

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z pracowni przy oddziale chirurgicznym Dr. <sup>o</sup>W. H. Krajewskiego  
w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.



## PRZYCZYNEK DO METODYKI BAKTERYJOLOGICZNEJ PŁYTKI AGAROWE I SUROWICZE W PROBÓWKACH

podał

S. GROSLIK.

---

W celu otrzymywania czystych hodowli resp. izolowania rozmaitych gatunków bakteryj posługujemy się zazwyczaj t. zw. płytkami żelatynowymi. Polegają one, jak wiadomo, na szczepieniu mięszaniny bakteryj w płynnej żelatynie i rozlewaniu na płytki, na których żelatyna stygnie, przyczem mikroby w niej zawarte rozdzielają się mniej więcej równomiernie w masie żelatyny, tu zostają ustalone i, rozmnażając się, dają początek całym kolonijom.

Modyfikacje Petri'ego i Esmarch'a udoskonaliły znacznie pierwotną metodę Koch'a, postępowanie ich bowiem zapobiega zanieczyszczeniu płytki mikroorganizmami, znajdującymi się w powietrzu. Nadto metoda Esmarch'a, przy której żelatyna bywa rozlewana na ścianach epruwetki i tu ostudzana („Rollplatten”) daje możliwość dokonywania badań wszędzie, gdzie zachodzi potrzeba, np. w podróży.

Przy tym sposobie postępowania, t. j. przy szczepieniu w żelatynie otrzymujemy pożądanę rezultaty zazwyczaj dopiero na trzeci lub czwarty dzień, płytki bowiem żelatynowe muszą być przechowywane przy temperaturze pokojowej, przy której

kiełkowanie mikroobów odbywa się bardzo powoli. W niektórych razach płytki żelatynowe wcale się nie nadają do hodowania bakteryj, mianowicie wówczas, gdy bakteryje wymagają dla swego rozwoju odmiennej odżywki np. agaru lub surowicy krwi, lub też gdy mikroby zbyt szybko rozrzedzają żelatynę. Te wszystkie niedogodności dałyby się ominąć, gdybyśmy do hodowania bakteryj, posługiwali się płytkami agarowymi lub z surowicy krwi, sporządzanie jednak płytek agarowych połączone było dotychczas z wielkimi trudnościami. Wiadomo, iż agar rozpuszcza się dopiero przy temperaturze około  $90^{\circ}$  C., a stygnie znów przy temperaturze  $38^{\circ}$  C., ażeby zatem przygotować płytkę agarową, należy szczepienia dokonywać przy temperaturze około  $40^{\circ}$  C.; najlżejsze przekroczenie tej temperatury w tę lub ową stronę może zniweczyć zachody nasze, gdyż temperatura wyżej  $40^{\circ}$  C. może działać zabójczo na zaszczipione mikroby, niższa zaś temperatura, doprowadzając agar do krzepnięcia, uniemożliwia równomierne rozpraszanie się w nim mikroobów. Oto dlatego płytki agarowe tak małe znajdują zastosowanie w bakterjologii.

Jeżeli płytki agarowe wymagają dużo zachodu, to sporządzanie płytek z surowicy krwi zdaje się być zupełnie niemożliwym. Surowica krwi krzepnie dopiero przy temperaturze około  $70^{\circ}$  C., a przy tej temperaturze większość mikroobów ginie, dla izolowania zaś mikroobów odżywka musi być doprowadzona do krzepnięcia.

W artykule niniejszym pragnę podać do wiadomości ogółu bardzo prosty sposób sporządzania płytek agarowych i surowicznych, sposób, który oddawał mi niejednokrotnie usługi w przypadkach, gdzie zależało na prędkim rozpoznaniu bakterjologicznym, gdzie zatem płytki żelatynowe ze względu na pośpiech zastosowania znaleźć nie mogły. Jak widać z tytułu, sposób mój polega na szczepieniu mieszaniny bakteryj w próbkach, zawierających agar lub surowicę krwi. Wiadomo, iż obie te odżywki, przechodząc ze stanu płynnego w stały, wydzielają mniejszą lub większą ilość wody kondensacyjnej, która się zbiera na dnie epruwetki i zabezpiecza odżywkę od wysychania. Z tej własności agaru i surowicy krwi skorzystałem dla łatwego sporządzania płytek w ten sposób, iż mieszaninę bakteryj lub też substancje, zawierające rozmaite drobnoustroje, szczepię wprost w wo-

dzie kondensacyjnej, którą odpowiednimi ruchami rozprawdzam po powierzchni odżywki. Jeżeli będziemy dbali, aby ilość wody kondensacyjnej nie przenosiła kilku kropli, wówczas cała woda, zawarta w epruwetce, rozleje się po powierzchni odżywki, a wraz z nim osiądą na odżywcę drobnoustroje, wprowadzone do wody, i tu dadzą w krótkim czasie początek całym kolonijom. Samo się przez rozumie, iż przy tym sposobie postępowania musimy uprzednio daną mieszaninę rozcieńczyć tak, jak się to dzieje przy sporządzaniu płytek żelatynowych, w przeciwnym bowiem razie powierzchnia odżywki będzie usiana zbyt dużą ilością kolonij, których przeszczepienie połączone będzie z wielkimi trudnościami. Najlepsze usługi okazał mi następujący sposób postępowania. W mieszaninie bakterij lub też w podlegającej badaniu ropie i t. d. zanurzam koniec igły platynowej i szczepię w epruwetce z wodą sterylizowaną, bulionem lub płynną żelatyną. Po dostatecznym skłóceniu resp. równomiernem rozdzieleniu bakterij wyjmuję za pomocą pętli platynowej kroplę płynu, którą przenoszę do wody kondensacyjnej agaru lub surowicy krwi, za pomocą tejże igły mieszam dokładnie zainfekowaną wodę kondensacyjną i następnie rozlewam ją po powierzchni odżywki w sposób wyżej podany. Jeżeli mamy powody mniemać, iż substancja, podlegająca badaniu, zawiera bardzo dużo mikrobów, wówczas nie zadawalniamy się jednym, a sporządzamy 2—3 rozcieńczenie. Z pierwotnie infekowanej epruwetki, („original”), zawierającej wodę sterylizowaną, bulion lub płynną żelatynę, przenosimy kroplę do drugiej epruwetki (1 rozcieńczenie), skłócamy dokładnie, następnie w razie potrzeby do epruwetki trzeciej (2 rozcieńczenia), a stąd dopiero przenosimy kroplę do wody kondensacyjnej agaru lub surowicy krwi (3 rozcieńczenie). Są to manipulacje, za pomocą których zwykle rozcieńczamy materiał, wzięty do badania, a manipulacje te okazują się niekiedy koniecznymi i przy naszym sposobie postępowania. Dla otrzymania pewnych rezultatów, a zatem dla dostatecznego izolowania oddzielnych kolonij ważną jest, aby agar i surowica krwi sporządzane były w epruwetkach dostatecznie szerokich dla powiększenia powierzchni odżywki, mającej służyć za płytkę. Również w tym samym celu należy dbać, aby powierzchnia odżywki zajmowała o ile możności jak największą część epruwetki.

Jeżeli mamy pod ręką epruwetkę z agarem, z której woda kondensacyjna zdołała się ulotnić, zastępujemy ją wodą sterylizowaną. Jeżeli ilość wody kondensacyjnej okazuje się za dużą, część jej wylewamy. W ten sposób sporządzane płytki agarowe i surowicze okazują po upływie kilkunastu, a najdalej 24 godzin przy temperaturze termostatu wyraźnie odgraniczone kolonie mikrobów, które dają się z łatwością przeszczepiać dla przygotowania czystych hodowli. Na dnie epruwetki znajdujemy dziś duży męt, składający się z mieszaniny wziętych do badania mikrobów w nowych generacjach. W ten sposób w jednej epruwetce mamy izolowane kolonie i materiały, z którego kolonie te zostały wydzielone.

