36,0 a ₂ =59,3 e ₂ —e ₀ =0,3651	0,0869	
	"	Rekonw.	Żółt.	przezr.	1012	słabo kw.	neg.	pos.	pos.	a ₁ =32,2 a ₂ =61,0 e ₁ —e ₀ =0,4571	a ₁ =33,5 a ₂ =59,5 e ₂ —e ₀ =0,4081	0,0480	
		Pneum. gravis.	Żółto czer.	przezr.	1014	kw.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ =41,9 a ₂ =62,0 e ₁ —e ₀ =0,4802	a ₁ =37,2 a ₂ =57,2 e ₂ —a ₀ =0,3273	0,1529	
		"	"	Żółto czer.	mętny		kw.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ =31,6 a ₂ =62,5 e ₁ —e ₀ =0,4962	a ₁ =37,2 a ₂ =58,6 e ₂ —e ₀ =0,4236	0,1621
		"	"	Żółto czer.	lekko mętna		kw.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ =31,8 a ₂ =63,0 e ₁ —e ₀ =0,5004	a ₁ =35,0 a ₂ =61,7 e ₂ —e ₀ =0,4236	0,0768
		"	"	Żółto czer.	lekko mętna	1017	kw.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ =30,5 a ₂ =61,0 e ₁ —e ₀ =0,4861	a ₁ =37,2 a ₂ =5,70 e ₂ —e ₀ =0,3072	0,1789
		"	"	Żółt.		1009	alk.	pos. (+ + +)	pos.	pos.	a ₁ =30,0 a ₁ =61,0 e ₁ —e ₀ =0,4948	a = 36,2 a ₂ =60,5 e ₁ —e ₂ =0,3329	0 1119
"	"	Żółto czer.	lekko mętna	1020	amf.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ 3=0,0 a ₂ =61,0 e ₁ —e ₀ =0,4948	a ₁ =36,5 a ₂ =5,88 e ₂ —e ₀ =0,3485	0,1462		
	"	"	Żółt.	przezr.	1012	alk.	pos..	pos.	pos.				
	Par.	Tbc. pulm. et. laryng. III st.	Żółt.	przezr.	1017	alk.	pos.	pos.	pos.	a ₁ =30,0 a ₁ =59,9 e ₁ —e=0,4684	a ₁ =33,1 a ₂ =56,8 e ₂ —e ₀ =0,3700	0,0984	
15. XII.	God	Pneum.	Żółto czer.	lekko mętny	1024	kw.	pos. (+ + + +)	pos.	pos.	a ₁ =23,0 a ₂ =62,0 e ₁ —e ₀ =0,4785	a ₁ =38,0 a ₂ =58,5 e ₂ —e ₀ =0,3199	0,1587	
	N. Ascotes	Tbc. pulm. st. intest.	Żółt.	lekko mętny	1006 Mb ^{1/100}		neg.			a ₁ =32,0 a ₂ =60,0 e ₁ —e ₀ =0,4428	a ₁ =29,0 a ₂ =59,0 e ₂ —e ₀ =0,4775	0,0547	
											e ₁ —e ₂ =0,4715		

te zawierają wykaz badań nad licznymi moczymi patologicznymi zapomocą odczynu Russa, i zachwalają rozpoznawczą wartość tego odczynu.

Dla wyjaśnienia istoty odczynu Russa, należało rozstrzygnąć zasadniczo czy odczyn ten jest w istocie zjawiskiem tylko optycznym, sumacją absorbeyi światła przez błękit metylenowy i barwniki moczu, czy też zachodzą tu procesy chemiczne. Rozwiązanie tego zadania próbowałem zapomocą oznaczenia spektrofotometrycznego współczynnika ekstynkcyi roztworu barwnika we wodzie i barwnika rozpuszczonego w moczu dla światła monochromatycznego.

Zmiana barwy z niebieskiej na zieloną, spowodowana przez zmianę chemiczną barwnika, mogłaby polegać: 1) na przesunięciu smug absorbeyjnych błękitu metylenowego w kierunku od żółtego ku czerwonemu; 2) na powstaniu nowej smugi w obrębie widna fioletowego albo niebieskiego; 3) na obydwu zmianach naraz. Nie wydawało nam się prawdopodobnem, ażeby działanie chemiczne moczu mogło wprowadzić w cząsteczkę błękitu metylenowego nową grupę chromoforową jak np. nitrowanie tego barwnika, zamieniające go na „zielen metylenową“: a również nioprawdopodobnem, ażeby wstępowała tu nowa grupa batychromowa; zmiany, którym błękit metylenowy w ustroju ulega, polegają przeważnie na odbarwieniu skutkiem redukcji. W każdym razie, zmiany chemiczne barwnika musiałyby się uwidocznic w zmianie absorbeyi światła w smudze absorbeyjnej błękitu metylenowego. W tym kierunku poprowadziłem moje badania: starałem się stwierdzić, czy zjawiska opisane przez Russo polegają na zmianie absorbeyi światła w tej części widna w której leżą smugi absorbeyjne błękitu metylenowego.

Porównywałem współczynniki ekstynkcyi światła żółtego (linia D) oraz światła w części widna czerwonej przez wspomniane roztwory barwników oraz przez odmiany metody współczynniki ekstynkcyi w podwójnych warunkach.

Porównywałem współczynniki ekstynkcyi światła żółtego (linia D) oraz światła w części widna czerwonej przez wspomniane roztwory barwników oraz przez odmiany metody współczynniki ekstynkcyi w podwójnych warunkach.

Zamiast α użyto litery a .

