
GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Sz w a j e r. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu Starozakonnym w Warszawie w 1880—1881 r. — II. A. S o k o ł o w s k i. Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.—III. Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.—Choroby dzieci.—Kwestyje dotyczące chirurgii ortopedycznej.— *Dział sprawozdawczy*: 151. F r a e n t z e l. O rytmie ewaluowym serca, t. z. „*bruit de galop*“.— Wiadomości bieżące.— Nadesłano do Redakcyi.— Na pomnik Mickiewicza.— Ogłoszenia.

I. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnym w Warszawie w 1880—1881 r.

Podał **Jakób Sz w a j e r**, lekarz-asystent tegoż szpitala.

Epidemija gorączki powrotnej ¹⁾, panująca u nas stale już od 2 lat, słusznie zaczyna co raz więcej zwracać na siebie uwagę lekarzy szpitalnych. Szerząc się u nas z większem lub mniejszem nateżeniem w ciągu tego czasu i będąc, że tak powiem, barometrem ekonomicznym danej miejscowości, gorączka powrotna podwójnie zasługuje na naszą uwagę: najprzód ze strony czysto naukowej, a następnie jako kwestyja społeczna. Każdy więc szczegół naukowy, mogący w jakikolwiek bądź sposób przyczynić się do rozszerzenia zakresu wiadomości o wzmiankowanej chorobie, skrzętnie powinien być notowany. Te względy ośmielają mię do podania faktów, jakie zebrać zdołałem.

Pierwszy przypadek gorączki powrotnej w szpitalu starozakonnym notowany jest pod koniec Grudnia 1879 r. Dotyczy on chorego, który, przecierpiawszy dwa napady, w dziewięć dni po drugim napadzie opuścił szpital. Wcześniejszych przypadków w szpitalu naszym nie znajduję. Jeśli więc wzmiankowany przypadek przyjąć za pierwszy, to, zestawivszy go z pierwszą chorą, spostrzeżaną przez D u n i n a w miesiącu Sierpniu t. r. ²⁾, przyjdziemy do wniosku, iż w szpitalu starozakonnym pierwsze ślady gorączki powrotnej pokazały się dopiero w cztery miesiące później. W ciągu następnych dwóch miesięcy, to jest Stycznia i Lutego roku 1880, nie znajduję ani jednego przypadku. Czy ich osta-

¹⁾ Idąc za słuszną radą kolegi D u n i n a, używam nazwy „gorączka powrotna“, właściwszej aniżeli tyfus powrotny.

²⁾ „Medycyna“ Nr. 27. 1880 r.

tecnie nie było, napewno twierdzić nie mogę z powodu, iż jeszcze wówczas w szpitalu nie byłem. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, iż z początku mnóstwo przypadków gorączki powrotnej było przeoczonych i figurowało na kartach szpitalnych jako *febris intermittens, gastrica, typhus abortivus* i t. p. Dopiero w Marcu tegoż roku przypadki gorączki powrotnej zaczynają pojawiać się co raz częściej. Od tego też czasu spostrzeżenia moje datuję.

W ciągu całego tego roku przypadków gorączki pierwotnej mieliśmy podług wykazów szpitala około 200. Jakkolwiek cyfra ta nie jest przesadzoną, i byłaby nawet znacznie większą, gdyby wielu przypadków z początku nie brano za inne cierpienia, to jednak sprawozdanie moje odnoszę tylko do 140 pewniejszych przypadków.

Łość chorych w każdym miesiącu przypada jak następuje:

	Rok 1880.		W miesiącu Wrześniu	5
W miesiącu	Marcu	3	„ Październiku	12
„	Kwietniu	7	„ Listopadzie	11
„	Maju	19	„ Grudniu	14
„	Czerwcu	14		Rok 1881.
„	Lipcu	15	„ Stycznium	9
„	Sierpniu	18	„ Lutym	13

Widzimy więc, iż największa liczba chorych przypada na miesiąc Maj, Czerwiec, Lipiec i Sierpień, podczas których w szpitalu Dzieciątka Jezus, żydowskim dla dzieci, i o ile mi wiadomo w innych, oprócz Pragskiego, epidemija przycicha. Czas, odzielający najwyższe nasilenie epidemii w szpitalach, w środku miasta położonych, od zamiejskich, potrzebny był widocznie na stopniowe rozszerzenie się choroby.

Zbyt małą, rozumie się, posiadam cyfrę chorych, aby z niej można było wnioskować o drodze, po której choroba stopniowo postępowała. Mogę wszakże powiedzieć, że największą liczbę chorych dostarczyła nam północna część miasta, to jest okolice: około rogatek Powązkowskich, Powiśla, mniej okolice, około rogatki Wolskiej, Starego Miasta i przedmieścia Praga. W szpitalu Dzieciątka Jezus chorych z ostatnich 3 okolic wcale nie znajdujemy.

Oto wykaz ulic, które szpitalowi naszemu głównie chorych dostarczyły:

Miła	12 chorych	Praga	3 chorych
Muranowska	10 „	Stare miasto	3 „
Powązki	8 „	Ś-to-Jerska	3 „
Franciszkańska	8 „	Śliska	3 „
Krochmalna	6 „	Grzybowska	3 „
Wołyńska	5 „	Nizka	2 „
Dzika	5 „	Solec	2 „
Gęsia	4 „	Browarna	2 „
Pawia	4 „	Pańska	2 „
Nalewki	4 „		

Kilku chorych dostarczyło więzienie w ratuszu, jeden chory przyjechał z Galicyi, kilku pochodziło z okolicznych miasteczek: Mińsk, Nasielsk, Siedlce. Sam szpital dostarczył 12 chorych, t. j. przeszło 9% ogólnej liczby chorych. W szpitalu Dzieciątka Jezus 10%. Pomiedzy naszymi chorymi było: 7 felcerów, 1 posługacz, 1 kucharz (syn), 4 chorych szpitalnych, zarażonych w szpitalu. Trzech z tych ostatnich leżało na salach wewnętrznych, jeden zaś pochodził z oddziału chorób skórnych, ale swobodnie przechadzał się po salach wewnętrznych. Co się tyczy felcerów to wszyscy zajmowali się na salach wewnętrznych. Zwracam uwagę na ten fakt dla tego, iż przemawia on silnie za tem, że ciągle stykanie się z chorymi sprzyja rozwojowi choroby, co świadczy o kontagijnej (endogenetycznej) naturze zarazka. Jeszcze bardziej wymowne dowody dostarczają nam przypadki, gdzie do szpitala przybywały całe rodziny, lub cała czeladź, pracująca pod jednym dachem. Takich przykładów przytoczyć mogę dużo. Przy ulicy Milej Nr. 9, w suterenie, zachorowali wszyscy pracujący w mieszczącej się tam piekarni—osób 9. Drugi takiż przypadek pochodził z ulicy Nalewki Nr. 11, z suteren. Przy ulicy Ślizkiej cała rodzina, z 6 osób złożona, kolejno zapadała. Dwoje dzieci znajdowało się na kuracyi w szpitalu dla dzieci. Taki przypadek sprawdziłem przy ulicy Muranowskiej Nr. 22.

Co się tyczy sposobu zarażenia się, to zauważyłem fakt następujący. Z trzech chorych szpitalnych, zarażonych gorączką powrotną w samym szpitalu, każdy w innej sali, jeden leżał w jednej linii z chorym na gorączkę powrotną, ale oddzielało go od tego ostatniego kilku innych chorych; drudzy dwaj, każdy w innej sali, znajdowali się z przeciwnej strony od chorego na gorączkę powrotną i nie zbliżali się wcale do niego, jednakże ten mimo to ich zaraził. Jak się więc okazuje, dla zarażenia się bezpośrednio stykanie się z chorymi nie jest nie zbędne. Na fakt ten zwrócił już uwagę Murchison¹⁾, który twierdzi, że zarazek przenosi się za pośrednictwem powietrza.

Co się tyczy o d ł e g ł o ś c i, na jaką działa zarazek, to według Murchison'a przy dobrej wentylacji choroba staje się prawie niezaraźliwą. Przytacza on fakt, iż chory na gorączkę powrotną na sali ogólnej zaraził tylko jednego chorego, epileptyka, który często siadywał na łóżku chorego z gorączką powrotną. W samej rzeczy, zestawivszy wyżej przezemnie cytowane przypadki zapadnięcia całych rodzin, które znajdowały się w najfatalniejszych warunkach higienicznych, z rzadkimi stósunkowo przypadkami zarażenia się chorych w szpitalach, musimy zdanie Murchison'a uznać za sprawiedliwe.

Co się tyczy tego, jak d ł u g o potrzeba zostawać pod wpływem zarazka, aby ten chorobę wywołał, Murchison sądzi, że takowy może niebawem wpływ swój wyrzucić, jeśli zarazek jest bardzo skoncentrowany; w przeciwnym razie niebezpieczeństwo zarażenia się wzrasta w prostym stosunku do czasu zostawania pod wpływem zarazka. Przypuszczenie to znajduje pewne potwierdzenie w tym fakcie, że lekarze rzadziej się zara-

¹⁾ Patrz pracę Reitlingera. Izsledowanija po istorii, geografii i statistike wazwratnoj gariaczki w Rossii. 1874 r. str. 328.

żają, aniżeli felczerzy i posługacze, którzy dłużej w styczności z chorymi zostają. W szpitalu naszym żaden z lekarzy nie zachorował, gdy tymczasem felczerów zapadło aż 7. W szpitalu Dzieciątka Jezus na 15 zarażonych ze służby szpitalnej był tylko jeden lekarz.