Postępując w sposób wyżej podany, udało mi się wyhodować z krwi chorych na ropnicę gronkowca białego i złocistego w ciągu 24 godzin. Przy badaniu bakteryjologicznem ropy otrzymuje się zwykle pewne rezultaty już po upływie 24 godzin, co w klinice jest rzeczą wielce pożądaną. Zanieczyszczenia płytek nigdy nie zauważyłem i pod tym względem metoda moja nie ustępuje metodzie Esmarch'a. Naturalnie, przy tym sposobie postępowania można się posługiwać agarem zwykłym jako też z dodatkiem gliceryny.

Podając do wiadomości przyczynek niniejszy, nie myślę wcale, aby mój sposób postępowania wykluczał użycie płytek żelatynowych. W niektórych razach, gdy idzie o określenie, jak dany gatunek zachowuje się wobec żelatyny, płytki agarowe i surowicze nie wystarczają. Sądzę jednak, że zalety mojej metody polegają na tem, iż daje ona możliwość postawienia dyjagnozy bakteryjologicznej prędko, a nadto, posługując się moim sposobem, można z łatwością izolować mikroby, które na żelatynie rosną słabo lub wcale nie rosną jak np. lasecznik gruźliczy i gonokoki. Przy zakażeniu mieszanem, gdzie w grę wchodzi dopiero co przytoczone mikroby, sposób izolowania według podanej tu metody powinien znaleźć rozpowszechnienie.

---

# ○ ZAPARCIU STOLCA

oraz o t. z. Chorobie Glénard'a.

Napisal

**Dr. Józef Zawadzki**

Ordyn. klin. terap.

(*Dokończenie*)

## VI.

Z powyższego zarysu przyczyn i przebiegu widzimy jak różnorodne są rodzaje zaparcia stolca i jak w każdym pojedynczym przypadku rozgraniczać należy przyczyny. Nadawanie ogólnej nazwy habitualne zaparcie stolca temu cierpieniu prowadzi do jednostronnego, szablonowego traktowania sprawy, której pochodzenie, jak widzieliśmy, jest rozmaite. W każdym razie obok poszczególnych objawów, właściwych każdemu rodzajowi zaparcia stolca, mamy cały szereg objawów wspólnych im wszystkim, które dowodzą, że zaparcie stolca nie jest bynajmniej obojętne dla ustroju.

Chorzy zazwyczaj uskarżają się na silne bóle głowy, niekiedy o cechach połowicznego bólu lub nerwobólu n. trójdzielnego (Gussenbauer), przyływy krwi do głowy, powodujące zawroty i przygnębienie ogólne, obok tego uczucie ziębienia lub przeciwnie gorąca. Łaknienie u chorych tego rodzaju jest mierne, w brzuchu czują ciężar, wzdęcie, kolki, skarżą się też na odbijania czcze, nudności, ciśnienie w dołku, występuje nadto niekiedy hyperkinesis cordis (Kisch), nerwoból kulszowy, bóle w lędźwiach lub jajnikach. Objawy te są bądź stałe, bądź występują po kilkodniowym zaparciu i przechodzą po oddaniu stolca. To dało niektórym (Bouchard) asumpt do przypisywania tych objawów wessaniu produktów rozkładu kału, zalegającego w kiszkiach, głównie zaś siarkowodorowi. Bezpodstawność jednak tego twierdzenia widoczna jest choćby z tego, że w zaparciu stolca kał zazwyczaj jest zbity, wyschnięty, pozbawiony dużej ilości wody, co uniemożliwia sprawy rozkładowe, zresztą ilość siarkowodoru, jaka się formuje u tego rodzaju osobników jest nader mała. W pracy

mojej o siarkowodorze w żołądku omawiałem już tę kwestyję. Czytelnicy mogli się z niej przekonać, że nawet duże ilości siarkowodoru i innych substancyj rozkładowych nie wywołują żadnych objawów zatrucia. To też teorii tej nikt nie przyjmuje, a natomiast wszyscy objaśniają powstawanie powyższych objawów bądź na drodze odruchu, bądź skutkiem bezpośredniego ucisku.

Zaparcie stolca trwać może od 2—15 dni (Kaczorowski); tak długotrwałe zaparcie sprowadza zastój kału, a niekiedy prawdziwą niedrożność (patrz wyżej).

Jak już nadmieniałem prócz tych ogólnych objawów, wspólnych wszystkim rodzajom zaparcia stolca, mamy cały szereg poszczególnych, które pozwalają nam określić prawdziwą przyczynę zaparcia. W tym razie ułatwiają nam rozpoznanie dokładne wywiady zebrane od chorego co do przyczyny i początku choroby. Każdy lekarz potrafi ocenić, co w tych opowieściach chorego jest warte uwagi i na co nacisk główny położyć należy.

Uwzględniając wszystko, co powiedziałem powyżej, zawsze jesteśmy w możności dojść do właściwego punktu widzenia i ocenić właściwie obserwowane objawy. Nie należy, naturalnie, z góry uprzedzać się do pewnych teoryj, które od razu kierunek naszych myśli ześrodkowują na jednym punkcie i nie pozwalają kwestyi szerzej traktować. Kto w każdym chorym, skarżącym się na zaparcie stolca, widzi neurastenika lub histeryczkę, niewątpliwie znajdzie odpowiednie objawy, kto znowu wszędzie zechce widzieć chorobę Glénarda i dla siebie znajdzie w każdym przypadku odpowiednie fakty, trzeba się chcieć i umieć oryjentować, gdyż od tego zależy nie tylko postawienie właściwego rozpoznania, ale też i leczenie, którem zajmujemy się teraz.

## VII.

*Zapobieganie.* O jednym z najważniejszych zadań zapobiegawczych unikaniu środków czyszczących mówiłem w toku pracy niniejszej niejednokrotnie i starałem się wykazać, kiedy i w jakich wypadkach należy przestrzegać chorych przed nadużywaniem tych środków. Szczególniej lekarze domowi i posiadający praktykę dziecięcą powinni na ten punkt kłaść nacisk szczególny i ostrzegać rodziców przed zbyt częstym stosowaniem środków przeczyszczających. Czemu zakorzenił się u nas tego rodzaju przesąd, czemu matki tak chętnie okarmiają dzieci roz-

maitemi rodzajami proszków, pastylek, powidełek czyszczących—trudno dociekać—są to jeszcze odległe echa tych czasów, kiedy „purgare et repurgare” stanowiło pierwsze nieomal przykazanie terapii. Dziś umiemy już rozróżnić wiele chorób dawniej nieznanych, to też przykazania tego nie stosujemy na ślepo we wszystkich cierpieniach. Częstokroć t. z. „zaparcie” stolca, a właściwie nic nie mające z nim wspólnego opóźnienie w wydalaniu stolca pochodzi, jak już wspominałem, od niedostatecznego lub też nieodpowiedniego pokarmu i rozwijających się skutkiem tego rozmaitych cierpień przewodu pokarmowego. Kwestyja ta należy do dyjetetyki wieku dziecięcego, nie mogą też bliżej się nad nią zastanawiać<sup>1)</sup>, nadmienię tylko, że cierpienia skutkiem tych przyczyn powstałe są nader częste i na baczną zasługują uwagę. Również unikać należy środków czyszczących w czasie zdrowienia po chorobach ostrych, odpowiednie uregulowanie pożywienia, tudzież w uporczywych wypadkach środki mechaniczne zazwyczaj lepsze dają wyniki, nie narażając chorego na następne cierpienia. Toż samo da się powiedzieć o przypadkach rozmaitych cierpień przewlekłych bądź przewodu pokarmowego, bądź też odległych narządów, jeśli współczesne z nimi występują objawy wtórne ze strony powodu pokarmowego.

