

GAZETA LEKARSKA.

I. ZAPALENIE GRUŻLICZE OPON MÓZGOWYCH, ZAKOŃCZONE NAGŁĄ ŚMIERCIĄ.

Opisał

Teodor Heryng.

Dnia 27 Czerwca r. b. zgłosił się do mnie pan S., aptekarz z Garwolina, z synem swoim Zygmuntem, lat 10 liczącym, uczniem szkół, żądając porady z powodu przewlekłego nieżyty nosa, połączonego z silnem zatknięciem jamy nosowej.

Chłopak sypiał zwykle z otwartymi ustami, skarżył się na zasychanie w gardle i niezbyt obfity odpływ ropy. Żadnych innych skarg ze strony chorego nie było, ojciec zaś pacjenta nie dostarczył mi żadnych danych anamnestycznych odnośnie do dawniej przebytych cierpień lub jakichbądź funkcjonalnych zaburzeń.

Badanie nosa wykazało: lewa muszla dolna na całej długości obrzmiała, zaczerwieniona, przedni koniec kolbiasto przerosły. Przy badaniu zgłębnikiem okazuje się, że przedni koniec muszli jest twardy, nie ustępuje pod uciskiem, w części tylnej muszli dolnej zgłębnik pozostawia zagłębienie, szybko wyrównujące się. Błona śluzowa przegrody nosowej blado-żółta, gładka. Przegroda nosowa w dolnej swej części nieco na lewo skrzywiona, opatrzona podłużnym, tuż przy podłodze jamy nosowej przebiegającym wałkiem, przyczyniała się jeszcze więcej do zatkania lewej połowy nosa. Wydzielina śluzowo-ropna dość obficie pokrywała błonę śluzową zarówno muszel, jak i kanał nosowy dolny. Z prawej strony nosa znalazłem takie same zmiany w daleko mniejszym stopniu. Z powodu wpuklenia przegrody na lewo, jama nosowa prawa była obszerniejszą i przerost muszli dolnej ograniczał się przeważnie do przedniego jej końca. Badanie rynoskopijne wykazało: strop jamy noso-gardzielowej pokryty dosyć gęstą ropną wydzieliną, tylne końce muszel dolnych obrzękłe, blado-szare, nieco ziarniste. Wypełniały one prawie zupełnie nozdrza tylne.

Migdałek noso-gardzielowy znalazłem nieznacznie tylko przerosły i ropną wydzieliną pokryty.

Tylna ściana gardzieli była biała, podsychnąca, widać na niej gdzieniegdzie kilka płaskich wyniosłości.

Migdałki niewielkie, z widocznymi otworami krypt, mało wystają poza łuki podniebienia.

Uderza ogólna bladość błony śluzowej podniebienia twardego, łuków i języczka.

Chłopak, jak na swój wiek, średnio rozwinięty, niedokrzwisty, twarz nalana, blada, nosi cechy wybitnych żołdów. Gruczoły limfatyczne podszczękowe i szyjowe były wyczuwalne. Zaburzeń ani ze strony wzroku, ani ze strony słuchu ojciec malca nie podawał.

Dnia 27 Czerwca, po znieczuleniu lewej muszli dolnej 10% roztworem kokaïny, przypaliłem ją płaskim galvano-kauterem. Chory bólu przy tem zupełnie nie czuł i zachowywał się wogóle nader spokojnie. Na całej długości miejsca przypalone zapędzowałem roztworem pyoktaniny [1:100] i zaleciłem ojcu pacyenta zatrzymanie chłopca w domu.

Na drugi dzień pacjent zjawił się u mnie w towarzystwie p. E.

Odczynu ogólnego po przypaleniu nie było żadnego. Stan bezgorączkowy, łaknienie i siły dobre. Strumień wody, wstrzyknięty prawym otworem, swobodnie lewym odpływa. Muszla dolna lewa, do połowy już zmniejszona, pokryta była grubym, mięsistym, szarawym strupem, luźno przylegającym. Miejsce przypalone zostało znowu zapędzowane pyoktaniną po uprzednim przemyciu nosa roztworem kwasu bornego.

Nazajutrz, t. j. 29 widziałem chłopca o godzinie 5-ej po południu. Czuł się doskonale, oddechał przez nos o wiele lepiej, strup z muszli dolnej już się oddzielał i wyjęty został pincetą. Ostrzegałem, aby z powodu wielkiego w tym dniu upału, chłopca od fizycznego zmęczenia powstrzymano.

Dnia 30-go otrzymałem w południe zawiadomienie od p. E., że Zygmunt S. nagle życie zakończył.

Dla dowiedzenia się przyczyny tak nieprzewidzianej i pozornie niczem niewytłomaczonej nagłej śmierci, udałem się do mieszkania p. E. i od żony jego dowiedziałem się następujących szczegółów.

Zaraz po wizycie we Wtorek, u mnie odbytej, Zygmunt S. z synem p. E. udał się na przechadzkę do Łazienek, zkąd wieczorem około 9-ej powrócił do domu. W Łazienkach raczyli się chłopcy suto wiśniami, wracając zaś do domu wieczorem, zjadł malec porcyję lodów i udał się na spoczynek, czując się najzupełniej zdrowym.

Przy łóżku chłopca spał syn p. E., rówieśnik Zygmunta. Około pierwszej po północy pani E. weszła do sypialni i widząc, że S. podczas snu się obnażył, przykryła go starannie kołdrą. Malec przebudził się, zawstydził i zasnął na powrót.

Kiedy nad ranem pan E. obu chłopców chciał zbudzić, z przerażeniem skonstatował, że Zygmunt S. nie żyje. Ciało już było zastygłe.

Trup leżał na wznak, twarz była nieco obrzękła z odcieniem sinawym, uszy ciemno-fioletowe. Dano znać policyi o zaszłym przypadku i nazajutrz z polecenia p. Inspektora urzędu lekarskiego, D-ra Troickiego, w gabinecie medycyny sądowej tutejszego Uniwersytetu, w obecności lekarza cyrkułu i kilku kolegów dokonana została przez D-ra Troickiego sekcya zwłok.

Protokół sekcyjny opiewa:

Na stole anatomicznym leży trup chłopca, lat około 10-ciu liczącego, budowy prawidłowej. Odżywianie umiarkowane, skóra wszędzie blada, tylko na brzuchu zielonkawo zabarwiona. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej znaj-

dużą się trzy plamy ciemno-brunatne, okrągłe, suche, pozbawione naskórka, nie okazujące przy rozcięciu śladu odczynu zapalnego [w tem miejscu puszczone dla sprawdzenia śmierci roztopiony lak na skórę].

Głowa, twarz, nos, uszy, język nie przedstawiają nic osobliwego. *Rigor mortis* umiarkowany Śladów gwałtu nigdzie nie widać.