Co się tyczy stosunku gorączki powrotnej do innych chorób zaraźliwych, to fakt zjawienia się tyfusu wysypkowego po ustawianiu gorączki powrotnej, znajduje u nas w tym roku zupełne potwierdzenie. Jeszcze w Lutym r. b., gdy liczba chorych na gorączkę powrotną powoli zmniejszała się, coraz częściej zaczęły występować przypadki tyfusu wysypkowego, którym sam niebawem dotknięty zostałem. Liczba chorych w tym czasie, w ciągu 2 miesięcy, była większą, aniżeli przez cały rok zeszły. Potwierdzenie tego faktu znajdujemy zresztą i w sprawozdaniach z innych szpitali, jak św. Rocha ¹⁾, gdzie aż 8 osób z obsługi i chorych zapadło jednocześnie i żydowskiego dla dzicci ²⁾, gdzie również znajdujemy przypadki tyfusu wysypkowego. Fakty te potwierdzają zdanie Reitlinger'a, iż skłonność do zarażenia się tyfusem wysypkowym jest większą, aniżeli gorączką powrotną. W Londyńskim „Fever Hospital“ na 4787 przypadków tyfusu wysypkowego przypada 80 zarażonych w szpitalu, t. j. 1 na 59; gdy w ciągu tego samego czasu był tylko jeden zarażony gorączką powrotną, chociaż liczba chorych doszła do 449. Wzajemny stosunek i kolejność obu tych chorób Murchison objaśnia w następujący sposób. Ponieważ gorączka powrotna i tyfus wysypkowy, panujące podczas głodu, nie powstają jednocześnie, a pierwsza przypada zwykle w początkach jego, to fakt ten wskazuje na bliski związek gorączki powrotnej z głodem. Ponieważ zaś następstwem jego jest zwykle większe skupienie ludności, to i cholera, wywołana przez to (tyfus wysypkowy), zastępuje powoli chorobę, powstałą wskutek nędzy i głodu (gorączkę powrotną).

Co się tyczy stosunku gorączki powrotnej do innych chorób zakaźnych, to ilość przypadków zapalenia płuc krupowego nie okazuje się u nas wcale większą, aniżeli w poprzednich latach, chociaż w szpitalu Dzieciątka Jezus, była ona znacznie większą, aniżeli przed epidemią gorączki powrotnej. Danych o zapaleniu osłon mózgowo-rdzeniowych nie posiadam.

Co się tyczy przyczyny epidemii u nas, to na poparcie zdania Dunina, iż ta prawdopodobnie przeniesioną została do nas z Zachodu, z okolic dotkniętych głodem, a nie przywędrowała wraz z wojskiem, powracającym z wojny tureckiej, przytoczyć mogę dane Thomse'n'a ³⁾, który, zastanawiając się nad przyczyną epidemii gorączki powrotnej w Niemczech w roku 1879/80, przychodzi do wniosku, iż prędzej można przypuścić o przeniesieniu jej ze Szlązka i Poznania do Polski, aniżeli odwrotnie, kiedy na Szlązku, w Prusach Wschodnich i Poznaniu, mówi wzmiankowany autor, już w Marcu 1879 epidemia doszła do najwyższego swego natężenia, a w Warszawie dopiero w Sierpniu pierwsze ślady

1) „Medycyna“ Nr. 22. 1881 r. Sprawozdanie Wszebor'a.

2) „Kronika Lekarska“ Nr. 4. 1881.

3) Die deutsche Recurrens-Epidemie der Jahre 1879/80. Inaug. Diss. Göttingen 1881 r.

jej się pokazały, to o przeniesieniu jej z Polski do Niemiec mowy być nie może, W obec więc tych faktów nie ulega prawie wątpliwości, iż epidemia nasza przywędrowała do nas z Zachodu i znajdując u nas, w najbiedniejszej klasie ludności, sprzyjające dla siebie warunki, powoli rozwijać się zaczęła.

O ile osobiście sprawdzić mogłem warunki, wśród których żyli chorzy, przybyli do naszego szpitala, były nad wyraz opłakane. Większa ich część zamieszkiwała ciemne, brudne i wilgotne sutereny lub komórki, niekiedy po 3 i 4 familije w jednej. Takie ogniska zarazy skonstatowałem przy ulicy Nalewki Nr. 11, Gęsiej Nr. 21 i 31, Milej Nr. 9, Muranowskiej Nr. 22 i t. d. Fakt więc, powtarzany przez wszystkich autorów, iż znaczne skupienie ludzi, ciasne pomieszkanie, w połączeniu z brakiem pożywienia, sprzyja rozwojowi choroby, znajduje i u nas zupełne potwierdzenie.

Co się tyczy płci chorych, to pod tym względem nie posiadam dokładnych danych. Na 140 chorych, wypada 115 mężczyzn i tylko 25 kobiet, t. j. 82% pierwszych i 18% drugich. Jakkolwiek cyfry te zgadzają się zupełnie z danemi, przytoczonymi za lat 7 przez Reitlingera (83,9% mężczyzn i 16,4% kobiet), jednakże nie uważam ich za prawdziwe, gdyż w ogóle liczba spostrzeganych przezemnie chorych kobiet była mniejszą od mężczyzn. Wniosków więc co do wpływu płci na usposobienie do przyjęcia zarazki gorączki powrotnej czynić nie mogę. Murchison, Reitlinger, Lebert¹⁾ Wyssi i Bock²⁾ skłaniają się więcej do tego, iż płeć nie wpływa wcale na to usposobienie; przewagę zaś pewną, jaką znaleźli po stronie mężczyzn, dwaj pierwsi tłumaczą gorszemi warunkami ich życia.

Co się tyczy wieku chorych na gorączkę powrotną, przybyłych do naszego szpitala, to 140 chorych rozpada się podług wieku jak następuje.

W i e k	Mężczyzn	Kobiet	Razem
Od 10 do 15	25	6	31
" 15 " 20	38	9	47
" 20 " 25	12	3	15
" 25 " 30	9	3	12
" 30 " 35	2	0	2
" 35 " 40	4	3	7
" 40 " 45	10	0	10
" 45 " 50	5	1	6
" 50 " 55	4	0	4
" 55 " 60	3	0	3
" 60 " 65	2	0	2
" 65 " 70	0	0	0
" 70 " 75	1	0	1
Razem	115	25	140
Średni wiek	24,7 lat	21,9 lat	24,25 lat

1) Ziemssen. Handbuech. der speciel. Patholog. u. Therap. t. II cz. 1.

2) Studien über Febris recurrens. Berlin 1869 r.

Najmłodszy chory miał lat 10, najstarszy 74. Zważywszy, że i małe dzieci dosyć często chorobie tej podlegają, przyjdziemy do wniosku, iż gorączka powrotna właściwa jest każdemu wiekowi.

Zestawiwszy cyfry otrzymane przez Dunina z naszymi, widzimy, iż średni wiek chorego w naszym szpitalu (24,25 lat) jest o 4 lata mniejszy, aniżeli w szpitalu Dzieciątka Jezus (28,8 lat), natomiast odpowiada zupełnie średniemu wiekowi Murchison'a (24,4 lat) i Reitlinger'a (25 lat). Jeszcze większa zachodzi różnica co do oddzielnych cyfr mężczyzn i kobiet. Wówczas gdy u nas średni wiek mężczyzn wypada 24,7 lat, u Dunina — 31,7 lat, u Murchison'a zaś 22,93 lat. Średni wiek kobiet u nas — 21,92, u Dunina — 26 lat, u Murchison'a — 26 lat. Widzimy więc, iż zdanie Dunina, jakoby epidemia nasza odznaczała się pewną skłonnością do zachorowywania osób w podeszłym wieku będących, u nas nie sprawdza się. Średni wiek mężczyzn u nas był większym, aniżeli kobiet (24,7 i 21,92). Z osób, w podeszłym wieku będących, chorowali u nas tylko mężczyźni; od 50—75 lat było ich 10, t. j. około 9% ogólnej liczby mężczyzn. Kobiet w tym wieku nie było wcale. Największą liczbę chorych dostarczył wiek między 15 a 20 rokiem życia — przypadków 47, t. j. prawie $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby chorych. Takie same dane przytaczają: Reitlinger, Murchison, Wyss i Bock, którzy fakt ten tłumaczą sobie niekorzystnymi warunkami życia i ciężką pracą, na jakie właśnie wiek ten jest wystawiony. Zważywszy jednak, że i wiek od 10—15 lat znaczny kontyngens chorych dostarcza (u Murchison'a 22,5%) i że według Griesinger'a i dzieci bardzo łatwo gorączką powrotną się zarażają, można przypuścić, iż oprócz przyczyn ubocznych, niekorzystnie na młody wiek wpływających, istnieje pewna skłonność w młodym wieku do przyjęcia zarazka gorączki powrotnej. Na poparcie tego zdania, przytoczę fakt, który bądź co bądź na uwagę zasługuje. Każdy z trzech chorych, zarażonych w samym szpitalu, o których wyżej już wspomniałem, był najmłodszym ze wszystkich innych chorych, znajdujących się z nim razem na wspólnej sali, w której się zaraził. Chorzy ci, jak już mówiłem, nie leżeli obok chorego na gorączkę powrotną, ale byli od niego oddzieleni już to innymi łóżkami, już znaczną wolną przestrzenią.