Dalej, jako środki zapobiegawcze wymienilibym regularny tryb życia, ruch umiarkowany na świeżem powietrzu oraz pożywienie mięszane. Nieznajomość pod tym względem dyjetetyki niejednokrotnie i wśród lekarzy jest nader rażąca. Widziałem chorych całe miesiące z polecenia lekarza pozostających na kilku łyżkach rosółu,  $\frac{1}{2}$  f. befsztyku, lekkim kakao; chorym tym wzbraniano wszelkich jarzyn i pokarmów roślinnych. O ile w ciągu pewnego, krótkiego czasu tego rodzaju pożywienie może być skuteczne w niektórych cierpieniach żołądka, o tyle stosowane à la longue powoduje poważne zaburzenia w odżywianiu i — nic dziwnego — sprowadza zaparcia stolca. Dzieje się to dzięki powszechnemu błędowi przy przepisywaniu pożywienia, że lekarz nie uprzytamnia sobie dokładnie, ile ustrój wogóle potrzebuje azotu, węgla, wodoru i tlenu i jakie ilości tych pierwiastków znajdują się w przepisanych przez niego pokarmach. Kwe-

<sup>1)</sup> Interesujących w tej kwestyi odsyłam do pracy Czerny'ego i Moser'a niedawno wyszłej (patrz ref. w z. zesz. Kroniki).

styję tę rozpatrzę mówiąc o djetetyce, tu tylko zaznaczam, że konieczną jest rzeczą zachować zawsze równowagę między pożywieniem pochodzenia zwierzęcego i roślinnego.

Jeśli już mowa o zapobieganiu, sędzę, będzie na miejscu wspomnieć, że nadużywanie zarówno wszystkich pokarmów jak w szczególności przypraw i przystawek, tak często sprowadzających nieżyty ostre lub przewlekłe, również stać się może przyczyną pośrednią zaparcia, stąd też płynie i wskazanie zapobiegawcze. Dla chorych, którzy przebyli ostre choroby przewodu pokarmowego, jak np. biegunkę krwawą, kwestyja pożywienia jest nader ważną, gdyż często widzimy u nich następce cierpienia kiszki grubej skutkiem nieodpowiednio unormowanej dyjety. Chorym albo zbyt wczesnie podaje się pożywienie roślinne, drażniące kiszki grube dużą ilością formującego się kału, lub też przeciwnie, są zbyt długo trzymani na dyjecie osłabiającej, co skutkiem upadku odżywiania tkanek jest momentem usposabiającym do spraw wtórnych. Częstokroć po dyzenteryi spotykamy się z zapaleniem kiszki prostej i nadmiernem wydzielaniem śluzu—cierpienia te w sposób odpowiedni leczyć należy, aby zapobiedz zwiotczeniu mięśni kiszki i zastoju kału.

Baczną też uwagę chorych zwracać należy na regularne i dokładne oddawanie stolca i w tym celu zalecać im codzienne, choćby bezskuteczne siadanie o jednej porze na sedes, szczególnie zalecać to należy w podróży dla wyżej zaznaczonych przyczyn.

Ponieważ powyżej niejednokrotnie zaznaczałem, jaki wpływ zwiotczenie ścianki brzusznej wywiera na zaparcie stolca, więc w tych stanach chorobowych, w których zwiotczenie może powstawać należy starać się o stosowanie środków zapobiegawczych. W ciąży oraz w tych razach, kiedy ścianki brzuszne ulegają rozciągnięciu trzeba z zewnątrz utrzymywać je przy pomocy odpowiednich opasek, które stopień rozciągnięcia zmniejszają. Opaski takie podtrzymujące nosić również winni i ludzie otyli, szczególnie w kuracjach obchudzających lub po przebyciu chorób obłożnych. Nadto kobiety po przebyciu ciąży powinny przez czas dłuższy nosić opaski podtrzymujące, dobrze przylegające do ciała. Noszenie opasek w ciągu 3—5 tygodni po porodzie, jak to zazwyczaj ma miejsce, należy uważać za niedostateczne, kobieta szczególnie kilkakrotnie rodząca nigdy przed 2—3 miesią-



cami nie powinna zdejmować opasek. Tam, gdzie już mamy do czynienia ze zwiotczeniem ścianek należy obok tego starać się o możliwe polepszenie kurczliwości mięśni brzucha przez mięsienie, wodoleczenie i elektryzację.

Szczególne znaczenie zapobiegawcze posiada usunięcie gorsetów u kobiet, a pasków u mężczyzn, te ostatnie bowiem acz w mniejszym stopniu, zawsze jednak działają do gorsetu podobnie. Jak działa gorset na statykę trzewiów dostatecznie wyjaśniłem powyżej i powtarzać się nie będę. Zresztą walka w tym kierunku trwa już nie od dzisiaj i jak każda walka z modą, nietety, bezowocnie. Próżno pisano całe setki artykułów i broszur—wynik ich taki, że częstokroć spotykamy 10-letnie nawet dziewczynki, niby w pancerzu, ściśnięte w gorsecie, co według matek ma im wyrobić ładną figurę. Już chyba z punktu widzenia estetyki nie może ostać się to zapatrywanie i z tego punktu widzenia kształty kobiety, urobione przez gorset, zawsze będą gorsze, niż rozwiniętej prawidłowo; toż przecie Wenus Medycejska uważana za szczyt doskonałości nie знаła gorsetu. Ale słowa te ak wiele innych przebrzmia, naturalnie, bez żadnego efektu, ponieważ więc trudno oczekiwać reformy od samych kobiet, sprawę tę wziąć powinny w ręce władze edukacyjne i zabronić najsurowiej oraz karać używanie gorsetów w okresie największego rozwoju. Może tą drogą uda się zwalczyć zgubny zwyczaj krępowania dzieci w tem nowomodnym narzędziu tortury. Obrońcy gorsetów przytaczają na poparcie jego potrzeby pogląd, że u kobiet, pozbawionych tego pancerza, suknie, stanowiące za zwyczaj znaczny ciężar uciskać będą brzuch i sprowadzać zaburzenia tą drogą, zapominają jednak, że i tej niedogodności zapobiedz łatwo przez umocowanie sukien na szelkach.

W mniejszym stopniu toż samo odnosi się do paska, używanego przez wojskowych i robotników dla podtrzymywania spodni. I ten zwyczaj zaniechany być winien. Sam niejednokrotnie widziałem u moich chorych jak usunięcie paska i zastąpienie go przez szelki uwalniało chorych od wielu zaburzeń, a przede wszystkim od zaparcia stolca.

Tyle co do zapobiegania. Nie mogłem tu uwzględnić z braku miejsca wszystkich nastęrczających się uwag, które zresztą czytelnik z poprzednich rozdziałów sam sobie wysnuć potrafi. Obecnie przejdę do leczenia zaparcia stolca, na wstępie je-

dnak jeszcze raz zastrzedz się muszę, że do leczenia zaparcia stolca przystępować należy wtedy, gdy jest ono połączone z objawami, naszkicowanymi w rozdziałach poprzednich, samo opóźnienie wydalania stolca, o ile jest stanem fizjologicznym lub choremu nie sprawia dolegliwości, nie powinno być leczone, gdyż raczej szkodę, niż pożytek przy nieść to może.

### VIII.

Zacniemy od zaparcia stolca skutkiem przewlekłego niezytu kiszek.

Postępowanie w tym razie dzieli się na dyjetetyczno-hygieniczne i stosowanie specjalnych środków leczniczych.

Chorzy dotknięci niezystem przewlekłym unikać winni wszystkiego, cokolwiek samo przez się sprowadza niezyt lub go przewleka, a więc życie ich winno być regularne, bez wszelkich wstrząśnień moralnych i fizycznych oraz zbytecznych pobudzeń. Czas przyjmowania pokarmów ściśle winien być oznaczony i chorzy ściśle do niego stosować się winni, same zaś pożywienie przyjmować należy często, w małych ilościach. Przy oznaczaniu pożywienia należy kierować się przede wszystkim zasadami dyjetetyki i chorym przeznaczać pokarmy, które 1) zawierałyby dostateczną ilość zarówno białka jak i węglowodanów, tłuszczów, soli, 2) obok pożywnych lekko ulegających wessaniu substancyj i takie, które niezbyt silnie, ale w dostatecznej mierze pobudzały by kiszkę do ruchów robaczkowych, 3) ilość płynów winna być w stosunku odpowiednim do pokarmów stałych, 4) ciepłota pokarmów—umiarkowana, 5) w każdym pojedynczym przypadku kierować się należy stanem ogólnego odżywiania chorego, jego wiekiem, zajęciem, płcią, oraz stanem trawienia żołądkowego (atonija, rozszerzenie trwałe, niezyt zanikowy etc.) wreszcie nawyknięciami (raptowna zmiana pożywienia sprowadza niekiedy ciężkie zaburzenia w odżywianiu).