Po otworzeniu czaszki, kości całe, w częściach górnych przeświecające, opona twarda napięta, przekrwiona, zawiera w zatoce podłużnej dosyć dużo ciemnej krwi i nie jest nigdzie przyrośniętą do kości czaszki. Opona miękka jest wszędzie przekrwiona, naczynia zarówno wielkie, jak i małe, są krwią nasycone, w części bocznej lewej półkuli opona jest trochę zmętniała, na dolnej zaś powierzchni części tylnej i na podstawie mózgu wzdłuż naczyń, obok wyraźnego zmętnienia i zgrubienia widać mnóstwo guziczków drobnych, szarych, wielkości ziarna prosa i drobniejszych, tuż przy sobie położonych. Tworzą one ognisko 2 ctm. długości i pół ctm. szerokości. Takie same ognisko, nieco mniejsze, znajdowało się przy przejściu części potylicowej mózgu w część ciemieniową. W dole potylicowym lewym, prawie przy przednim jego brzegu, leżą tuż przy sobie dwa twory, przyrośnięte do wewnętrznej powierzchni opony mózgowej, niezrośnięte z dolną powierzchnią mózdzku, lecz przylegające do niej. Jeden z tych tworów jest wielkości małego orzecha laskowego, drugi wielkości dużego tureckiego orzecha. Oba te guzy są umiarkowanej twardości, powierzchnia ich jest niezupełnie równa, kolor szary. Po rozcięciu mniejszego z nich okazało się, że zawiera on w części środkowej [znacznie większej] masę serowatą, część zaś obwodowa, około centymetra gruba, jest szaro-różową, błyszczącą. Drugi guz przedstawiał analogiczne zmiany. Substancja mózgowa na obwodzie silnie przekrwiona. Komórki boczne rozszerzone dość znacznie. Mózdzek w miejscu, w którym guzy opony miękkiej do niego przylegały, zmian żadnych nie przedstawiał.

Przy badaniu narządów klatki piersiowej znaleziono lewe płuco w części górnej przyrośnięte do klatki piersiowej. Na powierzchni obu listków opłucnej znaleziono sporo szarawych guziczków wielkości ziarnka prosa i większych. Na powierzchni przekroju górnego zrazu lewego płuca widać również gdzieś tam rozsiane drobne guziczki, płuco jednak wszędzie zawiera powietrze; żadnych zmian zapalnych, ani ognisk nie znaleziono. Gruczoły oskrzelowe, zwłaszcza z lewej strony są znacznie powiększone, w środku zserowaciałe. Gruczoły krętkowe również powiększone, na przekroju zserowaciałe. Na powierzchni surowiczej dolnej części k i s z e k i e n k i c h znajduje się około 10 ognisk szarych, złożonych z wielu drobnutkich ziarenek. Po rozcięciu kiszek znaleziono, w dolnej części кишки cienkiej i w górnej części кишки grubej, nad i pod zastawką BAUHIN'a, błonę śluzową zasianą niezliczonem mnóstwem szarych guziczków wielkości ziarna konopnego, bardzo ściśle do siebie przylegających. Na kilka cali powyżej i poniżej zastawki BAUHIN'a sprawa się już kończy, widać bowiem nieliczne tylko drobne guziczki. Na całej przestrzeni błony śluzowej nie znaleziono ani jednego owrzodzenia.

Serce, żołądek, wątroba, śledziona i narządy moczowo-płciowe żadnych zmian nie wykazują.

Podany powyżej opis badania pośmiertnego jest nader ciekawym z kilku względów, jakkolwiek na pierwszy rzut oka przyczyny nagłej śmierci dostatecznie nie tłumaczy.

Dla uzupełnienia nie dość jasnej dla mnie anamnezy zwróciłem się listownie do kolegi NOWAKA w Garwolinie, który był łaskaw zakomunikować mi listownie następujące dane.

„Zygmunt S. znany mi był od urodzenia. Matka jego cierpiała na krzywicę, której również i chłopiec między 2 a 3 rokiem życia podlegał.

Ojciec pacjenta, oprócz rozedmy, dotknięty jest przewlekłą sprawą zapalną płuc, czy gruźliczej natury, trudno mi orzec, ponieważ płwocina na laseczniki nie była badana.

W pierwszych latach życia, jakoby skutkiem zaburzeń żołądkowych, wystąpił u chłopca napad konwulsyj, który szybko przeszedł. Do nieżyków krtani i oskrzeli chłopiec zawsze był skłonny. W roku zeszłym przyjechał z Warszawy ze szkoły z odrą, którą zaraził rodzeństwo [brata i 4 siostry]. Przebieg odry był ciężki. W kilka tygodni, widząc, że chłopiec nie wraca do zdrowia, rodzice zasięgnęli mej rady. Znalazłem wówczas *pleuritis exsudativa sinistra* ze znaczną gorączką i silnem wychudnieniem. Wezykatoryje i *roborantia* postawiły chłopca na nogi. Na Wielkanoc tego roku malec objadł się sałatą śledziową. W nocy, gdy już mocno zasnął, począł chrapać i wystąpiły piana w ustach i ogólne drgawki. Wówczas po mnie posłano. Znalazłem żołądek mocno przepełniony i podałem środek wymiotny. Po wymiotach wszystko ustąpiło i chłopiec wrócił do zupełnego zdrowia.

O cierpieniu nosa, nieprawidłowem oddechaniu nie wiedziałem. Wiem, że chłopiec, powróciwszy teraz na wakacje, biegał, bawił się i używał zimnych kąpeli w rzece. To, co napisałem, nie jest dostatecznym dowodem, aby można było podejrzывать tak stare i wysokie zmiany w mózgu“.

Objaśnienie, dostarczone mi przez kolegę NOWAKA, wyświetliło w pewnej części zagadkowy pozornie przypadek; dla pewności jednak przeprowadziłem badanie drobnowidzowe opisanych powyżej guzów i znalazłem typowe dla gruźlicy zmiany. Guz zawierał w środku ognisko zserowaciałe, złożone z okrągłych ziarenek, które barwiły się słabo błękitem metylenowym. Na obwodzie wśród tkanek jednolitej, gdzieniegdzie alweolarnej, z cienkich włókienek złożonej, infiltrowanej w różnym stopniu okrągłymi komórkami, znalazłem liczne okrągłe i owalne, dość ściśle odgraniczone ogniska, t. j. gruźelki. Zawierały one, prócz komórek epitelijoidalnych i bardzo licznych komórek okrągłych, typowe komórki olbrzymie. Jedna z nich leżąca w przecięciu naczynia krwionośnego, zawierającego czerwone krążki, mieściła w sobie zabarwione laseczniki Koch'a. W samej tkance guza laseczników nie znalazłem.