" " " " "

N I E S P E K T R O F O M E T R Y C Z N E

Błękit metyl. w mo- czu 1/100000 + H ₂ O Mocz + Błękit metyl. w H ₂ O 1/100000	1) Błękit metyl. w moczu 1/100000 + KMO ₄ 2) mocz + KMO ₄	Błękit w m 1/100000 + H ₂ O Mocz + KMO ₄ + Błękit metyl. w H ₂ O 1/100000	1) Methylgrun w H ₂ O 1/200000 2) H ₂ O	1) Methylgrun w moczu 1/20000 2) mocz	Methylgrun w moczu 1/20000 + H ₂ O Mocz + Methylgrun w H ₂ O 1/20000
$a_1=41,5 \ a_2=52,0$ $e_1-e_2=0,451$ $a_1=41,5 \ a_2=42,6$ $e_1-e_2=0,0168$ $a_1=4,59 \ a_2=50,2$ $e_1-e_2=0,0656$ $a_1=46,8 \ a_2=48,3$ $e_1-e_2=0,0228$ $a_1=46,2 \ a_2=49,3$ $e_1-e_2=0,0503$ $a_1=42,1 \ a_2=53,2$ $e_1-e_2=0,1701$ $a_1=41,5 \ a_2=56,0$ $e_1-e_2=0,2242$ $a_1=44,5 \ a_2=50,0$ $e_1-e_2=0,0838$ $a_2=41,8 \ a_2=54,0$ $e_1-e_2=0,1874$ $a_1=42,2 \ a_2=53,5$ $e_1-e_2=0,1733$ $a_1=41,0 \ a_2=55,0$ $e_1-e_2=0,2155$ $a_1=41,0 \ a_2=48,3$ $e_1-e_2=0,1100$ $a_1=42,0 \ a_2=54,0$ $e_1-e_2=0,1843$ $a_1=41,8 \ a_2=47,5$ $e_1-e_2=0,0866$	$a_1=38,6 \ a_2=58,1$ $e_2-e_0=0,3037$ $a_1=40,5 \ a_2=56,1$ $e_2-e_0=0,2412$ $a_1=37,2 \ a_2=57,2$ $e_2-e_0=0,3105$ $a_1=38 \ a_2=59,5$ $e_2-e_0=0,3370$ $a_1=36,8 \ a_2=57,0$ $e_2-e_0=0,3135$	$a_1=44,0 \ a_2=53,0$ $e_1-e_2=0,1381$ $a_1=41,3 \ a_2=56,0$ $e_1-e_2=0,2288$ $a_1=40,8 \ a_2=54,0$ $e_1-e_2=0,2026$ $a_1=42,5 \ a_2=32,8$ $e_1-e_2=0,1425$ $a_1=40,2 \ a_2=54,8$ $e_1-e_2=0,2247$	$a_1=25,0 \ a_2=66,5$ $e_1-e_0=0,6830$ $a_1=25 \ a_2=67,5$ $e_1-e_0=0,7141$ $a_1=26,0 \ a_2=6,80$ $e_1-e_0=0,7054$	$a_1=26,0 \ a_2=65,0$ $e_1-e_2=0,6431$ $a_1=29,0 \ a_2=65,2$ $e_1-e_2=0,5916$ $a_1=26,6 \ a_2=67,3$ $e_1-e_2=0,6789$	$a_1=45,0 \ a_2=47,0$ $e_1-e_2=0,0303$ $a_1=46,0 \ a_2=50,5$ $e_1-e_2=0,0688$ $a_1=47,3 \ a_2=49,6$ $e_1-e_2=0,6782$ $a_1=48,5 \ a_2=49,5$ $e_1-e_2=0,0153$ $a_1=47,5 \ a_2=48,5$ $e_1-e_2=0,0152$

stwach płynu, złożonych z roztworu błękitu metylenowego w moczu i warstwie wody tej samej grubości z ekstynkcyą takich warstw złożonych z moczu, i o tem samem co poprzednio stężeniu roztworu błękitu we wodzie. Używałem spektrofotometru Koeniga-Martensa.

Płyny umieszczone w szklanych podwójnych kuwetach o warstwie płynu grubości 1 cm., posiadających w środku przegrodę, więc tworzących po 2 komory. Komory jednego z naczyń były napełnione wodą i roztworem błękitu metylenowego w wodzie w odpowiedniem rozcieńczeniu (np. 1.100000) a drugie naczynie moczem i roztworem błękitu metylenowego w moczu i to w takim samym rozcieńczeniu jak we wodzie (1.100000). Następnie określano współczynnik ekstynkcji barwnika dla danego światła w pierwszym i drugim naczyniu oddzielnie, a potem po zestawieniu obydwu naczyń w ten sposób, że po jednej stronie znajdował się 1) mocz 2) roztwór błękitu w wodzie, a z drugiej 1) woda 2) roztwór błękitu metylenowego moczu.

Pozycyi I odpowiadają w następującej tabelicy kąty α_1 , pozycyi II kąty α_2 . Różnice współ-

I.

Mocz	Błękit metylenowy w wodzie
Woda	Błękit metylenowy w moczu

II.

Woda	Błękit metylenowy w moczu
Mocz	Błękit metylenowy w wodzie

czynników ekstynkcji między roztworem błękitu metylenowego w moczu a moczu ($\epsilon_1-\epsilon_0$) obliczono z wzoru:

$$\epsilon_1-\epsilon_0=\frac{\log \operatorname{tg} \alpha_2-\log \operatorname{tg} \alpha_1}{d}$$

różnicę współczynników ekstynkcyi między samymi warstwami błękitu w wodzie i moczu, a samymi warstwami błękitu w moczu a wody z podobnego wzoru:

$$\varepsilon_1 - \varepsilon_2 = \frac{\log \operatorname{tg} \alpha_2 - \log \operatorname{tg} \alpha_1}{d}$$

gdzie α_1 i α_2 oznaczają kąty odczytane w pozycji I i II powyższego szematu.