Widzimy z powyższego, że szematu trudno ustanowić, w każdym razie jednak według Muncka, Pflüger'a, Bohlanda, Kamagawa, Voita, Forstera i innych, człowiek pracujący lekko winien spożywać średnio 100 grm. białka, 56 grm. tłuszczów, 400—450 węglowodanów, ciężiej pracujący 160 grm. białka 56 grm. tłuszczów 500 grm. węglowodanów, kobieta 90 grm. białka, 40 grm. tłuszczów, 350—400 grm. węglowodanów. Natural-

nie, często należy stosunek powyższy zamieniać, zależnie od rodzaju zmian patologicznych; jeżeli jest skłonność do fermentacji w kisz-  
kach, nie będziemy, naturalnie, podawać choremu dużych ilości  
węglowodanów, a zmniejszymy ich ilość na korzyść białka  
i tłuszczów, jeśli występują rozwolnienia, pokarm podawany będzie  
suchszy i t. p.

Z pokarmów, jakie zalecamy choremu, na pierwszym miej-  
scu postawić należy mleko.

Mleko jest jednym z najodpowiedniejszych pokarmów w prze-  
wlekłym niezycie kiszek i stanowczo można go zalecić w każ-  
dym przypadku. Wiemy jednak z obserwacji na chorych, że  
nie wszyscy znoszą go jednakowo. Jedni chorzy po użyciu  
mleka miewają uporczywe biegunki i w tym razie należy poda-  
wać je początkowo w małych ilościach, zaczawszy od kieliszka,  
inni przeciwnie, cierpią na zaparcie, lub istniejące już zaparcie  
wzmaga się po spożyciu mleka, wtedy do mleka dodajemy cu-  
kru, miodu albo innych łatwo strawnych węglowodanów. Mleko  
słodkie, naturalnie, zawsze winno być przegotowane lub steryliz-  
owane. Kuracja wyłącznie mleczna wskazana jest wtedy, je-  
śli przewód pokarmowy jest zadrażniony silnie, osobliwie zaś  
jeśli istnieją sprawy wrzodziejące; wkrótce przy kuracji mlecznej  
już wiele objawów niezytu znika zupełnie, wtedy jednak nie na-  
leży zbyt długo stosować wyłącznie pożywienia mlecznego, gdyż,  
jak już wiemy, tak jednostajny pokarm już sam przez się wy-  
wołuje zaparcie stolca.

Również jako środek w wysokim stopniu odżywczy, a wy-  
wołujący niekiedy obfite stolce może być zalecony kefir 1—2  
dniowy (3-dniowy, przeciwnie, sprowadza zaparcie stolca). Mniej  
więcej toż samo rzecz można i o kwaśnem mleku. Maślanka  
i serwatka często są stosowane, wypite w ilości 1—2 szklanek  
dziennie, szczególnie naczczo, sprowadzają obfite stolce codzien-  
nie i w tym celu winny być używane. Działanie w tym razie  
serwatki objaśnia się zawartością sol i cukru mlecznego, maślan-  
ka działa dzięki zawartym w niej solom oraz kwasowi mlec-  
nemu.

W dyjetetyce niezytu zająć winny miejsce niepoślednie i ja-  
ja, jako pokarm, zawierający dużo białka najlepiej podawać je  
na pół ugotowane. Z pomiędzy rozmaitych rodzajów mięsa sto-  
sować należy przedewszystkiem drób, cielęcinę i mięso wołowe,

oraz ryby rzeczne, zbyt tłuste rodzaje mięsa jak mięso wieprzowe i baranie winny być spożywane w ilościach nieznacznych. Chorym można zalecać zarówno surowe drobno siekane mięso w postaci t. z. befszytków tatarskich (przy znacznem osłabieniu chemizmu żołądka), jak również mięso pieczone, smarzone i duszone.

Nie tak dawno jeszcze obawiano się tłuszczów w przewlekłych niezbytach kiszek. Jest trochę w tej obawie przesady: tłuszcze świeże trawia się w kiskach dobrze, a w tych razach, kiedy chorzy są źle odżywiani, kiedy tkanki tłuszczowej posiadają mało, tłuszcz, użyty w ilościach niewielkich (150 grm.), jest wybornym środkiem odżywczym. Tłuszczu zalecać nie można tylko w tym razie, kiedy współcześnie mamy znaczne obniżenie chemizmu żołądka, gdyż przeszkadza trawieniu, w innych razach zawsze z korzyścią może być używany, nie inaczej wszakże jak w postaci świeżego t. z. masła śmietankowego lub czystej oliwy.

Pokarmy roślinne w zaparciach stolca pochodzenia nieżyłowego odgrywają bardzo ważną rolę. Działa tu objętość, ilość celulozy oraz rozpuszczalnych lub łatwych do przeistoczenia innych węglowodanów. Rzadko względnie u chorych wywołują odpowiednio wybrane pokarmy roślinne zaburzenia w rodzaju wzdęć, kolek etc., zależnych od zbyt obfitej i szybkiej fermentacji, zazwyczaj mogą być używane bez tych działań niepomysłnych. Na pierwszym planie postawiłbym owoce: winogrona, gruszki, jabłka, śliwki, które dzięki zawartości cukru wzmagają ruchy robaczkowe kiszek. Chleb najlepszy z mąki razowej pszennej lub żytniej, ale przygotowany na drożdżach, zwyczajny chleb razowy żytni, przygotowany na zakwasce jest nieodpowiedni, gdyż wywołuje bolesne wzdęcia. Z jarzyn zalecić można dobrze rozgotowaną marchew, buraki (dużo cukru), sałatę, surową kapustę kwaszoną; wszelkie rodzaje kaszy winny być rozgotowane dobrze. Jako deseru chorzy winni używać pokarmów słodkich w ilościach umiarkowanych: krem śmietankowy, galarety owocowe będą tu na miejscu.

Za napój najlepiej przeznaczać chorym czystą wodę kryniczną, niekiedy wypicie szklanki wody naczczo już sprowadza obfity stolec. Woda nie powinna być zbyt zimna. Również można polecić wodę sodową, której kwas węglowy działa pobudza-

jąco na przewód pokarmowy; napoje wysokokowe najlepiej zarzucić, stosunkowo mniej szkodliwe jest wino lekkie białe z wodą. Zbyt mocnej kawy i herbaty oraz czekolady zwykle chorym zabraniać należy.

Jako środek dyjetetyczno-leczniczy gorąco zalecać mogę miód świeży. W wielu razach 1—2 łyżek dziennie sprowadzały u moich chorych obfite stolce; miód zwykle zalecam na podwieczorek.

Z góry zastrzegałem się, że szematu pożywienia ustanawiać nie można, a w każdym pojedynczym przypadku należy posiłkować się wyżej wyłuszczonego wskazaniem, pozwolę sobie przytoczyć jednak dla przykładu szemat pożywienia, stosowany przeze mnie u kilku chorych.

*9 rano:* Szklanka lekkiej herbaty z cukrem, 1 bułka pszenna, 2 jaja na mięko.

*1 godzina.* Drób, befszyk skrobany, rostbaef w ilości  $\frac{1}{4}$  funta, kawałek chleba Grahama z masłem, owoce lub jarzyna. Woda z winem białym.

*5 godzina Obiad.* Zupy 12—15 łyżek (rosół wołowy lub miészany, krupnik, zupy owocowe, barszcz na rosole)  $\frac{1}{4}$  f. mięsa pieczonego lub smażonego. Jarzyna. Deser: owoce lub kremy. Szklanka wody z winem.

*8 wieczorem.* 2 łyżki miodu z chlebem Grahama.