Dodać muszę, że wszyscy trzej wzmiankowani chorzy z łóżek swych nie schodzili i że na każdej sali (po 12 łóżek) znajdowało się wówczas tylko po jednym chorym na gorączkę powrotną. Na każdej więc z trzech sal zaraził się nie najbliższy, lecz najmłodszy. Fakt ten wytłumaczyć sobie można tylko pewną skłonnością do przyjęcia zarazka, właściwą młodemu wiekowi. Jaki jest przebieg gorączki powrotnej u osób do jednej rodziny należących, nie mogę powiedzieć, gdyż na punkt ten za mało zwróciłem uwagi. Moczutkowski¹⁾, który często miał sposobność przypadki podobne spostrzegać, widział tylko w jednym najzupełniejszą analogiję w przebiegu. Tyczyło się to matki, 22 letniej kobiety, i pięcioletniego jej syna. Identyczność tę w przebiegu choroby, przejawiającą się u obojga płci w najdrob-

¹⁾ Wraz. Nr. 25. 1881 r.

niejszych szczegółach, Moczutkowski tłumaczy tylko nadzwyczajnem indywidualnem podobieństwem obu osobników, jednakowo na zarazek wrażliwych. Podobieństwo to wyrażało się w rysach twarzy, kolorze włosów i tęczy oczu, w kształcie czaszek, warg i nosów, nawet w symetrycznem rozmieszczeniu znamion na ciele.

Co się tyczy śmiertelności gorączki powrotnej w szpitalu naszym, to na 140 przypadków, dołączywszy do nich 3 przypadki tyfusu żółciowego, mieliśmy razem 4 zakończone śmiercią. Procent więc śmiertelności jest stosunkowo bardzo mały, gdyż wynosi zaledwie 2,9%. Jest on więc jeszcze mniejszy niż w szpitalu Dzieciątka Jezus (3,5%). Z 4 zmarłych jeden miał lat 48, drugi 54, trzeci 57 — wszyscy trzej mocno nadużywali *in Baccho*. Czwarty zmarły był jednym z zarażonych w samym szpitalu, miał lat 16 i dotknięty był marskością wątroby (*cirrhosis hepatis*) z przesiękiem w jamie otrzewnej (*ascites*). Z trzech podanych przypadków tyfusu żółciowego dwa zakończyły się śmiercią.

Wszystkie przypadki śmierci odnoszą się do mężczyzn. Nie zgadza się to z danemi Murchison'a, który twierdzi, że śmiertelność większa jest u kobiet, niż u mężczyzn, chociaż większość innych autorów — jak Douglas, Robertson, Paterson¹⁾ i inni — przeciwnego jest zdania.

Wpływ poprzedniego trybu życia chorych na przebieg gorączki powrotnej zdaje się nie ulegać wątpliwości. Z 4 zmarłych u nas, trzech mocno nadużywało *in Baccho*. W obec więc tego, warto na punkt ten baczniejszą zwrócić uwagę. Co się tyczy wpływu innych nadużyć, to nie mam w tej kwestyi żadnych danych. Douglas na 19 zmarłych na gorączkę powrotną u 9 stwierdził rozwzięły sposób życia.

Zbyt mało posiadam na teraz danych, aby z nich o wpływie rasyowości na śmiertelność jakiegokolwiek czynić wnioski. Zaznaczyć jednak muszę, iż różnica w śmiertelności, jaką widzimy w szpitalu naszym w porównaniu z innemi, powtarzająca się rok rocznie i dla innych chorób zaraźliwych ostrych, nasuwa mimowoli przypuszczenie o wpływie rasy na przebieg tych chorób. Do ciekawej tej kwestyi, po nagromadzeniu odpowiednich cyfr, pozwolę sobie jeszcze kiedyś powrócić.

Przechodząc do symptomatologii gorączki powrotnej u chorych naszych, zauważyć muszę, iż dokładne określenie 2 pierwszych okresów choroby, t. j. *stad incubationis et prodromorum*, u chorych szpitalnych w ogóle, a w szpitalu żydowskim w szczególne, jest prawie niemożliwem. Godnem uwagi jest, że żyd, z kądinąd dosyć rozwinięty i sprytny, jest najniezaradniejszym i najciemniejszym tłumaczem swych cierpień. Z tego właśnie względu, anamnestyczne i podmiotowe dane u chorych naszych są bardzo często zagmatwane i z trudnością dokładnie określić się dadzą. Znane znowu powszechnie uprzedzenie i wstręt, jakie chory żyd ma do szpitala, tłumaczą nam to, że większość chorych naszych przybywała do szpitala dopiero w okresie największego natężenia się choroby, najczęściej podczas przełamu jej co uniemożliwiło spostrze-

¹⁾ Obacz pracę Reitlingera.

ganie jej początku. Z 75 osobście przezemnie obserwowanych przypadków miałem 3, które mogłem dokładnie od początku spostrzegać, gdyż powstały z zarażenia. Początek choroby u nich, jak również w większości wszystkich innych, jak się z opowiadania chorych okazuje, był nagły. Dobitny przykład takiego początku miałem na chorym szpitalnym (*ischias*), który czując się nieco lepiej, wypisany został rano ze szpitala na własne żądanie. Gdy jednak już miał po obiedzie szpital opuścić, nagle dostał silnych dreszów, bólu głowy, co zmusiło go napowrót do szpitala się zapisać, gdzie rozpoznano gorączkę powrotną. Takież dreszcz, lub słabszy, występował u większości chorych. Silny dosyć ból głowy, krzyża i kończyn dolnych, często zawrót głowy, zmuszały ich położyć się do łóżka. Niekiedy występowały nudności i wymioty. Wieczorem tegoż dnia ciepłota ciała dochodziła do 39,8° C., tętno 100—110 uderzeń na minutę. Skóra nie zupełnie sucha. Język słabo podsychający lub wilgotny. Następnego dnia występuje uczucie pełności w dołku (a szczególnie w lewym podżebrzu), które z każdym dniem wzrasta i zamienia się w ból; który przy nacisku znacznie się wzmacnia, a często wstrząsa całym chorym. Ból ten pochodzi od ucisku co raz silniej powiększającej się śledziony. Mniejsza bolesność występuje w prawym podżebrzu, od mniej powiększonej wątroby. Jednocześnie w wielu przypadkach występuje lekki lub mocniejszy odcień żółtawy białkówki oka i całej skóry. Wysypki ani razu nie widziałem. Ciepłota ciała przez następne dni była typu zwalnającego (*typus remittens*) lub nieprawidłowego. Różnica między ranną a wieczorną ciepłotą wynosiła od 0,4°—2,0° C. Najwyższa ciepłota, jaką widziałem, była 41,6° C. Jednocześnie z powiększeniem się ciepłoty ból głowy staje się mniejszym, natomiast bóle w karku, krzyżu, kończynach górnych, a najbardziej, łydkach silnie wzrastają. Dotknięcie łydek wywołuje często wstrząśnienie całego ciała, niekiedy i płacz, nawet u dorosłych. Sen dosyć często przerywany, niekiedy bezsenność. Chory rzadko bardzo traci przytomność umysłu, jest apatyczny lub bredzi. Rzadziej jeszcze występują zaburzenia zmysłów, dróg oddechowych i krążenia. Brzuch rzadko kiedy wzdęty, prawie zawsze miękki, bolesność przy dotykaniu zależy od ucisku mięśni brzucha. Stolec w przeważnej liczbie przypadków leniwy. Język bardzo rzadko zupełnie suchy, często cały obłożony. Łaknienie w wielu przypadkach dopisuje. Mocz dosyć mocno nasycony, ilość jego znacznie zmniejszona. Niekiedy zawiera ślady białka Krew, badana pod drobnowidzem, oprócz innych zmian, wykazuje przez cały czas napadu obecność spirochetów.

Wszystkie te objawy trwały w epidemii naszej od 3—11 dni. Poczem w przeciągu 12—24 godzin, częściej wieczorem, następuje bardzo obfity pot, kilka lub kilkanaście godzin trwający, po którym chory czuje się znacznie lepiej. Gorączka przechodzi, ciepłota spada do normy, lub co częściej—daleko niżej, dochodziła ona niekiedy do 35,0° C. Tętno opada do 60—48 na minutę. Większość chorych natarczywie żąda jeść, co stanowi jedną z częstszych przyczyn, iż szpital chcą gwałtem opuścić.

(D. c. n.)

II. SPRAWOZDANIE SZPITALNE

z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.

Podał D-r **Alfred Sokołowski.**

W dniu 1-ym Grudnia r. z. z inicjatywy D-ra Zaleskiego, naczelnego lekarza szpitala Ś-go Ducha w Warszawie, otworzono czasowo przy tymże szpitalu oddział specjalny dla chorych piersiowych i gardlanych, prowadzenie którego mnie zostało powierzonym. Składał się on z 2-ch oddzielnych części:

1-o stałego oddziału na 6 łózek, pomieszczonego w obszernej sali, bardzo dobrze wentylowanej wśród ogrodu (tak zwany pawilon IV). Chorzy w nim znajdujący się otrzymywali daleko większą ilość mleka i dyjetę pożywniejszą, niż na innych oddziałach szpitalnych.

2-o polikliniki dla chorych przychodnich, lub też będących na innych oddziałach szpitala, a dotkniętych cierpieniem gardła. U tych prowadzono sposobem ambulatoryjnym leczenie miejscowe i dokonywano w miarę potrzeby niektórych laryngo-chirurgicznych rękoczynów.