W badanych w ten sposób moczach wykazałem w kilku patologicznych przypadkach (pneumonii, gruźlicy płuc) mniej lub więcej znaczne różnice między ekstynkcyą światła (linii D) w pozycji I a II: $\varepsilon_1 - \varepsilon_2$ wynosiło 0.14 do 0.22; natomiast różnica ekstynkcyi $\varepsilon_1 - \varepsilon_2$ dla tego światła w roztworach błękitu metylenowego w moczach normalnych a także niektórych moczach patologicznych nie przewyższała zwykle 0.08.

Zmiana absorpcyi światła (linii D) przez błękit metylenowy, którą wywołują niektóre z moczków patologicznych, przekracza granicę błędów; wskazuje to, że zaszła w tych przypadkach pomiędzy moczem a błękitem metylenowym reakcja chemiczna lub fizyczno-chemiczna.

Zachodzi pytanie, czy reakcja Russo jest równoznaczna ze stwierdzoną przy badaniu spektrofotometrycznem zmianą błękitu metylenowego, czy też mocze, dające pozytywną reakcyę Russo wywołują równoległe i znaczne zmniejszenie absorpcyi światła linii D przez błękit metylenowy. Na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco. Stężone, silnie zabarwione mocze w procesach gorączkowych jak np. pneumonii lub też w przebiegu galopują-

cych suchot dają wprawdzie niekiedy równoległą dodatnią reakcyę Russo i zmniejszają absorpcyę światła linii D, ale równoległość ta nie jest stałą. Na reakcyę Russo w tej formie, w jakiej ona została podana, wpływa przede wszystkim zabarwienie moczu, i tu ma miejsce, jak zupełnie słusznie twierdzą Dunger i Pescov przede wszystkim fenomen optyczny superpozycyi barw. Zmiana chemiczna barwnika (prawdopodobnie odbarwienie) może zachodzić tu również, ale z zabarwienia moczu nie można o tem sądzić.

Wynika to szczególnie jaskrawo z następującego doświadczenia: mocz który nie daje po utlenieniu go zapomocą KMnO_4 , to żadnego wpływu na absorpcyę światła (D) nie stwierdzamy.

Jak mylić może ocenianie odczynu na podstawie zmian zabarwienia barwnika przez mocz i wnioskowanie z zaobserwowanej zmiany barw o zmianie chemicznej, to wykazuje jasno odczyn Russa z zieleniu metylenową (*Methylegrun*). Barwnik ten w roztworze wodnym jest niebieski, po dodaniu zaś moczu przybiera barwę zieloną; natomiast badanie spektrofotometryczne nie wykazuje zupełnie zmian absorpcyi światła. Przy zastosowaniu wyżej przytoczonego sposobu badania zmiana koloru jest zjawiskiem wyłącznie optycznem. Odczyn Russo w tej formie w jakiej został podany nie posiada żadnego chemicznego znaczenia, ani też nie może dla kliniki mieć znaczenia takiego, jakie jemu przypisywał Russo i inni autorowie.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) M. Russo. La bleumetiline reazione, suo valore clinico Rif. med. 1905 Nr. 19. 2) R. Dunger. D. m. W. 1906 Nr. 39. 3) Fraenkel. Prakt. Wracz 1908 Nr. 3 (Ref. M. m. W. 1452). 4) S. Dibailow. Wraczebnaja Gazeta 1909 Nr. 1. (Ref. M. m. W. 561343). 5) Pes-

cov. Sem. méd. 1912. (Med. Oboz. 1911 LXXVI 13). 6) O. Seufert. Diss. Heidelberg 1906. 7) Boit. M. m. W. 1916 Nr. 43. 8) Tripold. M. m. W. 1917. Nr. 44. 9) Gergely. M. m. W. 1914. Nr. 44. 10) M. Koch. Sémin. Med. 1903. p. 103.

W sprawie aerobizacji bakterii beztlenowych.

Przez

Wandę Szczawińską.

Dra nauk przyrodniczych i medycyny.

W roku 1910 (1) zabierałam głos w sprawie aerobizacji beztlenowców w Société de biologie w Paryżu z powodu pracy Rosenthala, zatytułowanej „Aérobisation des microbes anaérobies“ (2). W latach ostatnich praca Rosenthala stała się przedmiotem rozważań w piśmiennictwie lekarskim polskim w zakresie

dociekań bakteriologicznych i obserwacji klinicznych.

Ponieważ poszukiwania moje w tym samym przedmiocie nie zostały w całości ogłoszone, a mój komunikat niewłaściwie był interpretowany przez polskich autorów, zgromadziłam w pracy niniejszej wyniki moich ba-

dań, robionych w znacznej części wspólnie z drem Guillemot'em w pracowni klinicznej prof. Verillon'a w szpitalu Enfants malades w Paryżu.

Rosenthal aerobizował bakterye beztlenowe czterema sposobami: 1o przez stopniowe powiększanie ciśnienia w rurkach zalutowanych, 2o przez delanolizację i starzenie się hodowli, 3o przez hodowanie w żelatynie bakteryi rozrzedzających ją, 4o przez stopniowe zmniejszanie płynu hodowlanego w rurkach głębokich, takiego jak mleko, jak woda z peptonem, z żelatyną, woda z kawałkami białka kurzego lub z fibryną.

Głównie jednak robił swe doświadczenia ostatnią metodą, na niej budował swe „prawą“ aerobizacji, w niej czerpał swe hipotezy.

Rurka głęboka Rosenthala ma 22 cm. długości, 1½ cm. średnicy, służy do podłoża płynnych, przeważnie mleka, ze stopniowo zmniejszającą się warstwą płynu od 12—3 cm. Aerobizacji w rurkach tych dokonywał Rosenthal w ten sposób, że co pięć dni przenosił beztlenowce z rurki z większą warstwą płynu do rurki z warstwą o 1 cm. mniejszą, a gdy bakterye przeszły szereg rurek od 12—2 cm. warstwy płynu, nabierały nowych własności i mogły rosnać na zwykłym agarze pochyłym.