*9 wieczór.* Herbata z mlekiem, jaja na mięko lub polędwica wieprzowa.

Jak widzimy jest to obfite pożywienie, odpowiadające mniej więcej zwykłemu rozkładowi zajęć u nas. Zastrzegam się, że nie daję tu ścisłego przepisu, ale tylko przykład.

W leczeniu obok zasad dyjetetycznych, wyżej zaznaczonych, mamy następujące wskazania tam, gdzie uregulowanie diety, nie wystarcza: 1) przyspieszenie wydalania kału i wzmożenie ruchów robaczkowych kiszek wogóle; 2) usunięcie przekrwienia i zmian nieżytych; 3) usunięcie objawów, wiktających cierpienie.

Dla zadosyć uczynienia tym wskazaniom posiadamy środki mechaniczne i farmaceutyczne. Z pierwszych wymienić należy wodoleczenie, mięsienie, gimnastykę, elektryzację i lawatywy. W nieżycie kiszek zalecają rozmaite metody wodolecznicze, najczęściej u moich chorych stosowałem z doskonałym wynikiem opaskę hydropatyczną na brzuch. Zaczynam zwykle od wody

o c. 20° i stopniowo dochodzę do coraz niższych stopni aż do 6°—8 R. Początkowo, po nałożeniu opaski występuje uczucie zimna, które wszakże już po 5 minutach przechodzi, kompres rozgrzewa się i wywołuje miejscowe dość silne przekrwienie skóry. Te przekrwieniem skóry i następcze zmniejszenie przyływu krwi do kiszek objaśnia nam wpływ dobroczynny opaski w niezycie przewlekłym kiszek. Opaskę najlepiej stosować u ludzi, zajętych w ciągu dnia, na noc; chorzy bardzo szybko przyzwyczajają się do opaski i chętnie ją stosują. Niekiedy sama już opaska u moich chorych działała w ten sposób, że długotrwałe zaparcia po kilku dniach ustępowały.

W celu pobudzenia ruchów robaczkowych kiszek można stosować również tusze rozmaitej ciepłoty oraz tusze szkockie, które wzmacniają mięśnie ścianki brzucha oraz powodują wzmożenie ruchów robaczkowych.

W tym samym celu godnem polecenia jest umiejętnie i systematycznie stosowane mięsienie, które wykonywać winni bądź doświadczeni masażyści, bądź w braku tych chorzy przy pomocy kuli. Ten ostatni rodzaj daje często dobre wyniki i może być stosowany w praktyce biedniejszej. Używam w tym celu kuli drewnianej o średnicy 10 cm., wagi 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 funtów. Wagę taką otrzymujemy przez wypełnienie wnętrza kuli ołowiem. Kula winna być gładko politurowana. Chory w pozycji leżącej przesuwają kulę w kierunku od kątnicy ku zagięciu esowatemu, robiąc ramkę, drugi ruch: stawia kulę na pępku posuwają ją w rozmaitych kierunkach, tworząc gwiazdę. Ciężar kuli jest dostateczny do wywołania podobnego ucisku. Mięsienie takie powtarzać należy 2 razy dziennie po 10 minut. Obok mięsienia postawić należy gimnastykę szwedzką, która jest wskazaną szczególnie u ludzi, używających mało ruchu.

Co się tyczy elektryzacji zalecają ją w 2 postaciach: elektryzacja wewnętrzna, polegająca na wprowadzeniu jednej elektrody do odbytnicy, drugą zaś elektrodę płaską przesuwamy po brzuchu. (Elektroda kiszkowa jest ło długa 20 cm. souda twarda z metalowym na jednym końcu guzikiem, na drugim ze śrubką dla połączenia z drutem. Sondę tę wprowadzamy na 8 cm. do odbytu). Zazwyczaj używamy dość silnych prądów przerwanych.

Boudet, Lorrat i Rosenheim stosują również i prąd stały: anoda in recto, katoda na różnych miejscach brzucha. Przy częstej zmianie kierunku prądu podobno otrzymuje się silne wzmożenie ruchów robaczkowych. Zewnętrzną elektryzację wykonywamy w sposób znany powszechnie, jednak w tym razie elektryzacja działa tylko na ścianki brzucha, jest natomiast wątpliwą rzeczą czy działa i na ruchy kiszek. Opisana wyżej elektryzacja wewnętrzna wywołuje przy dłuższem stosowaniu silne zadrażnienie odbytnicy, niekiedy jej nieżył, to też bardzo ostrożnie winna być stosowana.

Ostatni sposób mechanicznego leczenia stanowią przepłókiwania кишки grubej. Na wstępie zaraz zaznaczyć muszę, że są one obosiecznym środkiem i że długo nie mogą być stosowane jako jedyny sposób leczenia, gdyż względnie szybko działanie ich opróżniające ustaje. Stosunkowo najdłużej działają lawatwy jeżeli ciepłotę obniżać co dni kilka. Działanie lawatw jest dwojakie wypróżniające i oczyszczające. Z jednej strony usuwają one masy zbitego kału, zapobiegając zastojom, z drugiej współcześnie uwalniają kishkę od nagromadzonego się w niej śluzu, produktów rozkładu kału i drobnoustrojów, a zatem stawiają ją w lepszych warunkach co do restitutio ad integrum, nadto lawatwy chłodne pobudzają silnie ruchy robaczkowe кишки grubej — gimnastykując ją poniekąd. W razie silnych kolek, bólów etc. stosujemy lawatwy opróżniające o wyższej ciepłocie i dodajemy do nich nieco środków aromatycznych, w tym razie lawatwy dajemy pod małym ciśnieniem, podczas gdy lawatwy, użyte z celem wywołania wypróżnień, najlepiej robić przy wysokim ciśnieniu i w położeniu chorego à la vache.

W ostatnich czasach. Fleiner wprowadził do leczenia zaparcé stolca lawatwy z oleju zarówno w zaparciu pochodzenia nieżyłowego jak i w innych jego rodzajach. Metoda, ta wypróbowana przez Kussmaula, zyskuje sobie coraz więcej praw obywatelstwa, a i mnie niejednokrotnie dawała wyborne wyniki. Olej, wprowadzony do kiszek, działa rozpuszczająco i rozpułchniająco na kał, zazwyczaj twardy i zbity, pokrywa błonę śluzową кишки, a więc zabezpiecza ją od podrażnienia przez zbity twardy kał lub produkty jego rozkładu, pobudza swoim ciężarem ruchy robaczkowe kiszek i ułatwia wydalanie kału, działa

wreszcie na samą sprawę zapalną, dzięki usunięciu wymienionych powyżej przyczyn podtrzymujących nieżyt. Szczególniej wskazane jest stosowanie lawatyw z oleju w razie zastoju kału, woda w tych razach o wiele działa powolniej i znacznie mniej pewnie, ale i w tych nieżytach, kiedy wraz z zaparciem występują wzdęcia, kolki, kiedy sprawa komplikuje się przez proctitis lub colityphlitis, a nawet jeśli już wystąpiły objawy zadrażnienia otrzewny — lawatywy z oleju działają wybornie. Dalej w tych zastojach kału, które zależą od zmian anatomicznych, od zwężeń różnego rodzaju, a przedewszystkiem wtedy, gdy współcześnie mamy do czynienia z cierpieniami żołądka, w których stosowanie środków czyszczących jest przeciwwskazane. Wtedy lawatywy z oleju dają nam wyniki doskonałe, ponieważ usuwają zbity kał bez wywołania podrażnień. Lawatywy z oleju zazwyczaj dajemy dorosłym z 300—500 cm<sup>3</sup>, dzieciom z 50—150 cm<sup>3</sup> odrazu. Lawatywy te powtarzamy codziennie, dopóki nie otrzymamy stolców papkowatych, zawierających żółć nierozłożoną—dowodzi to, iż olej przeniknął aż do zatoki Bauchina. Skoro to nastąpiło, robimy pauzę — zazwyczaj przez dni kilką stolce bywają codziennie, poczem może wystąpić zaparcie; wtedy znów należy powtórzyć wlewania oleju, zmniejszając powoli jego dawkę. Stolec zazwyczaj występuje nie zaraz po lawatywie, ale w kilką godzin, ztąd chorym, którzy leżą, lepiej dawać lawatywy rano, przeciwnie chorym ambulatoryjnym wieczorem, w pierwszym przypadku stolec wystąpi wieczorem, w drugim rano. Wlewania oleju skuteczniamy za pomocą wysoko ustawionego irygatora z dość grubą kanką lub szprycy dużej; olej winien być nieco ogrzany. Zazwyczaj 15 minut wystarcza do wprowadzenia wymienionych ilości.