Cały oddział zostawał w mojem zawiadywaniu przez 6 miesięcy, t. j. do 1-go Czerwca r. b., a chociaż materyjał w nim będący był nazbyt szczupłym, czuję się jednakże mimo to w obowiązku zdać krótkie sprawozdanie z jego działalności, tembardziej, że miałem sposobność obserwować niektóre przypadki zdolne zainteresować nieco lekarzy praktyków, dla których głównie sprawozdanie niniejsze jest przeznaczonym.

*

*

*

Na oddziale stałym znajdowało się w leczeniu 36 chorych, dających się podzielić w następujące grupy:

1) Najliczniejszą grupę bo aż 20 przypadków, stanowiły różne postacie suchot płucnych.	20
2) Cierpienie krtani i gardzieli	6
3) Rozedmę płuc i katary oskrzeli	6
4) Ostre zapalenie płuc	2
5) Hydrothorax.	1
6) Ciało obce w oskrzeli.	1

Razem 36.

A) Grupa I. Suchoty płucne.

Sądzę, że wyrażenie suchoty płucne, ostatniemi czasy zaniedbane, jest najbardziej odpowiedniem, gdyż oznacza zestanowiska klinicznego różne postacie cierpienia tkanki płucnej, prowadzące ostatecznie do zniszczenia miąższu płucnego oraz wyniszczenia całego organizmu. Nazwy, wprowadzone przez szkołę niemiecką, jako to: *Bronchopneumonia catarrhalis*, *peribronchitis*, *pneumonia lobularis*, *pneumonia disseminata*, *tuberculosis chronica* i t. p., są jedynie ze stanowiska anatomo-patologicznego usprawiedliwione. Klinikysta niesłychanie rzadko i to

tylko w początkowych okresach cierpienia, jest w stanie oznaczyć rzeczywisty punkt wyjścia cierpienia (pecherzyki płuc, tkankę śródmiąższową lub opłucną).

Nazwy więc przytoczone są zupełnie dowolne i co jeden autor nazywa *peribronchitis*, drugi zowie *pneumonia chronica*, a trzeci po prostu *tuberculosis* — idąc w ślad Rindfleischa i całej szkoły francuzkiej z Grancherem i Charcot'em na czele.

Z 20-tu chorych, dotkniętych suchotami płucnymi, zaledwie u jednego mieliśmy do czynienia z cierpieniem niezbyt daleko posuniętem, u innych 19 takowe przedstawiało daleki lub nawet ostateczny okres rozwoju, a więc: mniej lub więcej rozległe jamy, zmiany następce gruźlicze w innych organach, stan hektyczny i zupełny upadek odżywiania; taki smutny obraz nie był wyjątkowem tylko zjawiskiem w moim oddziale, przeciwnie, we wszystkich szpitalach warszawskich spotyka się zazwyczaj suchoty płucne w ostatnim ich okresie. Ludzie udający się do szpitali, leczą się zwykle dopiero wtedy, gdy szybko rozwijający się okres hektyczny uczyni ich niezdolnymi do pracy. Rozbierając bliżej owe 19 przypadków, to przedstawiały one nam się w następujący sposób:

Siedmiu chorych znajdowało się w ostatecznym okresie suchot; u nich, obok zniszczeń obu płuc, widzimy objawy następce gruźlicze w innych organach: rozwolnienie, *enteritis tuberculosa*, białkomocz i t. p. Z tych 7 chorych zmarło w szpitalu 4. U 1-ej przyczyną śmierci była odma piersiowa (*pneumothorax*), która zabiła chorą w ciągu kilku godzin. Zdarza się to stosunkowo bardzo rzadko, gdyż suchotnicy przy tego rodzaju powikłaniu żyją zazwyczaj dosyć długo, tygodnie, a nawet miesiące całe, tak, że dochodzi do powstania *pyopneumothoracis*. W danym przypadku śmierć nastąpiła szybko z tego powodu, że przedziurawienie miało miejsce w płucu małym i niedawno zmienionem, gdy tymczasem drugie płuco było niemal całe w rozpadzie, lub usiane zgęszczeniami. Raptowne dostanie się powietrza do jamy opłucnej wywołało uduszenie, w skutek ucisku zupełnego płuca, dotychczas jako tako funkcjonującego.

W 2-im przypadku badanie pośmiertne wykryło obok rozległych zmian w płucach, daleko posunięte mączkowate zwyrodnienie nerek, śledziony i wątroby. Chora miała lat przeszło 50, usposobienie dziedziczne nie istniało, rozwój więc cierpienia w tak późnym wieku z charakterem czysto dyjatezyjnym — da się — sądzę — jedynie wytłumaczyć wpływem alkoholizmu, do którego to nałogu chora się przynawała.

W innym przypadku badanie pośmiertne wykazało typowy okres tak zwanej podostrawej gruźlicy (*tuberculosis subacuta*), to jest obok ogniów starych, świeże gruzelki we wszystkich niemal organach.

Czwarty przypadek był bardzo interesującym ze stanowiska anatomo-patologicznego i klinicznego. L., wyrobница mularska, lat 27 mająca, przyjęta do oddziału 7-go Kwietnia r. b.. Chora, u której istnieje podwójne usposobienie dziedziczne do suchot płucnych (oboje rodzice z tejże choroby pomarli), opowiada że od 1½ roku po lekkim zaziębieniu zaczęła kasłać, słabnąć i chudnąć. Od 3-ch tygodni stan się znacznie pogorszył; wystąpiła mocna chrypka, rozwolnienie i coraz bardziej zwiększające się osłabienie. Przy badaniu znaleźliśmy stan następujący: Chora w wysokim stopniu wyniszczona, twarz lekko sinicowata,

przy oddechaniu słyhać bardzo wyraźny szmer świszczący, przeważnie wdechowy. Głos chorej silnie ochrypnięty, stan bezgorączkowy.

Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało zaczerwienienie dosyć silne nagłośni i więzów nagłośnio-nalewkowych. Tylna ściana również zaczerwieniona, żadnych owrzodzeń na niej spostrzedz nie można. Wnętrze krtani, z powodu niezwykle drażliwości i nader wielkiego osłabienia chorej, niedostępne do zbadania. W gardzieli umiarkowane zaczerwienienie, blizn ani owrzodzeń nie daje się zauważyć.

Badanie klatki piersiowej. Przy wysłuchiwaniu z przodu i z tyłu słyhać silny, wyżej już wspomniany, oddech świszczący, maskujący szmery oddechowe. Po wielokrotnem badaniu udało mi się usłyszeć w okolicy nadgrzebieniowej prawej oddech wydłużony, obok nieznacznej liczby rzężeń prawie dźwięcznych, słyszalnych głównie przy karku. W innych częściach klatki piersiowej oddech był nierównym, bez rzężeń. Opukiwanie dawało rezultat prawie zupełnie ujemny, jedynie bowiem u prawego szczytu odgłos opukowy był nieco wyższym. Tętno serca czyste. Kaszel częsty, suchy, z niewielką ilością pienistej plwociny. Rozwolnienie silne.

Po kilkodniowej obserwacji stan pozostawał mniej więcej ten sam, gorączki prawie wcale nie było, wieczorne wahania dochodziły do 38° C., oddech pozostawał prawie ciągle świszczącym. W kilka dni później zauważono lekki obrzęk kończyn, a badanie moczu wykazało iż zawiera białko. Łykanie stawało się coraz trudniejszym. W ogóle biorąc, obraz chorobowy nie był zupełnie jasnym. Szmer silny stenotyczny, brak gorączki, bardzo nieznaczne objawy fizykalne w płucach, stawiły w wątpliwość rozpoznanie suchot płucnych krtaniowych, nadto podejrzewano naturę przymiotową cierpienia. Z drugiej jednak strony wysokie usposobienie dziedziczne, brak najmniejszych blizn i t. p. śladów sprawy przymiotowej, białkomocz, rozwolnienie i niezwykle silne wyniszczenie, mówiły przeciw przymiotowi. Chora w tym stanie pozostawała w oddziale przez 3 tygodnie aż do śmierci, która nastąpiła 27 Kwietnia. Pod koniec życia łykanie było tak trudnem, iż chora nie mogła polykać nawet płynów, przytem przyszła gorączka, z nasileniami dochodzącemi do 40° C.

Z badania pośmiertnego, łaskawie dokonanego przez prof. Lambła, podajemy następujące szczegóły: Krtani zbacza silnie na lewo od osi ciała. Na strunach prawdziwych i fałszywych, głębokie owrzodzenia gruźlicze. Płuco lewe i prawe niezwykle bezkrwiste i usiane drobnymi ogniskami gruźliczemi, bez śladu ich rozpadu. W szczytcie tylko płuca prawego, jama wielkości jabłka, o ścianach gładkich i półpłynnej zawartości.

Serce niezwykle małe (*hypoplasia*) (jak u dziecka 10-letniego), zastawki cieniuteńkie, jakby papierowe, mięśnie wiotkie. W kiszkiach liczne owrzodzenia gruźlicze, w nerkach i śledzionie zwyrodnienie mączkowate (*degeneratio amyloidea*).