Autor aerobizował następujące beztlenowce: *b. perfringens*, *b. septicus*, *b. gracilis*, *b. tetani*, sprawdzał następnie swe nowe „prawo“ na *b. botulinus*, *b. ramosus* i innych. W czasie aerobizacji beztlenowców obserwował 3 stadia: w 1-ym stadium powstają nowe rasy laseczników i wibryonów tlenowych, utrwalane przez zarodniki, ale zachowujące dawne własności chemiczne i biologiczne; słabną tylko chorobotwórcze. W 2-im stadium „anarobie de reconstitution“, rozwijającym się powoli właściwe cechy beztlenowców tracą się, ale mogą być odzyskane w podłożach beztlenowych. W 3-ym stadium „*bacillogène*“ bakterye są pozbawione wszelkich funkcji fermentacyjnych i własności chorobotwórczej, stają się „objętymi“. Bakterye i „*bacillogène*“ zachowują tylko jedną cechę wspólną, zlepiają się mianowicie pod wpływem surowic leczniczych,

W doświadczeniach nad bakterją Veillon-Fraenkel-Veleha (*b. perfringens*) po 3-ym stadium aerobizacji Rosenthal otrzymał z lasecznika formę okrągłą, dwuinkową, która po przesianiu na nowe podłoże przekształciła się na *enterococcus Thiercelin*. „Zdaje nam się, mówi autor, że „*bacillogène*“ Achalma (*b. perfringens*) stał się enterokokiem Thierceli-

na, następnie enterokokiem. Jest to dowód transformacji bakteryi“ (str. 41).

Na podstawie powyższych wyników autor uważa, że klasyczny podział bakteryi na beztlenowe, tlenowe i formy mieszane nie może się nadal utrzymać w bakteriologii, bo anarobia i anarobia różnią się między sobą tylko ilościowo i mogą być określone w cennymetrycznych.

Te same wyniki skłaniają Rosenthala do wyrażenia hipotezy, że „*bacillogène*“ jest mikroorganizmem pierwotnym, lasecznik zaś jest bakterją przekształconą, przystosowaną do życia pasorzytniczego.

W kilku pracach, jakie ukazały się u nas w latach ostatnich, wyniki Rosenthala znalazły szerokie rozwinięcie i potwierdzenie; służyły nadto do komentowania obserwacji laboratoryjnych i klinicznych. W obszernej i pełnej erudycji monografii, dotyczącej gangreny gazowej i obrzęku złośliwego, noszącej tytuł „Etyologia i patogeniza gazówek“ (3), autorzy opisali 35 szczepów beztlenowców, wyodrębnionych przez nich w ranach, powikłanych „gazówkami“ u ofiar wojny, które leczono w warszawskim lazarecie miejskim, powikłania, zapomniane przez współczesną chirurgię, spowodowane niezwykle warunkami wojny. Brak miejsca nie pozwala mi na obszerniejszy rozbiór tej interesującej pracy i zmusza do podniesienia niektórych tylko szczegółów.

Trudności, jakie autorzy L. Karwacki, Z. Bichniewiczówna i J. Groerówna znaleźli w rozpoznawaniu form bakteryjnych w gazówkach skłoniły ich do powzięcia opinii, że jedną z najbardziej charakterystycznych cech beztlenowców, niedocenioną nawet przez takich bakteriologów, jak v. Hibler, jest zmienność ich funkcji życiowych, która to cecha znalazła w monografii specjalne opracowanie (str. 13). Po przeglądzie wielu ruchliwych cech u beztlenowców, jak zdolność barwienia się Gramem, jak trawienie białka, stopień chorobotwórczości, uderzają autorzy w cechę zasadniczą—bztlenowość. I tu zostaje przytoczona praca Rosenthala, omawiana przez nas szeroko wyżej, a w niej jest podniesiona metoda, „godząca, zdaniem autorów, w beztlenowość, bo w metodzie został wykorzystany fakt, że beztlenowce rosną na podłożach płynnych zwykłych, gdy kolumna położa ma określoną średnicę i wysokość“. Rozważając dalej pracę Rosenthala, autorzy dodają, że zdolność do rozwoju tlenowego, jaką Rosenthal otrzymał u swoich bakteryi na drodze tresury, może cechować bakterję i w warunkach jej życia naturalnego. Taki beztlenowiec

„nawrócony” (2-ie stadium Rosenthala) nastręczać nie będzie trudności rozpoznawczych, gdy funkcje chorobotwórcze i zaczynowe osłabną przy zachowaniu wszystkich innych cech. Autorzy cytują w literaturze, beztlenowców obserwowanych, stwierdzające na tem tle powstałe trudności. Ale według autorów osłabienie funkcji chemicznych nie zawsze idzie w parze z osłabieniem funkcji chorobotwórczych, czego dowodem jest *b. perfringens*, który, znajdujący przez Thiroloix i Rosenthala w gościu stawowym, przy osłabieniu chemizmu, zachował całkowicie chorobotwórczość. Autorzy sądzą, że osłabienie chemizmu zależy od przystosowania się pasorzyta do roli chorobotwórczej, w której do walki skutecznej o byt potrzebne mu są cechy inne”.

Autorom udało się zaerobizować wszystkie beztlenowce poddawane tresurze. O moich doświadczeniach piszą, że otrzymałam pierwszy etap Rosenthala, czego wcale w komunikacie moim nie stwierdziłam. Na tem miejscu wstrzymuję się od wszelkich uwag, które znajdują opracowanie po doniesieniach własnych doświadczeń.