Stosując tę metodę od lat 2-eh, zawsze otrzymywałem pożądanę wyniki, nawet przy użyciu małych ilości oleju. W wielu przypadkach postępowałem w ten sposób, że zaczynałem od 100-tu cm. i stopniowo dochodziłem do 200-tu cm. maximum, a mimo to wyniki miałem także same jak Fleiner i Kussmaul. Zaznaczyć tu jednak muszę, że użyty dla lawatyw olej winien być bardzo czysty, najlepiej używać oliwy nicejskiej, w praktyce zaś mniej zamożnej oleju lnianego. W razie jeżeli podejrzewałem w kiszkiach sprawę wrzodziejącą lub jeśli istniało współczesne zapalenie kataralne odbytnicy do-



dawałem do oleju bismut salicylowy w zawiesinie z doskonałym skutkiem.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o lawatywach z gliceryny, które w czasach ostatnich znów gorąco poleca Anacker w zastojach kału w odbyticy. Działają one wtedy drażniąco na kışzkę grubą, pobudzając ruchy robaczkowe. Wymieniony autor zaznacza, że środka tego nie trzeba stosować codziennie i wogóle przez czas krótki, gdyż kışzka gruba przywyka już po kilkakrotnem stosowaniu do codziennych o jednej porze ruchów perystaltycznych. Czy tak jest w istocie, rozstrzygać nie mogę, gdyż w tej postaci nie stosowałem lawatyw glicerynowych, zaznaczę tu tylko, że zachwalane dawniej czopki glicerynowe prawie że zarzucono, gdyż wywoływały po dłuższem stosowaniu zbyt silne podrażnienia błony śluzowej odbytu.

Przechodzę teraz do środków farmaceutycznych.

Chcąc zadosyć uczynić 1-mu wskazaniu: przyspieszyć wydalanie kału przez wzmoczenie ruchów robaczkowych, zdawałoby się, najlepiej posługiwać się środkami czyszczącymi, z których jedne, jak wiadomo, działają przez wzmożony przesiek do kışzek (sole przeczyszczające, tamarindien, manna), inne, jak środki oleiste, przez podrażnienie błony śluzowej kışzek cienkich (olej rącznikowy, olej krotonowy), inne przez silne podrażnienie głównie kışzek grubych (rabarbar, senes, cascara sagrada, podofilina, gummiguti, scamonium, aloes), inne mechanicznie (kalomel, który rozkłada się w kışzkach i redukuje się aż do rtęci metalicznej)—wszystkie jednak mają to do siebie, iż wywołują silne przekrwienie błony śluzowej, co w przewlekłym niezycie nie może być pożądaną rzeczą, a przeciwnie niejednokrotnie, wywołać może obostrzenie sprawy zasadniczej. Zresztą wspominałem już niejednokrotnie, że częste pobudzanie ruchów robaczkowych musi wywołać w następstwie wyczerpanie siły nerwowej węzłów nerwowych kışzek i ich atoniję, o czem nie tylko ja miałem sposobność przekonać się na licznych materyjale. Z tego względu wykluczyłbym z terapii zaparcia przy niezycie kışzek wszelkie środki czyszczące jako przynoszące więcej krzywdy, niż korzyści. Niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć po środkach czyszczących drastycznych objawy spastycznego zaciśnięcia kışzek wraz z bólami i niekiedy wymiotami, które ustępowały dopiero po użyciu makowca.

Tam, gdzie nam idzie o przyspieszenie ruchów robaczkowych, mamy do rozporządzenia środki, działające bezpośrednio na układ nerwowy, a nie za pośrednictwem błony śluzowej; na czele postawiłbym preparaty strychniny: w postaci pigułek ze strichninum nitricum (0,05 na 60 pigułek 3 razy dziennie), nalewki (po 6—15 kropel 2—3 razy dziennie) lub wyciągu (0,01—0,02 3 razy dziennie) i ezeryny (eserinum sulfuricum po 0,001 na dawkę 3 razy dziennie). Ewald poleca jako środek, jego zdaniem, dobry coffein—chloral, który w dawkach 0,2—0,4 wywołuje obfite wypróżnienia w roztworze wodnym, zdaje się jednak, że i ten środek działa drażniaco na kiszki.

Bardzo rozległą sławą w nieżytych cieszą się wody mineralne, które w dużych ilościach działają przeczyszczająco i są wskazane wtedy tylko, kiedy śluzu z kałem wydziela się dużo, a nieżyt kiszki zależy od przekrwienia w układzie żyły wrotnej. Wtedy stosujemy stosownie do innych wskazań, płynących z chorób wikłających sprawę główną, bądź Karlsbad, bądź Marienbad, Tarasp, Kissingen, Wiessbaden, Vichy, Ems i t. p. Obok tych wód częstokroć uciekać się trzeba tam, gdzie zasadniczą chorobą jest niedokrewność, do wód zawierających żelazo i arszenik, a więc do Krynicy, Żegiestowa, Francensbadu, Elster, Roncegno i Levico. Szczególniej ostatnie dwa rodzaje wód godne są polecenia. Z pożytkiem też stosować można kurację kefirową lub kumysową. Obok wymienionych środków w każdym pojedynczym przypadku trzeba stosować leczenie odpowiednie. Inaczej będziemy leczyć chorego z otyłością, t. z. plethora abdominalis, inaczej chorych z cierpieniami wątroby i serca, inaczej chorych neurasteników i anemicznych, inaczej krzepkich i silnych. W każdym z tych pojedynczych przypadków mamy oddzielne wskazania po za zaparciem stolca i wskazania te zawsze godzić z sobą musimy.

Co się tyczy objawów, wikłających zaparcie stolca w przebiegu nieżyty kiszki, to często mamy u chorych wzdęcia brzucha bolesne. W tych razach niekiedy dobre wyniki dawała mi opaska hydropatyczna i lekkie mięsienie brzucha, gdy to nie wystarcza, uciekamy się do ławatyw z naparów ziół aromatycznych i środków drażniących skórę brzucha: nacierania terpentyną, spirytusem gorzycznym i t. p., głównie zaś po przejściu wzdęcia staramy się o uregulowanie stolca za pomocą środków wy-

zej wymienionych. Przy silnych bólach prócz ciepła stosujemy lekkie środki narkotyczne, francuzi osobliwie zalecają wtedy *cannabis indica* w postaci nalewki do 15 kr. lub wyciągu po 0,01—0,015 grm. pr. dosi, zresztą stosować można preparaty belladony, a w ostateczności makowca.

Jeżeli po zaparciu występują rozwolnienia nie peryjodyczne (przyczynę tych ostatnich wyjaśniłem wyżej), w takim razie uciekamy się do środków ściągających: tanniny, rad. colombo, stosowanej dyjety, ciepłych okładów, belladony i t. p.

Streszczając się co do leczenia zaparcia w przebiegu niezytu kiszek jeszcze raz zaznaczam, iż najlepszych wyników oczekiwać należy od uregulowania życia i jedzenia, od wyboru stosownego pożywienia, wodolecznictwa i środków mechanicznych, wreszcie od leczenia krzepiącego, natomiast unikać należy stanowczo środków przeczyszczających, osobliwie drastycznych. Ktokolwiek raz widział w doświadczeniach fizyologicznych jak środki te drażniaco działają na przewód pokarmowy zwierząt zdrowych, jak silne wywołują przekrwienie, powstrzymywać się bezwarunkowo będzie od środków czyszczących, bez których przy pewnej cierpliwości obyć się w leczeniu tego cierpienia można.