Wiadomą jest rzeczą, że gruźlica opon jest prawie zawsze natury zatorowej i następstwem ogólnego zakażenia gruźliczego. Czasem przenosi się na opony z kości czaszki, jak również z opon przechodzi na ośrodki nerwowe mózgu lub rdzenia. Groźna ta, zwykle śmiertelna sprawa, napada nieraz dzieci, cieszące się pozorami zupełnego zdrowia i często też staje się powodem dyjagnostycznych pomyłek. Ze stanowiska anatomo-patologicznego od dawna już nazwano spr-

wę *meningo-encephalitis tuberculosa*, nie zaś *meningitis tuberculosa*. Na stole sekcyjnym znajdujemy zwykle dwojakiego rodzaju sprawy, jedne zapalnej natury, drugie specyficzne, t. j. gruźlicze

Do pierwszych zaliczamy: silne przekrwienie i rozszerzenie naczyń opon mózgowych, niekiedy krwawe wybroczyny w oponie miękkiej; na wypukłości mózgu, częściej na jego podstawie nasięki galaretowate, miękkie, szarawe, surowiczo nasiąknięte, obok zmętnień i zgrubień samej błony. Co się tyczy zmian czysto gruźliczych, to i te z początku są zapalnej natury, powstają w pobliżu naczyń krwionośnych, *resp.* otaczających je przestrzeni limfatycznych (*perivascularäre Räume*) i zwykle wzdłuż pni żylnych przechodzą na ośrodki mózgowe. Owe drobne ogniska, złożone z okrągłych komórek, są początkiem gruzelków, które w formie szarawych lub żółtawych guziczków występują na oponie miękkiej. Gdy sprawa przejdzie na spłoty naczyniowe komórek mózgu, i w nich przychodzi do wysięku. Same komórki mózgu bywają wtedy wypełnione płynem surowiczym, mniej lub więcej nieprzezroczystym i są w różnym stopniu rozszerzone. W formach o przebiegu przewlekłym drobne gruzelki odkładają się u obwodu i przez zserowacenie w środku wytwarzają coraz to większe ogniska, które drażą w substancję mózgu, i dochodzą nieraz wielkości jaja. Przez Vincentow'a nazwane zostały „*solitaire Tuberkel*“. W innych razach, gdy sprawa bujania elementów tkankolącznowych bierze przewagę nad zapaleniem, na oponie miękkiej wytwarzają się guzy większe, natury gruźliczej i stosownie do miejsca, w jakim się usadowią, stosownie do szybkości wzrostu, różne wywołać mogą objawy.

U naszego chorego nie nie zdradzało ciężkiego cierpienia gruźliczego, które prawdopodobnie po odrze wzięło swój początek i poprzedzone było cierpieniem opłucnej, zapewne gruźliczej natury. Napady konwulsyj, jakie w marcu b. r. miały miejsce, wywołane błędem w dyjecie, mogły być brane za epileptyczne. Przeszły one bez śladu po środku wymiotnym; nie były poprzedzone ani bólami głowy, ani wymiotami, albo zaparciem stolca; nie nastąpiła po nich gorączka, zawroty głowy, niepewność ruchu, światłowstręt, zmiany wzroku, nadczułość skóry, lub zmiana w usposobieniu. Chłopiec przed, podczas i po przyżeganiu, bądź co bądź, wymagającym pewnej siły woli, zachowywał się wzorowo. Reakcyi ogólnej nie było żadnej. Tętno około 90, nie nieprawidłowego nie przedstawiało. Spał dobrze po przypaleniu, łaknienie miał doskonałe, humor dobry. Oddech był zupełnie prawidłowy, rytmiczny. Ten brak objawów, uprzedzających wybuch konwulsyj, wytłumaczyć sobie można tylko w ten sposób, jeżeli przyjmiemy pogląd, wypowiedziany jeszcze w roku 1846 przez LEGENDRE'a, że przy przewlekłej sprawie gruźliczej opon mózgowych, sama obecność gruzelków nie sprowadza jeszcze objawów wyraźnych, póki nie wystąpią zaburzenia cyrkulacyjne i w ślad za nimi idące sprawy zapalne. Do zaburzeń cyrkulacyjnych musiały się przyczynić w owym fatalnym dla chorego dniu, zarówno błędy w dyjecie, zmęczenie przechadzką, wreszcie niezwykle, panujący w owym dniu upał. Mamy pewne prawo przypuścić, że pod wpływem wymienionych tu szkodliwości, współcześnie działających, wystąpiły w nocy gwałtowne konwulsyje, wśród których chory życie za kończył.

Przypisywać śmierć dokonanemu przed 3-ma dniami przypaleniu muszli, po którym żadna w stanie ogólnym nie nastąpiła reakcja, wobec tak poważnych zmian w ośrodkach nerwowych, niepodobna. Nie mniej ciekawym dla klinicysty faktem jest istnienie daleko posuniętej gruźlicy kiszek bez żadnych objawów patologicznych ze strony narządu pokarmowego. Przypadek ten opisałem dla wykazania, jak skrycie i zdradliwie zapalenie gruźlicze opon, powikłane gruźlicą kiszek, może przebiegać i wśród pozornego zdrowia zakończyć się nagłą śmiercią.

Z INSTYTUTU FIZJOLOGICZNEGO PROF. H. KRONECKERA W BERNIE SZWAJCARSKIM.

II. WPŁYW NIZKICH TEMPERATUR NA CZYNNOŚĆ ŻOŁĄDKA.

Przez

Maksymilijana Flauma.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

II. Trawienie żołądkowe *in vivo*.

Przechodzę obecnie do opisu doświadczeń, jakie wykonałem na żabach. Po zupełnem wypłukaniu żołądka, wprowadzałem do niego żabom krążki białka; kilka żab pozostawiałem w ciepłocie pokoju, większą liczbę pomieszczałem na lodzie. Następnego dnia u żab w pokoju nie można było w żołądku znaleźć ani śladu niestrawionego białka. Żaby na lodzie badałem codziennie, odpreparowując co 24 godziny jeden żołądek. Po 10-ciu dniach nie dostrzegłem jeszcze żadnej zmiany w krążkach białka u żab na lodzie. Zresztą żaby wcale nie tak łatwo wytrzymują przez dłuższy czas wpływ tak znacznego zimna. Już po 5—6 dniach niektóre ginęły, jakkolwiek inne znów, powoli ogrzewane, powracały do prawidłowego życia i w pokoju szybko trawiły białko. Z niektórymi żabami udało mi się przeciągnąć doświadczenie przez dwa tygodnie, lecz przy otwarciu żołądka nie dostrzegłem żadnej zmiany, która pozwalałaby wnosić choćby o śladach trawienia. Ciecz z żołądka wyciśnięta na lodzie, jeżeli wogóle dała się otrzymać, nie dawała odczynu białka, krążki zaś wprowadzonego do żołądka białka były zupełnie nienaruszone. Zbytecznem chyba jest zaznaczenie, że uprzednie przepłukanie żołądka dokonane zostało wodą z lodu, a przepłukiwano póty, aż można było mieć pewność, że nic już z żołądka nie wypływa prócz wody destylowanej.