*

*

*

Przypadek niniejszy zasługuje na kilka uwag, i tak: 1) badanie pośmiertne wykryło, obok daleko posuniętych suchot płucno-gardzielowych, istnienie niezwykle małego serca. Nie było ono zanikiem, lecz przedstawiało wrodzoną małość, przy

prawidłowym rozwoju wszystkich jego części składowych. Jednym słowem mieliśmy do czynienia ze stanem, nazwanym *hypoplasia cordis*. Już przed 40 laty L o u i s, w powszechnie znanym swem dziele o suchotach płucnych, zwraca na tę okoliczność uwagę, twierdząc, że u suchotników serce bardzo często bywa niezwykle małe. Po nim R o k i t a n s k y wzmiankuje również o tym fakcie. Na podstawie tych to danych, znany badacz B r e h m e r, z Goerbersdorfu, w pracy swojej inauguralnej, wydanej w 1858, a następnie w dziele o suchotach płucnych (1869), oparł teorię o przyczynie i leczeniu suchot płucnych. Twierdził on mianowicie, iż istotę suchot płucnych stanowi wrodzona małość serca, wywołująca bezkrwistość płuc, skłonność do processów kataralnych z zejściem w zserowacenie. Że zaś przeciwnie, pobyt w górach wpływa na zwiększenie czynności serca, a więc i lepsze ukrwienie płuc, przeto B r e h m e r polecił pobyt w górach jako jedyny środek leczenia suchot płucnych i oparł na nim cały system leczenia, znany powszechnie dotychczas pod nazwą metody Goerbersdorfskiej. Teoryja B r e h m e r'a wywołała w swoim czasie niezwykle żywą obszerną polemikę między różnymi autorami niemieckimi — polemikę, której streszczać niemam tu zamiaru, tembardziej, że sam brałem również w niej udział i poglądy moje pod tym względem wypowiedziałem w pracy, wydanej w roku 1877, p. t. *Beiträge zur Lehre von der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht*. Berlin, 1877. Nadmienię tylko, że teorię ową B r e h m e r'a, prawie zapomnianą, poruszył w roku 1879 znowu bardzo poważny autor niemiecki, prof. B e n c k e w Marburgu, opierając się na dość znacznym materyjale sekcyjnym. Wykazał on (*Anatomische Grundlagen der Constitutionsanomalien*), że istotnie u pewnej liczby suchotników znajdujemy nie tylko serce małe ale i tętnice niezwykle wąskie, podobnie jakto przed laty V i r c h o w wykazał w złośliwych postaciach blednicy. Praca ta B e n c k e'g o znalazła złe przyjęcie w Niemczech, a samej kwestyi od tego czasu więcej nie poruszano. W naszym przypadku mieliśmy typowy przykład, stwierdzający w zupełności teorię B r e h m e r'a i B e n c k e'g o. U osobnika bowiem, obdarzonego usposobieniem dziedzicznym do suchot płucnych, znaleźliśmy, obok sprawy gruźliczej we wszystkich niemal organach, niezwykle małe serce, obok wysokiej bezkrwistości obu płuc. Żałuję tylko, że warunki miejscowe nie pozwoliły mi na zbadanie wymiarów tętnic.

2). Z klinicznego punktu widzenia, przypadek ten również przedstawia pewien interes, i tak: a) dla wytłumaczenia szmeru stenotycznego, przypuszczaliśmy zmiany jakies w tchawicy lub głównem oskrzeliu, być może natury przymiotowej. Tymczasem badanie pośmiertne wykryło w krtani obecność owrzodzenia gruźliczego, które nie mogło wywołać owego zwięzienia. Istotną jego przyczyną było wrodzone silne zboczenie całej krtani na lewo od osi ciała, które przy jednoczesnym procesie gruźliczym w krtani, idącym w parze ze zgrubieniem i zbręknięciem błony śluzowej, sprawiało szmer stenotyczny. b) Badanie pośmiertne wykazało w szczycie prawego płuca obecność jamy wielkości jabłka, o ścianach gładkich i pół płynnej zawartości — tymczasem, przy badaniu fizykalnem — wielokrotnie bardzo starannie powtarzanem — nie znaleziono objawów, właściwych tak wielkiej jamie, bo słycać było tylko stale podczas kaszlu niewielką ilość rzężeń dźwięcznych obok oddechu przedłużonego. Ważność tego rodzaju rzę-

zeń, stale przy kaszlu w jednym miejscu występujących, starałem się okazać przed kilkoma laty w pracy: „Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu jam suchotniczych“ (Medycyna 1877 Nr. 43, 45), z której przytaczam następujący ustęp: „Szczególniej owe rżenia dźwięczne są niezmiernie ważnym objawem przy przebiegu suchot płucnych, rżenia owe, stale występujące u szczytu płucnego, jak tylko sprawa suchotnicza istnieje dłuższy przeciąg czasu, mogą być nawet stanowczo brane jako objaw istniejących w tem miejscu głębiej położonych większych lub mniejszych zniszczeń tkanki płucnej; przypuszczenie to staje się jeszcze bardziej prawdopodobnem, jeśli u chorego występuje nasilenie gorączkowe, a ilość rżeń dźwięcznych się powiększy. Naturalnie że chorzy, w tym okresie będący, rzadko podpadają badaniu pośmiertnemu, dla tego też i sprawdzenie tego objawu staje się trudnem. Zdarzyło mi się jednakże w kilku pojedynczych przypadkach gdzie chorzy zmarli, bądź to wskutek raptownie występującego krwotoku, bądź też, jak w innym przypadku, skutkiem rozlanego zapalenia otrzewnej i t. p. przekonać się o prawdziwości mego przypuszczenia“.

Przypadek tylko co opisany również może służyć jako potwierdzenie wyżej przytoczonych słów. (D. c. n.)

III. Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

CHOROBY DZIECI.

Kwestyje tyczące chirurgii ortopedycznej

a) Metoda Sayre'a.

Henry F. Baker twierdził, że przy skrzywieniach kątowatych, w okresie ostrego cierpienia, wyciąganie może być niebezpiecznem, w przypadkach zaś dawniejszych, gdzie się już ankiloza wytworzyła, takowe żadnego nie może wyrzeć działania. Co się tyczy pancerza gipsowego, to takowy, wedle autora, nie jest w stanie zapewnić kręgosłupowi pożądanego spokoju, a z drugiej strony może uciskać klatkę piersiową podczas wzrostu. Uważa on, że ułożenie poziome koniecznem jest dla wstrzymania krzywizny, ciągle się powiększającej w pierwszych okresach choroby. Gips może w niektórych tylko przypadkach być użytecznym, tam gdzie choroba się zatrzymała, a gdzie nie jesteśmy w stanie zaopatrzyć chorego w inny przyrząd. W skrzywieniach bocznych, gdzie nie ma już choroby kości (?), Baker sądzi, że wyciąganie, podług metody Sayre'a, jest tylko pożytecznym dodatkiem do innych środków; tam jednak, gdzie potrzeba zastosować przyrząd podtrzymujący, gorset gipsowy daleko niżej stoi od stalowego, którego zastosowanie daleko jest łatwiejsze

(Zdania te, z którymi naturalnie zgodzić się niepodobna, charakteryzują zachowawczy kierunek autora. Spraw.).

Walter Pye przyznaje w zupełności, że chirurgija europejska powinna być bardzo wdzięczną Sayre'owi, który tak dzielnie umiał bronić i rozprzestrzeniać swą metodę, szczególnie w Anglii; zwraca jednak uwagę, że gorset często niewłaściwie bywa zastosowywany, i że takie jego użycie może być szkodliwe. Podług Pye'ego, do opatrunku gipsowego nie kwalifikują się wcale: 1) przypadki garbu krzywcowego, często za początek próchnienia mylnie rozpoznane; 2) przypadki zwyczajnych skrzywień bocznych; 3) przypadki próchnienia

kręgów u bardzo małych dzieci, gdzie z większą korzyścią zastosować się daje metoda ułożenia poziomego.

[Z przyjemnością zaznaczam tu, że doświadczenie przekonało już dość dawno o słuszności tych trzech wniosków. jak o tem w roku zeszłym miałem sposobność mówić w Towarzystwie Lekarskiem w Warszawie (przyp. spraw.)].

Dalej P y e słusznie uważa za przeciwwskazania: 4) cierpienia płuc i serca, wikłające dany przypadek, 5) przypadki, w których choroba P o t t a powikłana jest ciężkiem już cierpieniem mleczka.

W innych razach, jeżeli gorset nie odpowiada swemu zadaniu, to dlatego, że jest zbyt gruby i za ciężki. Autor występuje przeciw zawieszeniu, bojąc się rozerwania nowoutworzonych zrостów pomiędzy trzonami kręgów, woli więc dziecko, stojące na ziemi, trzymać pod pachy, lub użyć równi pochyłej. Wreszcie zwraca uwagę, że ważną jest wielkość i kształt gorsetu odpowiedni.

H. Golding-Bird wypowiada, między innymi, następujące zdania: Próchnienie, będąc sprawą zapalną, wymaga spokoju, nieruchomego zachowania się, zniesienia ucisku i w odpowiednich razach porządnego wydrenowania ropni. Skrzywienia rachityczne i zwykłe (habitualne) wymagają czasowego podparcia i poprawy siły mięśniowej. Metoda S a y r e'a, ściśle pojęta i odpowiednio zastosowana, czyni z a d o ś ć wszystkim tym wskazaniami; nie gorset gipsowy, mówię, lecz cała metoda, której ten ostatni część tylko stanowi. Pancierz taki, porządnie nałożony, zapewnia kręgosłupowi „spokój fizjologiczny“, zmniejsza ciśnienie z góry na dół, utrzymując poprawę położenia, przez zawieszanie zyskaną. Przewyższa on wszelkie przyrządy do tego celu używane. Przy niezapalnych cierpieniach zaleca Golding-Bird peryjodyczne zawieszanie za głowę i ćwiczenie mięśni grzbietowych. Takie skrzywienia, leczone zawczasu, zupełnie mogą być usunięte. Gorsety łamane (*amovibles*) i filcowe są znacznie słabsze.