Jak leczyć zaparcie stolca skutkiem zastoju kału w kiszce prostej mówiłem powyżej, lawatywy z oleju dają tu pożądane wyniki, ale też obok tego w każdym pojedynczym przypadku należy usuwać i przyczyny, które powodują ten zastój. Tam, gdzie przyczyną jest pęknięcie błony śluzowej odbytu lub guzy krwawnicowe, leczenie tych zmian wystarczy do usunięcia złego; gdzie przyczyną jest osłabienie tłoczni brzusznej—odpowiednia mechanoterapija lub elektryzacyja może sprawę polepszyć, gdzie zależy to od osłabienia mięśni odbytnicy wskazaną jest elektryzacyja tej ostatniej wraz z podawaniem do wewnątrz strychniny, wreszcie, gdzie przyczyną zastoju są guzy odbytnicy lub organów rodnych lub wprost zmiana położenia macicy—odpowiednie leczenie usunie zastój kału. I tu wszakże również wystrzegać się należy środków czyszczących, które, jak już nadmieniałem, niekiedy wywołują cały szereg niepożądanych objawów (objawy ileus).

O leczeniu niedrożności kiszek czy to skutkiem zmian w ściankach czy położeniu, czy wreszcie skutkiem kamieni kiszkowych i żółciowych wspominać tu nie będę, gdyż w zakres niniejszej pracy to nie wchodzi. Również trudno mi na tem miejscu

zajmować się szczegółowo wskazaniami do leczenia zaparcia stolca w rozmaitych chorobach ustrojowych i w przebiegu chorób żołądka. Wskazania te płyną z zasadniczej choroby i według niej winny być normowane, gdyż zaparcie jest tu tylko objawem i to często wtórnym, ustającym po usunięciu zasadniczego cierpienia, zaznaczyć jednak muszę, że w chorobach żołądka specjalnie środków czyszczących zaniechać należy, gdyż drażnią chorą błonę śluzową żołądka; lepiej już stosować lawatywy choć i one często zawodzą.

Przechodzę teraz do leczenia zaparcia stolca w t. z. chorobie Glénarda.

Glénard widzi w leczeniu zwiśnięcia trzewiów następujące wskazania: 1) podnieść i utrzymywać trzewia brzuszne; 2) zwiększyć ciśnienie w jamie brzusznej; 3) uregulować stolec; 4) pobudzić wydzielanie przewodu pokarmowego i gruczołów trawienych; 5) uregulować dyjetę i ułatwić trawienie, wreszcie 6) pokrzepić cały ustrój. W tym celu zaleca: opaskę na brzuch, codzienne środki rozwalniające, alkalija i wody alkaliczne, odpowiednio wzmacniającą dyjetę. Kto uważnie wniknął w istotę zmian przy zwiśnięciu trzewiów, ten widzi bez uprzedzeń, że powyższe wskazania nie zawsze są dobre, przedewszystkiem nie ma żadnych podstaw wskazanie żądające „pobudzenia gruczołów trawiących”; kto tylko badał chorych ze zwiśnięciem trzewiów zawsze prawie znajdował nie zmniejszone, ale zwiększone wydalanie zarówno soku żołądkowego, jak i wydzieliny kiszek grubych (colitis membranacea), zwiększać więc wydzielanie byłoby co najmniej nieracjonalną rzeczą; tak samo ma się ze wskazaniem, żądającym uregulowanin stolca za pomocą środków przeczyszczających. Powyżej zaznaczałem już niejednokrotnie, że samo zwiśnięcie trzewiów może nie wywołać zaparcia stolca, jeśli mięśnie i układ nerwowy kiszek będą zupełnie normalne, w tych razach ruchy robaczkowe mogą przewycięzać następstwa zwiśnięcia i wypróżnienia mogą być zupełnie prawidłowe, skoro jednak czy to skutkiem upadku odżywiania ogólnego, czy skutkiem innych przyczyn wywołujących t. z. atonię kiszek układ nerwowo mięsny kiszek ulegnie zmianom—występuje zaparcie. Ztąd każdy łatwo na zasadzie wyżej już zaznaczonych faktów dojść można do przekonania, że w tych razach środki czyszczące są nie tylko nie wskazane, ale przeciwwskazane, bo; 1) środki

czyszczące utrudniają wchłanianie pokarmów i szkodliwie przez to działają na asymilację i wogóle przemianę materii; 2) stosowane przez czas dłuższy wywołują w kiszki zmiany trwałe—nieżyt przewlekły; 3) w często zdarzających się w zwiśnięciu trzewiów zaciśnięciu okrężnicy (colospasmus) i t. z colitis membranacea, drażniąc błonę śluzową kiszki, powodują natężenie tych cierpień. Z tych względów z terapii zwiśnięcia trzewiów stanowczo wykluczyć należy środki przeczyszczające, a starać się o uregulowanie stolca za pomocą innych metod.

Wskazania co do uregulowania diety i tonizacji ustroju można połączyć w jedno, gdyż są one właściwie nierozdzielne: wybór pokarmów musi być taki, aby współcześnie pokarmy te dawały jak najwięcej pożywnych substancji, łatwo ulegały wchłanianiu, wreszcie żeby składały się z substancji roślinnych i zwierzęcych w odpowiednim stosunku i odpowiednio do ogólnego stanu odżywiania ustroju.

Dla tego też wskazania Glénarda można zredukować do następujących: 1) usunąć, o ile można, przyczyny zwiśnięcia i unieść trzewia brzuszne w celu sprowadzenia statyki jamy brzusznej do rozmiarów względnie normalnych; 2) polepszyć tam, gdzie trzeba, odżywianie, bądź wzmacniając ustrój przy upośledzeniu, bądź też regulując ją odpowiednio przy otyłości; 3) wzmocnić ścianki brzuszne i trzewia za pomocą odpowiednich metod leczniczych; 4) leczyć w sposób odpowiedni powikłania, występujące przy zwiśnięciu trzewiów.

Cztery te wskazania obejmuje sobą całe leczenie zwiśnięcia trzewiów i przy umiejętnem zastosowaniu środków odpowiednich wiodą do względnego wyleczenia resp. usunięcia objawów.

Pierwszemu wskazaniu zadosyć czynimy przez podtrzymanie dolnej części brzucha za pomocą odpowiednich opasek, oraz zabronienie noszenia gorsetów u kobiet, pasków u mężczyzn. Opaski na brzuch w handlu są najrozmaitsze, różnica jednak między nimi tak niewielka, że nie widzę celu zajmować się szczegółowym wyliczeniem wszelkich rodzajów opasek i bandaży, używanych w tym celu. Ja zwykle w praktyce zamożniejszej zalecam bandaż Glénarda. Składa się on z 12—15 cm. szerokiej taśmy mocnej, stopniowo zwężającej się i mającej na jednym końcu 2 sprzączki na drugim 2 taśmy, (zakładane na sprzączki); pociągając taśmy, zmniejszamy objętość pasa. Opaska ta ściśle