Ale praca Rosenthala odegrała o wiele większą rolę w poszukiwaniach autorów nad etiologią posocznicy z rumieniem i w gościu stawowym. W przypadku posocznicy z krótkim i lekkim przebiegiem L. Karwacki (4) znalazł we krwi chorego laseczki, po 1—2 na kilkudziesięciu polach widzenia. Laseczki te zaliczył autor do grupy *b. perfringens* na podstawie cech następujących: rozwoju na podłożach wyłącznie beztlenowych, obecności otoczki, braku ruchu dowolnego i barwienia się Gramem. Brak innych cech, nadewszystko chorobotwórczej i osłabienie zaczynowej tlomaczyć się może zdaniem autora zmiennością cech u tej grupy bakterii, czego dowodem jest znaleziona osłabiona forma bakterii w gościu, którą Rosenthal nazywa „*anhémobacille du rhumatisme*”. Bakteria ta przypomina „mutację” Rosenthala otrzymaną na mleku w wązkich próbkach z coraz niższą kolumną płynu. „Podobieństwo idzie jeszcze dalej, szczep hodowany na surowicy płynnej, przetworzył się w ziarenki i laseczki”. Autor, otrzymał, w III generacji, przy przesiewaniu hodowli, z surowicy na surowicę obok laseczek, ziarenka i łańcuszki. Kliniczny przebieg choroby nie upoważniał autora do przypuszczenia, że istnieje u chorego zakażenie krwi. O stosunku znalezionej bakterii do rumienia autor nie pewnie go powiedzieć nie może. W starej kazuistyce autor znalazł częste przypadki powikłania

gościca rumieniem. Że zaś w gościu niektórzy autorzy hodowali *b. perfringens*, stąd wynika pośrednio, że w pewnych dotąd jeszcze nieznanach warunkach, laseczki Achalm'a (*b. perfringens*), na równi z innymi zarazkami mogą być bodźcem, wywołującym w ustroju objawy rumienia. *B. perfringens* przeszedł tu do krwi z kiszki.

W 2 przypadkach gościca stawowego autorzy L. Karwacki i J. Groszówna (5) wyhodowali ze krwi laseczki, które w jednym przypadku mają wyraźne cechy *b. perfringens* z silną funkcją zaczynową, w drugim funkcja ta jest słabsza. Oba szczepy zarodnikują, oba są chorobotwórcze dla zwierząt, ale oba nie zlepiają się pod wpływem surowicy chorych.

W pracy tej autorzy trafiają na trudność pogodzenia własnych wyników, które uzależniają gościca stawowego od *b. perfringens*, z wynikami innych badań, które znów wykazują we krwi i w wysiękach stawowych obecność paciorkowców, według autorów francuskich enterokoków. Autorzy wprowadzić nie są w tym wypadku odosobieni, jednak muszą się liczyć ze zwolennikami paciorkowców w obet ścisłości ich badań.

I tu praca Rosenthala nad aerobizacją beztlenowców zdaniem autorów rzuca światło na to zawile zagadnienie; z wyników jego badań nad transformacją *b. perfringens* w enterokoka można według autorów przypuszczać, „pomimo odrębności morfologicznej i biologicznej zarówno enterokoka, jak laseczki Achalm'a (*b. perfringens*) mogą być tym samym tworem w różnych stadiach rozwoju” (str. 4, odbitka). To odkrycie Rosenthala, zdaniem ich zrobiłoby przewrót w całej bakterjologii, i spowodowało by zmiany w klasyfikacji, pogodziłoby nadto wszystkie paradoksy w gościu, gdyby było prawdziwe. Autorzy tu stwierdzają, „że jedyna próba sprawdzenia go, podjęta przez Szczawińską, wypadła ujemnie”.

W pracy Karwackiego (6) nad gościem stawowym z rumieniem wielokształtnym, badania bakterjologiczne wykazały, w 48 godzinnej hodowli w bulionie Tarozzi-Wrzeszka z posiewu krwi chorej, obecność drobnoustrojów w formie krótkich, grubych laseczek, a obok nich, dość licznych postaci w kształcie cytryn, serdelków, ziarników owalnych. Po posiewach na różnych podłożach, autor rozpoznaje *b. perfringens*. Pod względem chorobotwórczości u świnki, szczep daje rozległe owrzodzenie; surowica chorej nie zlepia go. Natomiast, ujawnia łatwą skłonność przyzwyczajania się do tlenu i rośnie na agarze skośnym, przyczem wygląd jego się nie

zmienił. Zaznaczyć tu muszę, że chora w początkach choroby miała znaczne obniżenie liczby czerwonych ciałek krwi (2307000), co autor składa na karb hemolitycznego działania pasorzyta.

Autor notuje o szczepie w przypadku tu omawianym, że jak inne gazowce odznaczał się zmiennością cech, ale zmienność ta zamiast słabnięcia ich, występowała w formie ich potęgowania. I tak gdy w pierwszych płynnych podłożach nie wytwarzał gazu, nie ścinał mleka, po przesiewach na świeże podłoża nabierał dodatnich własności, a chociaż dla szczepu były to własności nowe, leżały jednak w charakterystyce rodziny. Łatwość przyzwyczajania się szczepu do podłoża tlenowych stwierdził już Rosenthal, dla szczepów wyhodowanych ze krwi. „Jest do pewnego stopnia zrozumiałem, pisze autor, że przystosowanie bodaj częściowe do tlenu musi nastąpić u drobnoustrojów w czasie pobytu we krwi. Czynność ta zatem w warunkach hodowli laboratoryjnej stanowi tylko dalszy ciąg przystosowania się z okresu chorobotwórczego“.