Przy próchnieniu, spokój stanowi cel główny: gorset więc wystarcza. Przy skrzywieniach zwykłych i krzywicowych, wyciąganie i podtrzymywanie (*extension and support*) grają najważniejszą rolę. W przypadkach niezbyt znacznego i niezbyt dawnego skrzywienia można rachować na doszczętne wyleczenie. Jeżeli nas zastanawia brak dobrych wyników w skrzywieniach starszej daty, to przyczyną tego jest nie brak odpowiednich środków mechanicznych, lecz brak wyczerpującej patologii tych cierpień, a ztąd niepewność w stosowaniu pomocy leczniczej. Jeżeli na skrzywienie kręgosłupa patrzyć będziemy z ogólnonaukowego punktu, to przekonamy się, że takowe przestały specjalną, odrębną tworzyć gałąź i coraz bardziej do chirurgii się wcielają. Ogólne przyjęcie metody S a y r e'a w całej Anglii więcej przemawia na korzyść tej metody, niż jakiegokolwiek osobiste doświadczenia i przekonania.

D-r A. M. D a C u n h a B e l l e m z Lizbony, podziela zupełnie zasady, na których oparł się S a y r e, budując swą metodę. Wątpi czy miednica i barki są w stanie służyć za dostateczne punkty oparcia do zupełnego unieruchomienia kręgosłupa. W klimacie gorącym panczerze gipsowe zmieniać należy przynajmniej raz na miesiąc. Za stronę ujemną metody poczytuje tę okoliczność, że gorset taki nie pozwala na używanie morskich kąpiel i utrudnia utrzymanie czystości ciała. „*Jury mast*“ wywiera deprymujące wrażenie na chorych (!). Narkotyzowanie chorych przy zawieszaniu jest niebezpieczne i zaniechać go należy. Sześć miesięcy nie zawsze wystarcza do wyleczenia chorego kręgosłupa.

b) *Genu valgum*.

H e n r y F. B a k e r z Edynburga i w tej kwestyi także na dziwnem staje stanowisku, wygłasza bowiem zdanie, że termin „*genu valgum*“ powinien być używany jedynie w celu określenia pewnych odmian skrzywienia stawu kolanego, nie zależących od skrzywienia kości! (*The term Genu Valgum should be restri-*

ctes to that variety of knock-knee in which the deformity takes place at the joint itself, and which is not caused by any curvature of bone).

Opierając się na wynikach, otrzymanych przez siebie w siedmiuset przypadkach tego cierpienia w Royal Orthopaedic Hospital twierdzi on, że najprostszymi środkami można świetny otrzymać rezultat, jeśli się doloży odpowiednich starań i zabroni choremu chodzić lub stać przez cały czas kuracyi. W największej liczbie przypadków cierpienie nie jest zbyt ciężkie: kostki wewnętrzne odstają od siebie (przy stykających się kolanach) nie więcej jak na 6—8 ctm. W takich razach wystarcza szyna zewnętrzna drewniana, sięgająca od biodra, aż poniżej stopy i zaopatrzona w pasy i sprzączki, za pomocą których przyciągamy do niej stopniowo staw kolanowy. W przypadkach cięższych (8—14 ctm. między kostkami) używa on przyrządu specjalnego, zbudowanego w ten sposób, że kolano jest w ekstensyi, goleń nie jest w stanie wykręcać się na zewnątrz, a jednocześnie możemy działać na sam staw kolanowy z siłą, wystarczającą do zniesienia bezkształtności. Po wyleczeniu należy koniecznie zaopatrzyć chorego na jakie kilka miesięcy w przyrząd podtrzymujący, dla uniknięcia powrotu choroby.

Alek s. Ogston (Aberdeen) wygłasza następujące zdania:

- 1) *Genu valgum* wyleczyć daleko jest łatwiej u dzieci, niż u dorosłych.
- 2) Za pomocą szyn i przyrządów mechanicznych można otrzymać wyleczenie, sama jednak metoda tak jest powolną i tak trudną, że nieodpowiada wymaganiom praktyki.
- 3) Metoda Hueter'a, polegająca na założeniu opatrunku na kończynę zgiętą w kolanie, przedstawia też same strony ujemne.
- 4) U dzieci żadna osteotomija nie jest potrzebna do wyleczenia z tej choroby.
- 5) Metoda Déloré'a nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw i w każdym przypadku jest zupełnie wystarczająca.

William Macewen przedstawia kilka obserwacji, dotyczących patologii koszlawości kolana (*genu valgum*), starając się dowieść, że choroba ta zależy od skrzywienia dolnej $\frac{1}{3}$ kości udowej (120 przypadków na 166). Skrzywienie to kości udowej zazwyczaj połączone jest z wydłużeniem kłykcia wewnętrznego, to ostatnie jednak stanowi zjawisko drugorzędne. Prawie w jednej trzeciej części przypadków skrzywiona jest i goleń, co jednak stanowi zjawisko wtórne.

[Widzimy, że Macewen głosi teorię, zgodną z poglądami Mikulicza (przyp. spraw.).]

Przez pierwsze pięć lat życia chorego, choroba ta powinna być leczoną jedynie za pomocą odpowiedniej higieny. Chirurg jednak nie jest w stanie postawić ogólnego prawa co do wieku, do którego czekać należy z operacją. Do oznaczenia czasu tego, potrzeba mu koniecznie wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności towarzyszące, oraz indywidualne cechy danego przypadku; w każdym razie niewłaściwym jest operowanie w epoce rozmiękczenia kości, a najwłaściwszym okresem jest mniej więcej 15-ty rok życia. Operacja polega na wykonaniu osteotomii uda nadkłykciowej.

Macewen operował podług własnej metody 522 przypadki, w których 3 zakończyły się śmiercią, jeden z powodu dyfterytu, drugi z zapalenia mózgu, a trzeci z zapalenia płuc. Operacja sama nie spowodowała ani jednego przypadku śmierci. Tylko w 6-iu przypadkach pojawiło się ropienie. Wyniki jak najbardziej zadawalniające, tak pod względem usunięcia skrzywienia, jak powrotu prawidłowych funkcji.

D-r Little (Londyn) znowu schodzi z gruntu tegoczesnej patologii w sfery praktycznego rozumowania. *Genu valgum* podług niego jest skrzywieniem

stawu kolanowego, a nie bezkształtnością, od skrzywienia kości długich pochodząca. Jest to zmiana kształtu i wzajemnych stosunków w częściach składowych samego stawu, zmiana, którą spotykamy w większej części rozmaitych cierpień kolana, przy których wszystkie czynne i biernie narządy ruchów zajęte zostały. Zdrowe kolano może się też wykrzywić pod wpływem nadmiernej czynności. *Genu valgum* może istnieć od urodzenia, lub powstać u dziecka szybko się rozwijającego, pod wpływem niedostateczności mleka matczynego, bez krzywicy; może powstać z krzywicy, z porażenia dzieciennego, skurczu (?) (*from infantile paralysis and spasm.*); może się rozwinąć podczas leczenia wrodzonej szpotawości (*pes varus*), podczas okresu osłabienia, który powstaje po odrze, krztuścu lub płonicy, jak również w okresie szybkiego wzrostu, który poprzedza rozwój płciowy, nawet u młodzieży wcale niekrzywicowej.

Genu valgum może stanowić powikłanie guza białego lub zapalenia gośćcowego, albo też być pochodzenia urazowego.

Nadmierny rozwój kłykcia wewnętrznego i przykurczenia ścięgna mięśnia dwugłowego, są to tylko skutki a nie przyczyny skrzywienia. *Genu valgum* wcale nie istnieje u wszystkich noworodków, jak tego chcą niektórzy chirurgowie.

Ze względu na leczenie, najważniejszymi zmianami jest niedostateczny rozwój kłykcia zewnętrznego i odpowiedniej powierzchni stawowej goleni, zależny od nadmiernego obciążenia tych części.

Chirurg, zwalczający rękami takie skrzywienie kolana u małego dziecka, może końcem palca stwierdzić istnienie miejsca pustego pomiędzy kłykciem zewnętrznym a golenią. Przerwa, o której mowa, zapelniona zostaje przez naturę samą wówczas, gdy skrzywienie leczymy za pomocą wyciągania oraz pociągania w kierunku ksobnym. Leżenie włożku, oraz gwałtowne wyprostowanie pod chloroformem, są zbyt skuteczne nawet u dorastających, wyjąwszy tylko przypadki bardzo ciężkie. W takich przypadkach najlepszą metodą jest osteotomija, podług przepisów *Ma c e w e n'a* wykonana. W szparze, zrobionej za pomocą dłuta, w części zewnętrznej nadkłykciowego odcinka kości udowej, tworzy się *callus*, a potem prawdziwy klin kostny, który wynagradza zbytnią krótkość kłykcia zewnętrznego. Krzywicowate wygięcia trzonów kości długich w kończynach dolnych, które nieraz powodują stan podobny do *genu valgum* (!), zaledwie usuwać się dadzą licznymi osteotomijami, jeżeli wysokiego dosięgły stopnia.