Gdy to samo doświadczenie wykonywałem przy 10° C., zawsze następnego dnia mogłem stwierdzić, że białko w zupełności jest strawione. Natomiast przy 4 lub 5° C. zupełnie trawienie się nie odbywało, podobnie jak przy 0° C., jakkolwiek doświadczenie trwało przeszło 6 dni.

Po tem, czego dowiodły powyższe doświadczenia nad sztucznem trawieniem, nie można było dłużej powątpiewać, że w żywym zwierzęciu mamy do czynienia z zupełnie innemi czynnikami. Gdyby wogóle sok żołądkowy zawarty był w żołądku, trudno by było pojąć, dlaczego i przy niższych temperaturach trawienie nie ma miejsca. Lecz brak trawienia w niższych temperaturach tak

z łóżka może spowodzić pogorszenie, nawet badanie tylnej ściany klatki piersiowej winno się odbywać przy położeniu na bok. O pożywienie wzmacniające przedewszystkiem dbać należy. Z leków naparstnica zajmuje pierwsze miejsce; nie da się ona zastąpić przez żaden inny środek. Dla uspokojenia bicia serca służy zimny okład lodowy, lub gorczyczniki na klatkę piersiową. Przeciwno bólowi w okolicy serca posługiwać się można ostrożnie morfiną. Użycie ciepła w postaci okładów może uczynić zbyt uczynnym użycie morfiny. Przy wielkiem osłabieniu serca wskazane są leki pobudzające. Gdy się udało usunąć niebezpieczeństwo, polecić należy przez dłuższy czas leczenie wzmacniające, odpowiednie kąpiele, gimnastykę, umiarkowany ruch na świeżem powietrzu.

(*Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung* ¹⁾. Wiesbaden. 1890. str. 32).
Felix Arnstein.

40. Termopalpacja, nowa metoda fizykalnego badania.

Znaczenie miejscowego ograniczonego podniesienia ciepłoty skóry dla celów rozpoznawczych oceniono już oddawna, pomieszczając *calor* w owej klasycznej czwórce objawów, cechujących zapalenie. Dalsze badania ciepłoty skóry doprowadziły do wniosku, że tylko ciepłota jamy pachowej posiada znaczenie dyagnostyczne przez swoją stałość i najmniejszą zależność od otaczającej sfery. Pojedyncze spostrzeżenia, notujące różnicę ciepłoty skóry pokrywającą narządy zdrowe i dotknięte sprawami chorobowymi (*pleuritis, pneumonia etc.*), były tak nie liczne i tak sprzeczne, że ogół klinicystów uważał te różnice za przypadkowe i zgola nie mające znaczenia [FRANTZEL. Podręcznik ZIEMSEN'a]. Niedawno dwaj węgierscy lekarze BENCZUR i JONAS ogłosili pracę, w której na mocy ściśle przeprowadzonych badań nad ciepłotą skóry [termometry różniczkowe, przyrządy termogalwanometryczne] dowiedli, że na różnych miejscach klatki piersiowej i brzucha istnieją dające się przedmiotowo wykazać różnice ciepłoty. Ale nie dość na tem, różnice te dają się ująć w pewne prawa, które mogą mieć zastosowanie w dyagnostyce. Najgłówniejszem z tych praw jest: okolice, odpowiadające stępieniu, posiadają niższą ciepłotę i to w takim stopniu, że za pomocą pomiarów termometrycznych można oznaczyć granicę tępości serca, wątroby, śledziony, wysięku i t. p., przyczem granice te będą w zupełności odpowiadały granicom otrzymanym drogą opukiwania. Autorzy powyżsi idą jeszcze dalej — różnice w cieplocie są tak wyraźne, że można je oznaczać z całą dokładnością nie tylko za pomocą jakichś skomplikowanych przyrządów, ale wprost za pomocą cokolwiek wprawnej ręki. Pamiętać tylko należy, że termopalpacja ma do czynienia właściwie nie z ciepłotą skóry w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz ze zmianami, jakie powstają w cieplocie skóry albo przy równomiernem jej ochładzaniu [np. po zdjęciu odzieży], albo przy stopniowem jej ocieplanianiu się [jeżeli przedtem była sztucznie ochłodzoną np. za pomocą eteru lub wysoku].

Wtedy to możemy zauważyć, że miejsca, odpowiadające perkusyjnej tępości, prędzej się ochładzają albo wolniej ogrzewają od innych. Wniosek stąd jasny, że te różnice w cieplocie zależą nie od zachowania się skóry, lecz od wewnętrznych organów, które skóra pokrywa. Autorzy utrzymują, że różnice w cieplocie skóry, pokrywającej narządy wewnętrzne, zależą: 1) od ilości naczyń włosowatych, za pomocą których dany narząd jest złączony z klatką piersiową lub ścianami brzucha, 2) od szybkości krążenia w danym narządzie. Od kombinacji tych dwóch czynników mają zależeć różnice w cieplocie, będące podstawą zjawisk termo-palpacyjnych.

¹⁾ Odbitka z „Verhandlungen des IX Congress für innere Medizin zu Wien. 1890“.

Kombinacje te mogą być następujące:

1) Obfitość naczyń włosowatych i znaczna szybkość krążenia, 2) obfitość kapilarów i wolne krążenie, 3) ubóstwo naczyń włosowatych i szybkie krążenie, 4) ubóstwo kapilarów i wolne krążenie. Największa różnica w cieplecie będzie na granicy dwu narządów *resp.* części jednego narządu, z których jeden narząd posiada dużo kapilarów i szybkie krążenie, drugi zaś mało kapilarów i wolne krążenie [np. na granicy między płucem i wysiękiem do opłucnej różnica będzie duża, tymczasem między tętniakiem aorty i płucem różnica będzie mała, gdyż w tym ostatnim razie ściana tętniaka posiada mniej kapilarów w porównaniu do płuca, jednak krążenie jest tu szybsze, niż w płucach].

Doświadczenia autorów, dokonane [w niewielkiej liczbie] na zwierzętach — opis tych doświadczeń zająłby zbyt wiele miejsca — miały na celu wykazać, że krążenie krwi w samej skórze gra rolę podrzędną w przedstawianiu zjawisk termopalpacji, jak również, że zjawiska te zależą od obfitości naczyń włosowatych i szybkości krążenia.

Gdyby odkrycie BENCZUR'a i JANOŠ'a okazało się prawdziwym i w zastosowaniu praktycznym, dyagnostyka fizykalna zstałaby wzbogaconą o jedną metodę, która pod wielu względami byłaby nader pożyteczną. Badanie chorych ciężko, u których osłuchiwanie i opukiwanie z takimi jest połączone trudnościami, stałoby się o wiele łatwiejszem, gdyż można by badać chorego w pozycji leżącej; badanie byłoby przedszem i dostępniejszem dla tych, którzy nie posiadają dość delikatnego słuchu; wreszcie termopalpacja mogłaby w wielu razach potwierdzać i kontrolować wyniki innych metod fizykalnego badania.