Badania nasze nad aerobizacją beztlenowców metodą Rosenthala były tylko dalszym ciągiem poszukiwań, przedsięwziętych dla określenia czynników, sprzyjających hodowaniu bakterii beztlenowych w podłożach płynnych po ogłoszeniu prac Tarozzi'ego i Wrzoska. Już Nencki, po nim Buchner i inni, jak Liborius, Novy, Veillon wskazywali znaczenie w hodowli beztlenowców ciał redukcyjnych. Metoda Liborius-Veillon'a w agarze alkalicznym z glukozą pozwala na hodowanie beztlenowców w rurkach z przystępem powietrza. Nasunęło nam to myśl szukania ciał redukcyjnych w podłożach płynnych Tarozzi-Wrzoska. Stosując do podłoża tych autorów najpierw wypróbowany w tej mierze płyn Fehlinga, a następnie błękit Ehrlicha, który pod wpływem czynników redukcyjnych daje związek pochodny bezbarwny, poszukiwania nasze zostały uwieńczone wynikiem dodatnim, o czym komunikowaliśmy w 1908 r. w Towarzystwie biologicznym w Paryżu (7). Tkanki zwierzęce w metodzie Tarozzi'ego, tkanki roślinne metodzie Wrzoska wprowadzają do zwykłego środowiska, jakim jest bulion, związki redukcyjne, różnej natury, które sprzyjają rozwojowi beztlenowców. W bulionie czystym, w bulionie, do którego wkładaliśmy kawałki waty szklanej, przy tej samej wysokości płynu co w rurkach z tkankami, żadnego beztlenowca nigdy hodować nam się nie udawało. Mleko natomiast w metodzie Rosenthala jest płynem

bardzo podatnym, jest ono środowiskiem silnie redukującym przez obecność w nim laktozy.

Twierdzenie autorów, uzależniające beztlenowość jedynie od wysokości słupa płynu w rurkach hodowlanych, pozostaje w sprzeczności z temi badaniami.

Zanim powtórzyliśmy doświadczenia Rosenthala, staraliśmy się rozstrzygnąć parę zagadnień zasadniczych: 1) jak szybko do rurek Rosenthala z mlekiem, przy różnych wysokościach słupa płynu, przenika powietrze, 2) jaka jest granica minimalna warstwy mleka, pozwalająca na liodowanie bezwzględnych beztlenowców, pochodzących z podłoża beztlenowych, 3) jak wpływa na rozwój hodowli świeżo przygotowane i dawno przygotowane podłoże, 4) ilość posiewu i inne drobniejsze szczegóły techniczne. Do przeprowadzenia tej kategorii doświadczeń posługiwaliśmy się beztlenowcem *v. septicus*, którego szczep otrzymaliśmy z kolekcji Instytutu Pasteura.

Dla rozwiązania pierwszego pytania stawialiśmy w temperaturze laboratorium, t. j. 15—18° C., szereg rurek Rosenthala z mlekiem różnej wysokości, do których wpuściliśmy uprzednio błękitu metylenowego, odbarwionego przez zagotowanie inny szereg rurek wstawialiśmy do ciepłarki. W miarę przenikania tlenu atmosferycznego, mleko w rurkach barwiło się na niebiesko z powierzchni włąb rurek. Dodać musimy, że podłoża nasze były jałowe.

W doświadczeniu tem zaobserwowaliśmy, że im rurka zawierała większą warstwę płynu, tem grubsza jej warstwa była zabarwiona w przeciągu tegoż czasu. i tak w ciepłarce po 24 godzinach rurki z 12 cm. płynu barwiły się na 2—3 cm. w głąb od powierzchni, rurki z 6 cm. barwiły się na 2 cm., a rurki z 3 cm. płynu — na 1 cm. W temperaturze pokojowej po 35 godzinach rurka z 11,5 cm. była prawie cała zabarwiona, rurka z 9 cm. płynu na 5,5 cm., rurka z 6 cm. na 4 cm. zabarwiona, rurka z 5 cm. na 3 cm. zabarwiona. Po sześciu dniach a może i prędzej wszystkie rurki w temperaturze labor. były zabarwione.

Podobne doświadczenia, tylko z dodaniem rurek posianych *v. septicus* dały interesujący wynik. Rurki posiane z mlekiem 12 i 5 cm. wysokości płynu; bez posiewu 12, 9 i 8 cm. podzielono na 2 szeregi, jeden umieszczono w ciepłarce, drugi w temperaturze labor. Wszystkie rurki posiadały błękit metylenowy odbarwiony w chwili rozpoczęcia doświadczeń.

Po 24 godzinach wszystkie rurki były częściowo zabarwione błękitem: rurki z hodowlą na 1 cm. od powierzchni; rurki w ciepłarce

jałowe mniej więcej na 4 cm.; w temp. labor. na 2,5—3 cm.

Po 48 godzinach w rurkach z hodowlą zabarwienie błękitem zniknęło, mleko przedstawiało obraz charakterystyczny przy rozwoju w nim *v. septicus*: w żółtym płynie sernik ścięty w kłaczki i strawiony. Następných dni obraz się potęgował; zapach masłowy i gnilny, tak w rurkach z mlekiem 12 cm., jak 5 cm. słupa płynu się zjawił.

W rurkach jałowych zabarwienie mleka zwiększało się z dniem każdym. Na piąty dzień doświadczenia rurki w cieplarni były całkowicie zabarwione, w rurkach w temperaturze labor. zabarwienie było powolniejsze, sięgało 6 cm. wglęb.

Z doświadczeń tych wynika, że przenikanie powietrza do płynów jest szybkie, że jeśli płyny, służące do posiewu, nie są świeżo przygotowane, ale stoją dłużej, niż dni 6,

wysokość słupa płynów do celów aerobizacji nie ma znaczenia, bo pod względem zawartości tlenu powietrza rurki od 12. do 3 cm. są w tych samych warunkach. Doświadczenie to wskazuje jeszcze, że *v. septicus*, pochodzący z podłoża beztlenowego, może się rozwijać od razu w mleku 5 cm. głębokiem i że nie potrzeba go na to aerobizować przez przeprowadzenie co pięć dni przez rurki pośrednie, zaczynając od 12 cm. wysokości płynu. Znamienny jest tu nadto fakt, że rozwój beztlenowca odbarwia mleko zabarwione błękitem, gdy mleko w rurkach jałowych w tymże samym czasie coraz bardziej się błękitem barwi. Rozwój beztlenowca ma działanie redukujące na płyn hodowlany, ale życie jego wegetacyjne tego działania nie ma, po paru dniach płyn znowu barwić się zaczyna.