Bernard E. Brodhurst uważa *genu valgum* więcej za wadę ustrojową niż miejscową. Przekonać się można, że je zazwyczaj poprzedza ogólne rozluźnienie wszystkich więzów i płaskość stóp (*pes planus*). Skoro więzy wewnętrznej części stawu goleniostopowego i stopy ulegną rozluźnieniu, sklepienie stopy podlega spłaszczeniu, a noga wywraca się na zewnątrz. Kostka wewnętrzna zaczyna wystawać na zewnątrz i opuszczać się ku ziemi, a goleń wywraca się na zewnątrz. W ten sposób ciężar ciała pada przeważnie na wewnętrzną część kończyny i spoczywa więcej na wewnętrznym brzegu stopy, niż na całej podeszwie. Dalej, oś podłużności udowej zwraca się dolnym końcem na wewnątrz, kłykieć wewnętrzny zaczyna coraz bardziej wystawać, a więz boczny wewnętrzny musi uleść rozluźnieniu, coraz więcej napierającego ciężaru. Ciężar ciała już nie pada wzdłuż osi podłużnych uda i goleni na sklepienie stopy, lecz więcej na wewnątrz od kolana i stopy. Udo nachyla się ku wewnątrz dolnym swym końcem, a dolny koniec goleni ucieka na zewnątrz. W stanie normalnym nawet możemy zauważyć różnicę wysokości obu kłykciów udowych, w krzywicy kłykieć wewnętrzny może być o jakie 3 ctm. dłuższy od zewnętrznego. Z początku *genu valgum* widoczne jest tylko przy staniu, a znika przy leżeniu, tak jak skolioza lub płaskość stopy. Po niejakiem czasie jednak, skrzywienie zaczyna być stałym, ale jeszcze i wtedy można je zmniejszyć za pomocą szyn i poziomego ułożenia. W dal-

szym atoli przebiegu choroby skrzywienie wzrasta, a ścięgno mięśnia dwugłowego, powięź biodro-goleniowa i więz boczny zewnętrzny nieco się naprężają. Wówczas, w celu sprowadzenia do jednej linii prostej obu osi podłużnych: uda i goleni, używamy wyprostowania gwałtownego, osteotomii lub przecięcia ścięgien. Podług Brodhursta przecięcie ścięgna wedle metody Guérina jest środkiem najodpowiedniejszym i zupełnie wystarczającym, nawet w najcięższych przypadkach koszlawości kolana.

Sprawozdawca R. Jasiński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

151. Fraentzel. O rytmie cwałowym serca t. z. „bruit de galop“ (Ueber Galopp-rythmus am Herzen).

Pod nazwą rytmu cwałowego (*Galopp-rythmus*, *bruit de galop*), rozumiemy objaw, który na tem polega, iż podczas jednego uderzenia serca słyszymy zamiast dwóch—trzy tony, z których dwa przypadają na rozkurcz (*diastole*). Rytm, w jakim one występują, podobny jest do rytmu cwałującego konia — ztąd też i nazwa rytmu cwałowego. Kto pierwszy wyrażenie to do nauki wprowadził, dokładnie nie wiadomo. Większość francuzkich autorów przypisuje ją profesorowi Bouillaud. Ten ostatni rzeczywiście pierwszy zwrócił uwagę na tak zwany *bruit de rappel*, t. j. podwójny ton diastoliczny, który przy zwężeniu lewego ujścia żylnego (*stenosis ostii venosi sinistri*) występuje często zamiast szmeru rozkurczowego. Nie jest to jednakże prawdziwy *bruit de galop*, o którym i Andry, mówiąc o *bruit de rappel*, nie czyni wzmianki. Traube w wykładach swoich pobieżnie tylko wspominał o rytmie cwałowym, a w pracach drukiem ogłoszonych, raz tylko poświęcił mu kilkanaście wierszy. Mówi przytem, że według jego spostrzeżeń podwójny ton diastoliczny stosunkowo bardzo często występuje u osób bez żadnej wady serca, gdy tymczasem w przypadkach ze zwężeniem otworu żylnego lewego prawdziwy podwójny ton rozkurczowy spotyka się bardzo rzadko. Na rzeczywisty podwójny ton diastoliczny (*Doppelton*), powiada Traube trzeba położyć nacisk, dla odróżnienia go od podobnego objawu, który się dość często spotyka przy *stenosis ostii venosi sinistri*, i który na tem polega, że w czasie rozkurczu występują dwa krótkie szmery, albo najprzód ton, a potem krótki szmer. Ten podwójny ton, o którym mówimy, należy odróżnić od rozdwojonego tonu rozkurczowego, który najlepiej słyszeć się daje w miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej, gdy tymczasem czysty ton podwójny słyszy się doskonale na całej przestrzeni komórek. Przy dokładnem wsłuchiwanu się w rytm cwałowy przekonujemy się, iż przestanki czasu, oddzielające dwa tony rozkurczowe od siebie, jak również te ostatnie od tonu skurczowego, nie są jednakowe, lecz że pauza pomiędzy drugim tonem rozkurczowym i następującym po nim tonie skurczowym (systolicznym) jest mniejszą, aniżeli pauza oddzielająca go od pierwszego tonu rozkurczowego (diastolicznego), jak również mniejszą od przerwy pomiędzy tonem skurczowym i pierwszym tonem rozkurczowym.

Wiadomo, że ton systoliczny, jaki się słyszy w okolicy komórek, zależy głównie od naprężania się i drgań zastawek dwu i trójdzielnej, na skutek zwiększającego się parcia krwi w czasie skurczu komórek. Można zatem przypuścić, że przy pewnych warunkach, wskutek silnych skurczów przedsionków, powstać mogą podobne drgania zastawek, dochodzące do ucha naszego. W warunkach prawidłowych naprężenie zastawek jest wtedy za słabe dla powstania tonu — jeśli jednak energija skurczów przedsionków wzmoże się wskutek innej jakiej przyczyny, wtedy powstanie ton, który będzie poprzedzał pierwszy ton systoliczny, tak

że w tym ostatnim razie ton diastoliczny przedstawi się jako podwójny. Ten właśnie ostatni nazywa Traube rodzajem rytmu cwałowego: „*eine Art von Galopp-rythmus*“, co znaczy, że Traube inaczej pojmował właściwy rytm cwałowy.

Potain objawowi rytmu cwałowego przypisuje ważne dyagnostyczne znaczenie przy rozpoznawaniu nerki ziarnistej. W tej zaś postaci, którą Potain nazywa zwyrodnieniem miąższowem (parenchimatycznym) nerek, a która zwykle łączy się ze znaczną zawartością białka w moczu, *bruit de galop* ma się spotykać niesłychanie rzadko. Przyczynę zaś zjawienia się powyższego objawu upatruje Potain w tem, że wskutek przerostu serca towarzyszącego zwykle nerce ziarnistej, tętnice są mocno przepełnione, a żyły słabo, że zatem napełnienie komórek z powodu słabej *vis a tergo* następuje bardzo wolno i dopiero wskutek skurczu przedsionków uzupełnionem bywa. To gwałtowne, nagłe napełnianie komórek ma być przyczyną powstawania tonu przedskurczowego.

Nie mając zamiaru zagłębiać się zbyt szczegółowo w zapatrywania innych autorów, jak np. Johnson'a, Bariégo i t. d., którzy pod nazwą *bruit de galop* rozumieją rozdwojenie tonu skurczowego, to znowu przypuszczają, że drugi rozkurczowy ton może być przedskurczowym, streścimy tylko pogląd Fraentzela.

Otóż prof. Fraentzel, powtarzamy, pod nazwą rytmu cwałowego rozumie objaw wysłuchowy tego rodzaju, że podczas jednego uderzenia serca (*Hertzaction*) słychać trzy tony, z których pierwszy jest skurczowy, następne zaś dwa przypadają w czasie rozkurczu serca — są diastoliczne.

Rytm ten można przedstawić jako $\circ-\circ$ (krótki, długi, krótki) przyczem pierwszy ton diastoliczny posiada akcent.

Słusznie więc Traube odróżniał ten ostatni rodzaj — rzeczywistego rytmu cwałowego od innej odmiany tegoż rytmu, w której akcent przypada nie na pierwszy rozkurczowy, ale raczej na pierwszy ton skurczowy i w której przed pierwszym tonem skurczowym występuje krótki przedskurczowy ton, a następuje krótki rozkurczowy. Najłatwiej więc zmieszać można rzeczywisty *bruit de galop* przy przeroście i rozszerzeniu serca, kiedy przedsionki, silnie się kurcząc i wypychając krew do komórek, wprowadzają zastawki dwu i trójdzielną w stan naprężenia i drgania i tym sposobem dają powód do powstawania tonu przedskurczowego. W tym ostatnim jednak przypadku akcent przypadnie na ton skurczowy, a nie na pierwszy rozkurczowy, jak to w prawdziwym rytmie cwałowym ma miejsce.

Odróżnienie *bruit de galop* od zwykłego rozdwojenia drugiego tonu nie przedstawia żadnej trudności, natomiast przy zwięźeniu lewego ujścia żylnego rzecz się ma inaczej. Do tego właśnie cierpienia, w którym często słychać podwójny ton rozkurczowy, odnoszą się spostrzeżenia Bouillaud'a i Traube'go. Dla odróżnienia od rzeczywistego rytmu cwałowego posłuży nam ta okoliczność, że przy zwięźeniu skoro się tylko choremu każe wykonywać ruchy i tym sposobem zwiększy czynność serca, wystąpi zamiast jednego tonu szmer, niekiedy zaś zamiast obu tonów, — że akcent najczęściej przypada na ton skurczowy, że rozkurczowe tony podwójne słyszalne są tylko w okolicy wierzchołka serca i że wreszcie znajdziemy jednocześnie inne znaki, wskazujące na cierpienie zastawki dwudzielnej, jak np. powiększenie poprzecznego wymiaru tępości serca na prawo i wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej. Tymczasem zaś rytm cwałowy słyszalnym bywa z jednakową siłą na całej okolicy serca i jest bardzo częstym znakiem wielkiego i groźnego osłabienia serca i dla tego uważanym być powinien jako *malum signum*.