Rozstrzygać o wartości tej metody mogą przedewszystkiem klinicyści. Otóż, właśnie w oddziale prof. FUERBRINGER'a [szpital miejski w Berlinie] dr. HELLNER zajął się oceną praktycznej wartości termopalpacji. Oceniania różnic ciepłoty dokonywał autor ręką — jedyny możliwy sposób stosowania tej metody w klinice. Badanie było zwykłe kontrolowane przez innych lekarzy. Otóż, na samym początku HELLNER zaznacza subiektywizm metody: różni badający różnie odczuwali ciepłotę danego miejsca; często nawet sam autor w przeciągu nader krótkiego czasu odbierał różne wrażenia. Spostrzeżeń zebrano niemало, bo z górą 180. Badanie wykonywano po zdjęciu odzieży z chorego. Ogólna ciepłota ciała nie wpływała na wynik badania. Można również dobrze odczuwać różnicę w miejscowej cieplecie przy 40° C., jak i przy 37° C..

Co się tyczy tępości serca, to na 28 przypadków tylko w 14-tu była konstataowaną przez obniżenie miejscowej ciepłoty; w 2-ch przypadkach nie było żadnej różnicy w cieplecie między obszarem odpowiadającym tępości serca a płucami, w 14 — było na odwrót. Gdzie tępość serca była pokrytą przez dotknięte rozedną płuco, albo gdzie była lewostronna odma piersiowa, termopalpacja nie dawała żadnych wyników pewnych, t. j. nie było różnicy w cieplecie na przestrzeni odpowiadającej tępości serca.

Tak samo niepewne wyniki otrzymano przy oznaczaniu tępości wątroby, śledziony i nerek. Na 35 wysięków do opłucnej w 24-ch zauważono obniżenie ciepłoty na danem miejscu skóry — w 9-ciu podniesienie, w 2-ch żadnej różnicy. Na 11 przypadków włóknikowego zapalenia płuc w 6-ciu przypadkach było obniżenie ciepłoty po stronie chorej — w 5-ciu innych to podniesienie, to żadnej różnicy. Wreszcie z 33-ch przypadków tylko w 11-tu termopalcacyjne (*sit venia verbo!*) oznaczała granice płuc, które odpowiadały granicom otrzymanym drogą opukiwania.

Nie kwestyonując bynajmniej wyników spostrzeżeń BENCZUR'a i JANOŠ'a, którzy się opierają na ściśle przedmiotowych danych, słusznie powiada HELLNER, że termopalpacja, wykonywana w sposób prosty i dla klinicysty dostępny, t. j. ręką, nie daje pozytywnych wyników i nie może być podniesioną do

godności metody fizykalnego badania: pierwszą jej wadą jest subiektywizm, trudny do skontrolowania.

[1) D. BENZUR und A. JONAS. *Wesen und Zustandekommen der Thermopalpatorischen Erscheinungen.*

2) HELLNER *Ueber die klinisch-praktische Verwerthbarkeit der Thermopalpation*]. A. Puławski.

41. Prof. Nothnagel. O uczuciu bólu przy cierpieniach serca.

Spostrzegając stosunkowo częste przypadki bolesności przedniej strony lewej połowy klatki piersiowej, autor nieraz zastanawiał się nad tem, dlaczego te męczące uczucia podmiotowe powstają właśnie w tem miejscu, a nie w stronie prawej lub nawet lewej, ale z tyłu. Z biegiem czasu autor doszedł do wniosku, że pomiędzy tem uczuciem bólu a cierpieniem anatomicznem serca i istnieje związek, i chciał był podać dokładny opis obrazu klinicznego tego rodzaju przypadków. Że jednak obecnie SÉE uprzedził go, zwraca on tu uwagę tylko na niektóre stosunki, niedostatecznie przez SÉE'go uwzględnione, prosząc czytelnika, aby pamiętał, że wszystko, co jest niżej wyłożone, odnosi się do osobników rzeczywście chorych na serce, a nie do osób nerwowych, zupełnie zdrowe serce mających, a skarżących się też czasami na ból w lewej połowie klatki piersiowej i wmawiających w siebie wadę sercową.

Przechodząc do omówienia uczuć bolesnych w okolicy serca u osobników z wadami zastawkowemi, autor przedstawia tabliczkę 483-ch przypadków, obserwowanych przez siebie, która wykazuje, że ból występuje nierównie częściej u osób, mających wadę lub wady ujścia tętnicy głównej [40% 60% 68%], niż u mających wadę lewego ujścia żylnego [18% — 7,5%]. Oprócz napadów stenokardycznych, które już dawno zwróciły na siebie uwagę, i które, według wielu autorów, mają się zdarzać tylko przy wadach aorty [przeciwko czemu świadczy do pewnego stopnia jeden ciekawy, opisany przez autora przypadek], zdarzają się w okolicy serca u chorych sercowych bóle kłujące, rwące, palące, świdrujące. Czasami chorzy mówią, że czują, jak gdyby ktoś wyrwał im serce, jak gdyby ktoś im je ranił, lub, że czują na jego miejscu obce ciało, lub wreszcie, że serce drga im boleśnie. Czasami udaje się wykryć przedmiotowo nadczołość skóry w okolicy serca, dość wyraźnie występującą przy porównaniu ze stopniem czułości tegoż miejsca po prawej stronie. Odnosi się ona zarówno do ucisku, jak i do uklucia. Czasami zmiany te można stwierdzić na lewym boku, a nawet z tyłu po lewej stronie. Najczęściej udaje się wykryć te zmiany przedmiotowe wtedy, kiedy chorzy nie skarżą się na żadne dolegliwości podmiotowe.

Bóle te są przy rozpoznanych wadach serca tylko jednym z ciekawych objawów klinicznych. Zdarzają się jednak zupełnie tego samego rodzaju dolegliwości u osobników, nie mających wady serca. Otóż, po wykluczeniu zapalenia opłucnej, goścecia lub nerwo-bólu miejscowego, należy mieć w tych razach szczególnie zwróconą uwagę na przerost serca, stłuszczenie jego, lub poczynające się zapalenie jego mięśnia. W praktyce prywatnej objawy bólu w okolicy serca spotykają się przy wyliczonych chorobach stosunkowo częściej, niż w szpitalu. Przy skombinowaniu przerostu serca z arteryjasklerozą mogą się zdarzyć nawet ataki stenokardyczne.