(Dok. n.).

Dział sprawozdawczy.

43. Dr W. Spielmeyer. Zmiany w mózdzku w tyfusie brzuszny.

Badając w 5 przypadkach mózdzek osób, zmarłych wskutek duru brzuszego, znalazł autor w warstwie korowej mózdzku (*zona molecularis*) ogniskowe nagromadzenie komórek gleju. Komórki gleju w obrębie tych ognisk miały kształt podłużny, i często były połączone ze sobą zapomocą szerokich wypustek, które tworzyły pomiędzy nimi jakby mostki, wśród tych komórek często spotykano figury podziału, a czasami i zmiany wsteczne. Ogniska te zawsze były ułożone w bliskości naczyń, lecz w naczyniach nigdy nie spostrzegano żadnych zmian, wogóle w mózdkach tych nie znaleziono żadnych zmian poza opisaniem ogniskowym bujaniem gleju.

Autor badał mózdzek w 7 przypadkach czerwoni, 1 przyp. paratyfusu, 6 przyp. influenzy, 1 przyp. obrzęku gazowego, 1 przyp. posocznicy i 5 przyp. zimnicy, lecz nigdzie nie znalazł zmian podobnych do powyżej opisanych. Tylko w 1 przyp. ogniska takie by-

ły znalezione, pozatem podobne ogniska znalazł autor w durze plamistym (na równi z typowem dla duru plamistego ogniskami komórkowemi) i w 2 przypadkach porażenia postępującego, tu ogniska te były umiejscowione w okolicach, gdzie nie było ani bujania gleju włóknistego, ani dla poraż. postępującego swoistych zmian naczyniowozapalnych. Autor uważa, że warstwa korowa mózdzku jest szczególnie wrażliwą na wszelkie czynniki szkodliwe i że pewne bodźce mogą wywoływać do pewnego stopnia swoiste zmiany w istocie glejowej tej części mózdzku.

O ile badania na większym materiale potwierdzą zmiany, znalezione przez Spielmeyera w istocie korowej mózdzku, to będziemy mieli dla duru brzuszego zmianę do pewnego stopnia swoistą, o ile, oczywiście, nie będzie wchodziło w grę porażenie postępujące lub dur plamisty.

(*Münch med. Woch.* 1919, № 23).

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wiadomości bieżące.

— Na skutek starań poczynionych przez T-wo Opieki nad chorymi nieuleczalnymi w Warszawie Przytułek w Królikarni dla chorych kobiet cierpiących na nieuleczalnego raka macicy i t. p. ma zapewnione chociaż częściowo środki na dalsze swoje istnienie. Mianowicie Wydział Dobroczynności Publicznej Magistratu Miasta st. Warszawy zobowią-

zał się płacić po 3 marki na dzień za 20 chorych pomieszczanych za pośrednictwem Wydziału w przytułku. Nadto Ministerium Zdrowia przyszło z pomocą T-wu przeznaczając zapomogę w ilości 6000 marek. Wobec powyższego Przytułek w Królikarni jest znowu otwarty i o ileby który z kolegów miał chore nadające się do przytułku, a przytem zupełnie biedne, zechce zwrócić się piśmien-

nie do Wydziału Dobroczynności Publicznej (Krak. Przedmieście 60) z prośbą o pomieszczenie chorej w przytułku. Wydział Dobroczynności żąda przedstawienia następujących danych: Imię i nazwisko chorej, lata, stan, mieszkanie, przynależność do Warszawy i rodzaj choroby.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie, Od dn. 16.XI. do 22.XI. 1919 r. było zachorowań: na ospę —, na odrę 52 (w tem 27 mężczyzn i 25 kobiet, 45 chrz. i 7 żyd.), na szkarlatynę 16 (w tem 5 mężczyzn i 11 kobiet, 12 chrz. i 4 żydów), dur plamisty 27 (w tem 16 mężczyzn i 11 kobiet, 20 chrześcian i 7 żydów), dur brzuszny 18 (w tem 8 mężczyzn i 10 kobiet, 13 chrześcian i 5 żydów), gorączkę powrotną 1 (chrześcianin), dyzenterję 1 (1 chrześcianka), drętvice karku 3 (1 mężczyzna, 2 kobiety, 1 chrześcianin 2 żydów), dyfteryt 4 (w tem (2 mężcz. i 2 kob., 4 chrześcian), gorączkę połogową 1 (1 chrz.), włośnicę 7 (2 mężcz. i 5 kobiet, wszystko chrześcianie w 1 rodzinie w X okręgu). Najwięcej odry było: w XV okr.—6, w VII, XI i XVII—po 5, szkarlatyny w XI —5, w VII —3, duru plamistego w XI—3, w I, II, III, IV, V, VII, X, XIII i XIV—po 2, duru brzuszego w VIII okr.—3, w V, XV i XXII—po 2, gorączki powrotnej w VIII okr.—1, dyzenterji w III okr.—1, drętvice karku w V—2, w VI okr.—1, gorączki połogowej w XI okr.—1,