Według spostrzeżeń prof. Fraentzela objaw, o którym mowa, spotyka się tak przy ostrych jak i przewlekłych chorobach, przyczem serce może być powiększone, jak np. przy przewlekłym zapaleniu nerek, najczęściej jednak

wolne jest od wszelkich zmian anatomicznych. Tętno wynosi zwykle 100 uderzeń na minutę. Uderzenie wierzchołkowe najczęściej nie przedstawiało nic szczególnego.

Na czele chorób ostrych, w których się słyszy rytm cwałowy, stoi tyfus brzuszny i zapalenie płuc. W tyfusie występuje zwykle pod koniec 2 lub 3 tygodnia, w czasie objawów upadku sił, często przed lub w czasie krwotoków z kiszki, przy przedziurawieniu kiszki i t. p.

We włóknikowym zapaleniu płuc (*pneumonia crouposa*) objaw powyższy występował niekiedy przed przełomem, niekiedy zaś *post crism*, najczęściej w czasie osłabienia czynności serca.

Prócz tego Fraentzel zauważył rytm cwałowy w przebiegu innych chorób gorączkowych, jako to tyfusu wysypkowego, gościca stawowego, płonicy, dyfterytu gardła, ostrej zgorzeli płuc, wreszcie ostrej prosówkowatej gruźlicy płuc.

Co się tyczy chorób przewlekłych, to, podobnie jak francuzcy autorowie, spostrzegał Fraentzel najczęściej rytm cwałowy w cierpieniach nerek — przyczem przerost lub rozszerzenie serca były więcej lub mniej znaczne, ale za to upadek sił, stan charłaczy, występował zawsze na pierwszy plan. Fraentzel kładzie jednakże nacisk na to, że w cierpieniach nerek rytm cwałowy nie należy do zwykłych, tylko do wyjątkowych objawów. Dalej rytm cwałowy spotyka się w przewlekłych chorobach płuc, mianowicie tych, które wywołują powiększenie prawej komórki — i to w okresie osłabienia i ogólnej kaheksyi. Ze rzeźwisty rytm cwałowy nie tylko w ostrych, ale i w przewlekłych chorobach nie zależy od zmian anatomicznych samego serca i że wszystkie stany, które do upadku energii serca prowadzą, wywoływać go mogą, potwierdza i to spostrzeżenie Fraentzela, że występuje on często w ciężkich postaciach bezkrwistości, jak np. po krwotokach, przy złośliwej niedokrwistości (*anaemia pernicioosa progressiva*), w chorobie Addison'a i t. p. Wreszcie, że objaw, o którym mowa, polega na osłabieniu czynności serca przemawia i ta okoliczność, że znika on po zastosowaniu środków takich jak: wino, piżmo, strój bobrowy i t. p., które pobudzają na serce wpływają.

Dlaczego jednak przy osłabieniu siły serca rytm cwałowy występuje stosunkowo rzadko, na to Fraentzel nie daje odpowiedzi — jak również nie podaje objaśnienia w jaki sposób przychodzi on do skutku. Barié sądzi, że w podobnych przypadkach krew, wpływająca z przedsionka do komórki słabo napełnionej, silnie uderza o ścianki tejże i staje się powodem powstawania tonu lub szmeru diastolicznego. Bliższym jednakże, zdaje się, byłby związek rytmu cwałowego z niejednoczesnem kurczeniem się obu komórek, najpierw przez Leyden'a opisanem. Ale jakże objaśnić niejednoczesny skurcz komórek w przypadkach, w których rytm cwałowy występuje bez zmian anatomicznych w sercu? Rozwiązanie tych spornych kwestyj pozostawia autor przyszłości, a kładzie tylko główny nacisk na to, że rytm cwałowy uważać należy, jako ważny i groźny znak osłabienia serca.

(*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 3 Hft. 3. 1881.)

J. Pawiński.

Wiadomości bieżące.

— *Wiedeń.* Professor oftalmologii, Arlt, który w Kwietniu 1882 r. kończy 70 r. życia i z tego jedynie powodu — wedle obowiązującego w Austrii prawa — musi porzucić zawód nauczycielski i przenieść się w stan spoczynku, własnoręcznym listem ministra oświecenia proszony jest o prowadzenie kliniki okulistycznej do końca roku szkolnego 1882.

— *Bern.* Na katedrę fizjologii, opróżnioną po Valenti'nie, zaproszony został prof. Grütznere z Wrocławia.

— *Dorpat.* Katedrę farmakologii po Böhme obejmuje D-r Hans Meyer, dotychczasowy asystent instytutu farmakologicznego w Strasburgu.

— *Paryż.* Zarząd dobroczynności publicznej (*Assistance publique*), przez wzgląd na usługi odane w r. 1871 przez D-ra Broca, zadeedyował summą 500 fr. zwiększyć fundusz, zbierany na pomnik założyciela Towarzystwa Antropologicznego Paryżkiego.

NADEŚLANO DO REDAKCYI NASTĘPUJĄCĄ ODEZWĘ:

Komitet kassy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia Doktora Medycyny Józefa Mianowskiego.

Ma zaszczyt podać do wiadomości publicznej, że założona na zasadzie Ustawy, zatwierdzonej przez Ministra spraw wewnętrznych dnia 30 Czerwca 1881 r. Kassa pomocy imienia Mianowskiego, z dniem 1 Października r. b. rozpoczęła czynności swoje.

Stosownie do Ustawy, kassa ma na celu: udzielanie zapomóg pieniężnych jednorazowych lub peryjodycznych, oraz pożyczek osobom pracującym na polu naukowem lub też osobom, które już poprzednio w tej dziedzinie dały się poznać ze swoich prac naukowych. Zadaniem kassy może być również udzielanie takim osobom środków, lub też pożyczek, na cele naukowe.

Fundusz kassy stanowią: a) wkłady założycieli, b) jednorazowe i coroczne wnioski członków kassy, c) dobrowolne ofiary na zasilenie kassy.

Członkowie kassy dzielą się na honorowych i rzeczywistych. Za honorowych członków uważają się ci, którzy ofiarują jednorazowo dla kassy przynajmniej sto rubli. Do rzeczywistych zaś członków zaliczają się osoby, wnoszące do kassy przynajmniej pięć rubli.

Sprawami kassy zarządza Komitet wybrany z założycieli, w skład którego weszli: Tytus Chałubiński (Prezes), Stanisław Kronenberg (vice-prezes), Piotr Chmielowski, Karol Deike, Konrad Dobrski, Mściśław Godlewski, Władysław Holewiński, Jakób Natanson, Henryk Sienkiewicz, Franciszek Śliwicki, Henryk Struve, Filip Sulmierski.

Kassa posiada już obecnie pewien fundusz rozporządzalny, złożony w myśl Ustawy przez członków założycieli. Fundusz ten użyty będzie na cele wyżej wskazane, w miarę zgłaszania się osób, pragnących korzystać z pomocy Instytucyi. Podania w tej mierze wnosić należy na imię prezesa komitetu kassy (Tytus Chałubiński, Mokotowska, 8), lub jej członka sekretarza (Marszałkowska 50, Konrad Dobrski).

Dla zwiększenia rozporządzalnego funduszu, komitet ma zaszczyt upraszać o zasilanie go ofiarami na ten cel wnoszonemi, bądź w formie składek, mających się opłacać przez członków honorowych i rzeczywistych, bądź w formie jednorazowych zasiłków, nadmienając, że tak jedne jak drugie przyjmują się tymczasowo w biurze vice-prezesa Stanisława Kronenberga (Mazowiecka 18) w godzinach od 10 do 2 codziennie, z wyjątkiem Niedzieli i świąt. Tam również zapisywać się można na członków kassy i zasięgać wszelkich co do niej informacyj.

Osoby mieszkające na prowincyi, raczą się zgłaszać listownie do kassyjera instytucyi, a razem członka jej komitetu Karola Deikego (Ulica Hrberga Nr. 3).

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

— *R. Andrusikiewicz.* Projekt uposażenia szkół wiejskich gruntami. Lwów, 1881.

Na pomnik Mickiewicza. Na ręce D-ra Barańskiego w Czezelniku, gub. Podolskiej, złożyli: pani M. Staczyńska, rs. 3. — pani F. Staczyńska, rs. 3. — pp. R. Staczyński, rs. 5. — Falzmann, rs. 2. — Andrzejewski, rs. 2. — August H., rs. 1. — B. J., rs. 3. — Bogusławski, rs. 2. — Chroszewski, rs. 1. — Fałceki, rs. 1. — Franke, rs. 1. — Falzmann G., rs. 1. — Gliński, kop. 25. — Jędrzejewski, rs. 1. — Janezyński, kop. 50. — Köhler, rs. 2. — Kamigowski, rs. 1. — Lutostański, rs. 1. — Michalski, rs. 2. — M. R., rs. 1. — Moderon, rs. 1. — M. M., kop. 5. — Pliński, rs. 1. — Siedlecki, rs. 1. — Stańkowski, rs. 1. — Sroka, rs. 1. — Stankiewicz, rs. 1. — Schmidt, rs. 1. — Zworski, rs. 1. — Złobnicki, kop. 50. — D-r K. Barański, rs. 1 kop. 70. — razem 44 rs. — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 680 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.