Od czego zależą te dolegliwości u ostatniego rodzaju chorych, trudno jest orzec, wobec tak bogatego unerwienia serca. Być może, przy zapaleniu mięśnia sercowego cierpią i zwoje nerwowe, których pochodzenia wskólczulnego dowiedli ostatnio HIS i ROMBERG. O osobników z wadą zastawek, mianowicie też aorty, ból ten powstaje, według autora, w naczyniu, a nie w sercu. Przypuszczenie to idzie w parze z bólami tak często obserwowanemi przy tętniakach. Wreszcie autor ma zamiar pomówić o tem wkrótce. Że ból w obu

rodzajów przypadkach rozchodzi się na skórę, to nie przedstawia już nic osobliwego. Jest to zwykła projekcja uczuć odśrodkowa [obwodowa].

(*Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 19. H. 3.*)

Wł. Janowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie 24 Listopada 1891. JAKOWSKI: *Etyjologia zapaleń opłucnej na zasadzie badań bakteriologicznych.*

Kol. JAKOWSKI przeprowadził badania bakteriologiczne w 52 przypadkach, i opierając się na nich, wyprowadza wnioski następujące:

1) Wszystkie zapalenia opłucnej są pochodzenia bakteriynego, różne drobnoustroje chorobotwórcze są istotną przyczyną zapaleń opłucnej, wszelkie inne przypuszczalne przyczyny, jak: zaziębienie, trauma, grają rolę jedynie warunków usposabiających.

2) Przypadki, przy których w wysięku wykryć bakterij nie można, są najprzypuszczalnie pochodzenia gruźliczego; drobnoustrojów wykryć nie możemy dlatego, że już to siedzą w tkance podopłucnej lub gruźlicach, lub też przypuszczalnie znajdują się wśród wysięku w postaci zarodników niemożliwych do wykrycia przy badaniu drobnowidzem.

3) Zapalenie opłucnej, towarzyszące lub następujące po zapaleniu płuc, zależy najczęściej od pneumokoków FRAENKEL'a-WEICHELBAUM'a. Jakkolwiek fakt ten zarówno jak i znajdowanie najczęściej przy zapaleniu płuc tych bakterij, wcale wedle mówcy nie przesądza, żeby one tylko miały być jedyną przyczyną tegoż zapalenia i bardzo jest możebnem, że z ulepszeniem metod badania wykryjemy zupełnie inne drobnoustroje, które uznamy za przyczynę zapalenia płuc, a wszystkie dotąd opisywane okażą się, że odgrywają tylko rolę saprofitów.

4) W pierwotnych t. zw. reumatycznych zapaleniach opłucnej najczęściej [70%] znajdujemy bakteryje FRAENKEL'a.

5) Zapalenia opłucnej, w których znajdujemy pneumokoki FRAENKEL'a, przebiegają lepiej i dają wogóle lepsze rokowania, niżli te zapalenia, w których znajdujemy bakteryje ropotwórcze, a głównie *strept. pyogenes*.

1) Występowanie *strept. pyog.* w wysiękach surowicznych można uważać za wskazówkę, że wysięk zmienia się w ropny i w przypadkach tych prędzej myśleć trzeba o radykalnej operacji.

7) Przypadki ropnych wysięków opłucnej, napotykanvch przy gruźlicy lub tyfusie, i wogóle tam, gdzie przez zniszczone tkanki [wrzody i t. d.] może nastąpić zakażenie wtórne bakteryjami ropotwórczemi, trzeba uważać za t. zw. zakażenie mieszane.

8) W wysiękach opłucnej przy reumatyzmie stawowym znajdujemy bakteryje ropotwórcze. Badania dokonywane były w pracowni szpitala Dz. Jezus z materiału znajdującego się w tymże szpitalu. Ogółem z liczby 52 wysięków zbadano 30 wysięków surowicznych i 22 ropnych. Tylko w 7 przypadkach bakterij nie znaleziono.

Zbadano 10 przypadków pierwotnego *pleuritis*, 16 zapaleń opłucnej przy zapaleniu płuc 13 przy gruźlicy, 1 przy tyfusie brzuszny, 1 przy zgorzeli płuc, 1 przy promienicy, 2 przy ostrym reumatyzmie stawowym, 1 przy zapaleniu osierdzia, 1 przy zapaleniu nerek, 1 przy wadzie serca i 5 niewiadomego pochodzenia. Przypadek wysięku przy zgorzeli płuc, gdzie bakterij wcale nieznaleziono, objaśnia kol. JAKOWSKI tem, że bakteryje albo wyginęły po wywołaniu zapalenia, albo też to ostatnie wywołaniem zostało przez gnilne produkty chemiczne życia bakterij, które, jak wiadomo, wywoływać mogą ropienie.

Dyskusja

KRYSIŃSKI prosi o objaśnienie tych przypadków. w których nie było w wysiękach pasorzytów, w których ani drobnowidz, ani hodowle nie wykazały obecności drobnoustrojów; zwraca uwagę, że nieodtłuszczanie preparatów może być przyczyną niemożności wykrycia pasorzytów.

JAKOWSKI odpowiada, że w tych przypadkach hodowle gruźlicze z zarodników mogły mu się nie udawać, albo też bakteryje zamarły. Przy badaniach preparaty zawsze odtłuszczał.

Prof. BARANOWSKI. W zimnych ropniach badania bakteriologiczne nie wykazują obecności bakterij gruźliczych, szczepienie dopiero daje możność przekonania się o nich. B. podziela wnioski JAKOWSKIEGO: gdzie badanie wysięku opłucnej daje rezultat negatywny, należy przypuszczać, że przyczyną cierpienia są pasorzyty gruźlicze, przynajmniej do takiego wniosku doprowadzają badania kliniczne.

Prof. BRODOWSKI. JAKOWSKI dochodzi do wniosku, że każde zapalenie opłucnej jest zakaźne; twierdzenie to jest zbyt stanowcze. Istnieją zapalenia opłucnej pochodzenia urazowego; objawy wtedy szybko przechodzą: trudno przypuścić, aby tego rodzaju zapalenia były wywołane przez zakażenie. Wielu klinicystów nie odrzuca możności zapalenia opłucnej pochodzenia niezakaźnego, substancyje chemiczne mogą również wywołać *pleuritis*.

JAKOWSKI nie badał na bakteryje zapaleń opłucnej pochodzenia urazowego, dlatego nie może nic stanowczego w tej kwestyi powiedzieć, są jednak zapalenia opłucnej z bakteryjami FRAENKEL'a, które nader szybko przechodzą — w ciągu 10 dni.

Prof. BRODOWSKI przypuszcza, że bakteryje FRAENKEL'a nie są jedyną przyczyną, ale najczęstszą zapaleń opłucnej i płuc.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, że każdy lekarz powinien dążyć do zbadania bakteriologicznego wysięków opłucnej, a to z tej racji, że badania te pozwalają stawiać pewne wnioski prognostyczne. Przy obecności bakterij FRAENKEL'a rokowanie jest dobre; obecność bakterij ropnych daje prognozę gorszą i wymaga natychmiastowej interwencji chirurga; w innych przypadkach przy braku pasorzytów i braku objawów ze strony płuc B. stawia rokowanie niezbyt szczególne, przypuszcza, że zapalenie wtedy zależy od bakterij gruźliczych.