Od dn. 23.XI. do 29.XI. 1919 r. było zachorowań: na ospę 3 (w V okr.—2, w III—1, same żydówki), na odrę 48 (w tem 25 mężczyzn i 23 kobiety, 43 chrześcian i 5 żydów), szkarlatynę 27 (w tem 9 mężczyzn i 18 kobiet, 17 chrześcian i 10 żydów), dur plamisty 28 (w tem 18 mężczyzn i 10 kobiet, 24 chrześcian 4 żydów), dur brzuszny 23 (w tem 7 mężczyzn i 16 kobiet, 12 chrześcian i 11 żydów), gorączkę powrotną 3 (w tem 2 mężczyzn i 1 kobieta, 3 chrześcian), dyfteryt 1 (1 mężcz., żyd), dyzenterję 2 (2 mężczyzn, chrz.), drętvice karku 3 (2 mężczyzn i 1 kob., 1 chrzesc. i 2 żyd.), gorączkę połogową 1 (1 kob. chrzesc.), włośnicę 1 (w X okr.—1 mężcz., chrzesc.). Najwięcej było odry w XIV okr.—10, w XI okr.—8,

w V i VII—po 5, duru plamistego w VII okr.—dur brzuszny w V okr.—10.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od dn. 16. XI. do 22. XI. 1919 r. było zachorowań: na ospę—, na odrę —, na szkarlatynę 28 (zm. 8) męż. 13, kob. 15, chrzesc. 21, żyd. 7; dur plamisty 7 (zm. 5), męż. 5, kobiet 2, chrz. 5, żyd. 2; dur brzuszny 12 (zm. 3) męż. 4, kob. 8, ch. 8, żyd. 4; gorączkę powrotną —, dyzenterję 1 (zm. 1) kob. chrz., dyfteryt 3 męż., ch. 1 ż. 2; gorączkę połogową 1 (zm. 1) chrz.; na gruźlicę zmarły 23 osoby,

Od 23.XI. do 29 XI 1919 było zachorowań: na ospę —, na odrę —, na szkarlatynę 18 (zm 5) męż. 8, kob. 10, ch. 13 ż. 5; dur plamisty 11 (zm. 2) m. 5, k. 6, ch. 7, ż. 4; dur brzuszny 17 (zm. 1), męż. 7, k. 10, ch. 11, ż. 6; gorączkę powrotną 1 kob.-żyd; dyzenterję 1 (zm. 1) męż.-chrz.; dyfteryt 3 (zm. 1) m. 1 k. 1, chrz. 1 ż. 1; nagm. zapalenie opon mózgowych 1 kob. żyd.; różę 2 (zm. 1) m. 1 k. 1 ch. 1 ż. 1; gorączkę połogową —. Na gruźlicę zmarło 23 osoby.

NEKROLOGIA.

Dr Józef Winiarski, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, długoletni członek zarządu i skarbnik Warsz. Tow. Lekarskiego zmarł nagle w Warszawie d. 17 października 1919; żył lat 54.

Dr Leon Rzeczniewski, wybitny neurolog warszawski; długoletni lekarz zakładu wodoleczniczego w Nowem Mieście zmarł w Warszawie 27 października 1919 w wieku lat 69.

Obszerniejsze życiorysy zmarłych kolegów podamy w najbliższych numerach Gazety.

NADESŁANO.

1) Dr Leopold Brennejsen. Higiena zębów i jamy ustnej, z 16-ma rysunkami. Wyd. II uzupełnione. Warszawa 1919.

U w a g a: W № 43/44 Gazety opuszczono w druku nazwisko autora pracy p. t. „Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny 1914—1918. Zaznaczamy tedy choć na tem miejscu, że autorem pracy jest szanowny Kolega Dr Jan Papée ze Lwowa.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Antoni Gluziński. Wykład wstępny	532	zacyi bakterji beztlenowych	540
Aleksander Tykociner. W sprawie odczynu moczu z błękitem metylenowym t. zw. odczynu Russa).	537	Dział sprawozdawczy. 40. Dr W. Spielmeyer. Zmiany w mózdzku w tyfusie brzuszny.	544
Wanda Szczawińska. W sprawie aerobi-		Wiadomości bieżące	544
		Nekrologia.. . . .	545

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

Adres Redakcyi i Administracyi: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-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 i na prowincyi kwartalnie Mk. 30 (koron 60), półrocznie Mk. 60 (kor. 120).

Cena numeru pojedynczego 4 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazeoie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej Mk. 5—, na ostatniej, przed tekstem i przy tekście Mk. 4.50, na pozostałych Mk. 4.—.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Faliek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Opadło czcionkami Drukarni Królowej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych. Kraków, Szujskiego 1. 9. Tel. 1295

Sanatorium dra TURBAŃA w Davos

Lekarz kierujący: Dr H. Vogel-Eysern,

Lekarz konsultant: Dr K. Turban.

MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.

w wielkim wyborze

po cenach konkurencyjnych polecają

STANISŁAW BARAN i S-ka

Kraków.

Sławkowska 6.

Kraków.

NADSZEDŁ POSZUKIWANY

przez małokrwistych, nerwowych, rekonwalescentów i osłabionych

HAEMATOGEN Dra HOMMELA

Najskuteczniej zwalcza gruźlicę.

Wystrzegać się falsyfikatów.

Przy kupnie należy żądać tylko **Dra Hommela Haematogen**.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXII.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling**. Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie-nych.
- № 4, 5, 6. **J. Szmurło**. Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spo-strzeżeń.
- № 7, 8, 9, 10. **Władysław Janowski**. Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



ASTHMIN-MOTOR
*w formie papierosów albo tyturu
 usuwa szybko napady dusznic
 i wszelkie objawy astmy*
SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN
 „MOTOR”**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubebaram, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
 Marszałkowska 23.

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

Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OUNIEWSKI**

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).
 Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.
 Cena Mk 8.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).
 (Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

Kredytowa 4.

! Największa Polska Loteria !

70,000 losów, 35,000 wygranych i 17 premii.

Wielka wygrana: 500000 mk.

SUMA
 WYGRANYCH
 W JEDNEM PÓLROCZU

11 milionów 592,000 mk.

Ciągnięcie klasy V dn. od 29 listopada do 22 grudnia.

Co drugi los wygrywa!