GRUNDZACH widział przypadek, w którym znajdowano w wysięku opłucnej *streptococcus*; w przypadku tym jednocześnie istniało zapalenie stawów i osierdzia.

Prof. BRODOWSKI w podobnym przypadku również widział *streptococcus*.

MAYZEL przedstawił pod drobnowidzem kryształ *cystyny*, w wielkiej ilości wydzielone samodzielnie w osadzie porannego moczu 33-letniego chorego Pana T., z objawami klinicznymi „neurastenii“, bez szczególnych subiektywnych zaburzeń w przewodzie pokarmowym. W moczu wieczornym *cystyny* nie było w osadzie, a natomiast sam prawie szczawian wapnia.

Rozbiór moczu z osadem *cystyny* wykazał przy bladej barwie znaczny ciężar [zrana 1,039 — wieczorem 1,035], mało stosunkowo mocznika [36,02 *pro mille*], bardzo obfity kwas moczowy [mocznany i kwas moczowy także w osadzie], dużo szczawianu wapnia [w osadzie], bardzo znaczną indykanuryję [a przytem urobilin i skatoksyl] i liczne nieprawidłowo wykształcone ciała nasienne. Leukocyty liczniejsze dosyć znacznie. — Pogląd iż „*cystynuryja*“ jest w związku ze sprawami rozkładów nieprawidłowych w kiskach w zależności od mikrobów zdaje się być uzasadnionym, wnosząc z przytoczonego składu moczu, który wykazał zwłaszcza znaczną indykanuryję, mimo braku wydatnych subiektywnych przynajmniej zaburzeń w kiskach. *Cystynuryja* samodzielna jest zjawiskiem bardzo rzadko napotykanem. M. postrzegał ją od lat kilku dopiero

po raz drugi. Pierwszy przypadek stałej cystynuryi dotyczył 50-cio letniej żydówki z wydatnemi zaburzeniami w kiszkiach [i w wątrobie].

Wiadomości terapeutyczne.

27. Hydrastininum. Hydrastinina. Korzeń *Hydrastis canadensis* zawiera alkaloid hydrastynę (*Hydrastinum*) Jestto silna trucizna sercowa i jako taka nie może mieć zastosowania terapeutycznego u ludzi. W roku 1885 FREUND i WILL wykryli, że hydrastina, pod wpływem powolnego utleniania, rozkłada się na kwas opianowy [$C_{10}H_{10}O_5$], obojętny pod względem fizyologicznym i na zasadę [$C_1H_3NO_3$], nazwaną przez nich hydrastyniną. Hydrastinina w przeciwstawieniu do hydrastyny nie jest trucizną sercową, działa zaś inaczej aniżeli ta ostatnia, podnosi bowiem ciśnienie krwi, pobudzając bezpośrednio naczynia do skurczu, nie zaś przez pośrednictwo ośrodka naczynio-ruchowego, jak to czyni hydrastina. Przytem wzmożenie ciśnienia krwi jest energiczniejsze i bardziej równomierne, aniżeli pod działaniem hydrastyny [FALK. *Centrbl. f. Gynäk.* 1891. Nr. 49].

Na tem opiera się zastosowanie terapeutyczne hydrastyniny. Wszędzie tam, gdzie mamy na celu zmniejszenie przyływu krwi do narządów małej miednicy, tam zastosujemy z dobrym skutkiem hydrastyninę. W ten sposób powstrzymamy odrazu istniejące krwawienie lub przeszkodziśmy pojawieniu się w następstwie zbyt obfitej miesiączki. Wszelkie więc krwotoki miesiączkowe (*menorrhagia*), jakoteż krwotoki maciczne, zależne od przyływów krwi do zdrowej błony śluzowej macicy pod wpływem zaburzeń czynnościowych w jajnikach [*climacterium* i krwotoki u dziewic], lub też pod wpływem spraw patologicznych w innych częściach przydatkowych macicy — stanowią wskazania do zastosowania hydrastyniny. Przy krwotokach, towarzyszących mięśniakom macicy, jakoteż przewlekłemu zapaleniu błony śluzowej macicy (*endometritis haemorrhagica*), widziano znaczną poprawę od hydrastyniny, zwłaszcza gdy była stosowaną przez czas dłuższy [przez miesiące całe] Przy miesiączce bolesnej przyływowowej (*dysmenorrhoea congestiva*) hydrastinina, podawana przez czas dłuższy, wywiera działanie trwałe nawet po przerwaniu leczenia [FALK].

Bez skutku zaś pozostaje hydrastinina w tych przypadkach, w których potrzeba podziałania na skurczliwość samego mięśnia macicy, ażeby powstrzymać krwawienie, a więc w przypadkach nie do zwoju macicy pógowego (*subinvolutio uteri puerperalis*), albo w przypadkach krwotoków atonicznych, wydarzających się po porodzie lub po poronieniu. Tutaj pierwszeństwo przed innemi środkami pozostawia przy sporyszu i ani hydrastinina, ani tembardziej *Hydrastis canadensis*, nigdy go w skuteczności nie przywyższy.

Wyciąg z *Hydrastis canadensis* (*extractum fluidum*), działanie swe zawdzięczający hydrastyninie, wytwarzający się w ustroju pod wpływem utleniania, działa o wiele słabiej i powolniej, aniżeli ta ostatnia, potrzeba więc dłuższego czasu, aby środek ten, nagromadzając się w ustroju, wywarł skutek zamierzony. To kumulatywne jedynie działanie wyciągu *Hydrastis canadensis* stanowi słabą stronę tego środka. Hydrastinina działa odrazu. (CZEMPIN. *Centr. f. Gynäk.* 1891. Nr. 45).

Hydrastyninę podawać można przez usta i pod postacią wstrzykiwań podskórnych. Do wewnętrznie przepisywaną bywa w pastylkach lub w perełkach żelatynowych. Każda pastylka, albo perełka zawiera 0,025 hydrastyniny [Rp. *Hydrastinini murici* 0,025 *Sacchari albi* 1,0. *M. fiat trochiscus*. *D. til. dos. N. XII. S. 4* razy dziennie po jednej pastylce]. Zwykle do powstrzymania krwotoku wystarczają 4 do 5-ciu pastylek lub perełek na dzień, podawanych przez 2 do 3-ich dni z rzędu. FALK, zalecający także hydrastyninę zapobiegawczo przy zbyt obfitych miesiączkach, radzi podawać ją na pewien czas przed zjawieniem się miesiączki. Według niego skuteczność hydrastyniny, podanej przez usta w przypadkach już istniejącego krwotoku, jest jednak mniejsza, aniżeli przy podskórnem jej zastosowaniu. Do wstrzykiwań podskórnych używany bywa 10% roztwór w ilości 0,05—0,10 hydrastyniny na raz. Dawkę taką powtarzać należy codziennie w czasie miesiączkowania lub tuż przed niem, dwa razy zaś na tydzień w czasie pomiędzy dwiema miesiączkami. Hydrastinina, podskórnie wstrzyknięta, nie wywołuje wcale miejscowego podrażnienia. (STRASSMANN. *Deutsch. med. Woch.* 1891, Nr. 47).

Na zakończenie wspomnieć jeszcze wypadu, że FALK zastosował także hydrastyninę z dobrym skutkiem w jednym przypadku choroby płamistej WERLHOF'a.

Szerszemu rozpowszechnieniu się hydrastyniny stoi na przeszkodzie dość jeszcze wysoka cena preparatu. U MERCK'a 1 grm. kosztuje dotąd 2 marki 75 fen..

M. Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.

— Ostra krytyka publikacji Koch'a przez HUEPPE'go, którą podaliśmy w przekładzie w N-rze 49, była bezwzględnie zasłużoną i słusznym było jego domaganie się ogłoszenia wyników wstrzykiwań tuberkuliny u gruźliczych świnek morskich, które, według pierwotnego zapewnienia Koch'a miały być leczanemi przez te iniekcye. Zadaniu temu krytyków stało się zadość w części przynajmniej, a wynik okazał się, niestety, ujemnym. Wprawdzie nie sam Koch ogłasza te rezultaty, lecz jego pomocnik PRUHL, który w pracy wykonanej w instytucie Koch'a i pomieszczonej w ostatnim zeszycie przez Koch'a redagowanej „*Zeitschrift f. Hygiene u. Infect. Kr.*“ otwarcie przyznaje, że wstrzykiwania [u 55 zwierząt] wykazały wprawdzie „lecznicze działanie“ tuberkuliny na wątrobę i śledzionę [choć z wielu zastrz. żeniami], lecz przytem „zapełn[ia] nieskuteczność leczenia spraw gruźliczych w płucach“. Powiada on nadto, że nadanie odporności świnkom morskim za pomocą wstrzykiwań tuberkuliny nie udawało się. Przypuszcza wszelako, że tylko u człowieka występuje w płucach po wstrzykiwaniach tuberkuliny miejscowe zadrażnienie w odpowiedzi na tęzę, które przyczynić się może do skutecznego działania tuberkuliny. Wynika ztąd, powiada sprawozdawca (?Redakcyja) w Nr. 49 *Berlin. klin. Woch.*, że Koch widocznie nie posiada innych pomysłniejszych wyników doświadczeń na zwierzętach, te zaś, które ogłasza PRUHL, nietylko nie są zachęcającemi, lecz przeciwnie zupełnie podkopują podstawy dla praktycznego zastosowania tuberkuliny przeciw gruźlicy płucnej. W tym stanie rzeczy żaden lekarz bezwzględnie nie miałby odwagi próbować wstrzykiwań tuberkuliny u człowieka. Zdaniem sprawozdawcy, obowiązkiem Koch'a jest zabrać samemu głos w tej niejasnej sprawie.

Nadesłano do Redakcyi.

FLAUM. Ueber die chemischen Unterschiede zwischen genuinen Eiweiss, Albumose und Pepton. [Odbitka z Schweiz. Wochenschrift f. Pharmacie. 1891].

GOLDFLAM. Kliniczny przyczynek do etjologii wiatru rdzeniowego. [Odbitka z Przeglądu Lekarskiego. 1891].

GOLDFLAM. Ueber eine eigenthümliche Form von periodischer, familiärer, wahrscheinlich auto-intoxicatorischer Paralyse. [Odbitka z Zeitschr. f. klin. Medicin. 1891].

KRESS. Wirkungen des Diuretin. [Odbitka z Münchener med. Wochenschr. 1891].

ZAREMBA. Pogląd na stan sztuki lekarskiej w Indyjach starożytnych. Poznań. 1891.

Przepisy dotyczące kanalizacyi oddzielnych nieruchomości w mieście Warszawie. Warszawa. 1891 roku.

BARTOSZEWICZ. K woprosu o kolicestwie siernoj i siernocifirnych kisłot w moecie pri ponosach. Petersburg. 1891.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1892 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1892 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty. Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do Tomu XI Gazety Lekarskiej za rok 1891 oraz prospekt na „Głos“ w r. 1892 i „Opis działania fenacetyny“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 10 Декабря 1891 г. Друк К. Ковалевського, Крѣлевска Nr. 29.

Apteka WŁADYSŁAWA KLICKIEGO, Złota 29.

Stale zaopatrzona w wina lecznicze, środki opatrunkowe, specyjalija krajowe i zagraniczne,
wody mineralne naturalne i sztuczne. 52—35

Gilliard, P. Monnet et Cartier w Lyonie.

CHŁOREK ETYLU

do znieczulania

do użytku chirurgów i dentystów

Reprezentacja na Królestwo Polskie i Skład w Apteczce

0—2

Wendy i Wiorogórskiego, w Warszawie.

Woda MEXICO

Magistra Farmacyi H. WARESKIEGO

Niezawodny środek przeciwko wypadaniu włosów, tworzenia się łupieżu, oraz nerwowym i reumatycznym bólom głowy. Główny Skład: 11omackie Nr. 13, w Warszawie. 52—30

Księgarnia E. WENDE i Sp.

otrzymała na skład główny:

SYFILIS

W STOSUNKU DO MAŁŻEŃSTWA,

przez Dra medycyny Elsenberga.

Cena egzemplarza kcp. 30.

6—5

Dragées kreosoti fagi 0,05.

Dragées kreosoti fagi c. balsam tolutano 0,05.

Dragées kreosoti fagi 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées balsam. peruviani 0,05.

Dragées balsam. peruviani 0,05 c. acid. arsenicos 0,001.

Dragées jodoformii 0,05.

Dragées ferri lactici 0,05.

Dragées chinini sulfurici 0,05.

Dragées chinini muriatici 0,05.

Dragées chinini ferro citrici 0,05.

Dragées pepsini 0,05 (c. acid. muriat. dil.).

Dragées ichtyoli 0,05.

Dragées guajacoli 0,05.

Zarobione środkami zupełnie obojętnymi, jak korzeniem ślazowym i ekstraktem lukrecyi — wszystkie własnego wyrobu.

poleca apteka:

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej, w Warszawie.

0—12

KATAPLAZMY

wyrobu aptekarza

A. TURSKIEGO

Nagrodzone na Warsz. Wystawie higienicznej w r. 1837 Listem pochwalnym I-ej klasy
Zaszczycone licznymi świadectwami PP. Naczelnych Lekarzy i Ordynatorów warszawskich Szpitali. 16—16

Sprzedaż w aptekach i w składach materyjaltów aptecznych.