powinna przylegać do brzucha i zachodzić aż do spojenia łonowego. Zaciskając dolną taśmę, unosimy brzuch ku górze i za dosyć czynimy wskazaniu, górna taśma może być mniej zacisnięta. Obok tego od dolnej krawędzi pasa idą elastyczne sznurki, które przechodzą przez pachwiny i zapinają się z przodu, uniemożliwiając w ten sposób unoszenie się pasa ku górze. Pas Rosenheima różni się właściwie tem od pasa Glénarda, że posiada z boku firzbiny, które nadają mu pewną odporność i trwałość, inni autorzy radzą używać pasa niezapinanego, a sznurowanego z boku lub z tyłu na podobieństwo gorsetu, Landau poleca bandażę, mającą z boku kawałek elastycznej taśmy w celu ściślejszego przylegania do brzucha i rozciągania w czasie wzdęcia, niektórzy nadto dla utrzymania pasa na miejscu radzą przyszywać do dolnej jego części rodzaj spodenek trykotowych. Podobnych modyfikacyj jest wiele. Dobry pas winien posiadać następujące warunki: 1) unosić brzuch ku górze, uciskając umiarkowanie dolną jego część; 2) ściśle przylegać do ciała; 3) nie krępować ruchów chorej; 4) nie zsuwać się ku górze. Mając na uwadze te dane, łatwo kazać bandażystę lub też samej chorej uszyć pas odpowiedni. W mniej zamożnej praktyce w tym celu zalecałem pas zwykły flanelowy szerokości przestrzeni od spojenia do 2 ctm. po nad pępkiem, stopniowo zwężający się ku tyłowi, z tyłu 2 tasiemki lub sprzączki, na obu zaś końcach pasa są przyszyte 2 kawałki sznurka gumowego, zapinające się z przodu tuż nad pachwiną. W dolnej połowie szerokości pasa wszywa się rodzaj długiej sięgającej końców pasa kieszeni, którą wypełniać należy watą. Tworzy się wtedy rodzaj szerokiego wałka w dolnej części pasa, który jak pelota wciska dolną część brzucha ku górze i w kierunku kręgosłupa. Lekarz osobiście powinien nakładać pas po raz pierwszy i obznajmić chorego z użyciem, bacząc, aby brzuch był niezbyt silnie uciśnięty.

Kiedy wszystkie objawy choroby Glénarda wyłącznie przypisywano zwiśnięciu nerki, weszła w zwyczaj opaska z nerką sztuczną, która jakoby miała utrzymywać nerkę w miejscu właściwym. Dziś coraz więcej zarzucają te pasy, gdyż żadnego nie wywołują efektu, a chorym wiele sprawiają dolegliwości. Unoszenie wszystkich trzewiów ku górze tem samem unosi i nerkę opuszczoną, a pelota na miejscu nerki miała by wartość

względna tylko wówczas, gdyby lekarz codziennie osobiście nakładał opaskę, co jest rzeczą niemożliwą.

Opaskę tego lub innego rodzaju choroby nosić winni przez dzień cały o ile nie leżą w łóżku i zdejmować ją dopiero kładąc się spać. Obok tej opaski w razie opadnięcia macicy stosować należy odpowiednie leczenie, toż samo odnosi się do opadnięcia odbytnicy.

Jak wiemy z powyższego, odżywianie w chorobie Glénarda częstokroć jest upośledzone, mamy zazwyczaj do czynienia z silną anemią, ubytkiem tkanki tłuszczowej i zwiótczeniem tkanek. Dla podniesienia odżywiania stosować więc należy pokarmy białkowe w ilości obfitej, szczególnie zaś mleko, kefir i kumys, lekko strawne pokarmy roślinne jak owoce, jarzyny dobrze rozgotowane, wreszcie tłuszcze w postaci świeżego masła i oliwy. Na podawanie tłuszczów kładłbym nacisk szczególnie w tych razach, kiedy zwiótczenie trzewiów wystąpiło skutkiem szybkiego znikania tkanki tłuszczowej. Po za tem chorym należy zazwyczaj zalecać wstrzymywanie się od dużej ilości płynów, gdyż te ostatnie obniżają atoniczny zazwyczaj żołądek i zwiększają dolegliwości subiektywne, wpływając współcześnie źle i na samą sprawność mechaniczną żołądka. Dlatego też moim chorym zakazuję wszelkich napojów prócz mleka, gdyż tego ostatniego zazwyczaj wypija się nie wiele, a zawsze jest to współcześnie pokarm bardzo pożywny. W razie silnego pragnienia zalecam ławatywy niewielkie z wody chłodnej. Przy bardzo silnym upadku odżywiania widziałem dobre wyniki przy stosowaniu metody Weir-Mitchela lub Debove. Spokój, poziome położenie oraz wzmożone odżywianie działają tu w łatwo zrozumiały sposób.

Leczenie to dyjetetyczne winno być podtrzymywane przez odpowiednie środki lecznicze, a więc żelazo, arszennik, najdogodniej w postaci wód Levico i Roncegno, w razie braku łaknienia goryczki, a dla podniesienia napięcia mięśni gładkich preparaty strychniny lub ezeryny. Tam, gdzie obok enteroptosis mamy powikłanie neurasteniją lub hlsteryją—wodoleczenie, mięsienie i elektryzacja ogólna. Dalej wskazany jest pobyt na świeżem powietrzu w miejscowościach górskich z lekko krzepiącym klimatem, niekiedy kąpiele morskie. Tu już kierować się należy wskazaniami, poczerpniętymi z ogólnego stann chorych. W czasie bó-

łów stosujemy narcotica, bardzo jednak ostrożnie, pomnąc na przewlekłe cechy choroby.

Przestrzedz bym pragnął przed zalecaniem takim chorym wód mineralnych, używanych w dużych ilościach, gdyż miasto polepszenia zazwyczaj występuje silne pogorszenie. Nasuwa mi się tu przypadek, obserwowany wspólnie z kolegą Fr. Neugebauerem, dotyczący chorej P. ze Zgierza z wyraźną enteroptozą, położeniem pionowym żołądka, która po kuracyi we Francensbadzie dostała uporczywych odbijań głośnych, ostrego rozszerzenia żołądka silnego stopnia z silnym upadkiem odżywiania. Dopiero po kilkumiesięcznej kuracyi udało się chorą doprowadzić do pożądanego stanu zdrowia.

Trzecim wskazaniem jest wzmocnić ścianki brzuszne oraz pobudzić sprawność mechaniczną żołądka i kiszek. Wskazanie to z powodów, które rozpatrzyłem w poprzednich rozdziałach, jest nader ważne; w części odpowiada temu wskazaniu opaska na brzuch, nie w całej jednak rozciągłości, należy więc stosować wymienione przy leczeniu niezytu środki wodolecznicze i mechanoterapeutyczne, a więc opaski hydropatyczne, tusze, gimnastykę mięsienię, niezależnie od tego w tych razach elektryzacja mięśni brzucha przy pomocy rolki prądem przerywanym daje bardzo dobre wyniki. Wodoleczenie podnosi również sprawność ruchową żołądka i kiszek i w tym celu tembardziej winno być stosowane. Nad wszystkie metody w praktyce codziennej przekładam opaskę Priessnitz'a. Stosować można w tym razie elektryzację wewnętrzną czy to prądem stałym, czy przerywanym według tego co mówiłem powyżej. Co się tyczy leczenia farmaceutycznego to pozostaje ono toż samo, co w niezycie kiszek. Zaparcie stolca usuwać najlepiej, dopóki wyżej wymienione sposoby nie uregulują go dostatecznie, zapomocą ławatyw, a przede wszystkim ławatyw z oleju, opisanych wyżej, natomiast środków czyszczących stanowczo unikać należy.

Jako względnie częste powikłanie zwiśnięcia trzewiów prócz rozszerzenia żołądka, kamieni żółciowych, hydronephrosis, rozszerzenia kiszek i t. p. cierpień, które leczyć należy w sposób odpowiedni, występują colospasmus i colitis membranacea (e hypersecretione), które zresztą stanowią niekiedy samoistną chorobę u neurasteników i histeryczek. W leczeniu pierwszego z tych cierpień należy unikać starannie wszelkich metod leczniczych



drażniących zarówno błonę śluzową jak i układ nerwowo-mięsny kiszek, a więc mięsienie będzie tu nie na miejscu, toż samo da się powiedzieć o stosowaniu prądu przerywanego, a tembardziej środków drastycznych. Na miejscu tu będą natomiast obok ogólnego leczenia przeciw zasadniczej chorobie (brom, ciepłe kąpiele, pół kąpiel z letniemi oblewaniem, żelazo, arsenik) lawatywy ciepłe z naparów aromatycznych: Inf Chamomillae, Menthae pip. Sterlanis, a szczególnie z ciepłego oleju oraz lekkie narkotyki: belladonna, hyoscianus etc.

Co się tyczy colitis membranacea, to właściwie dotąd cierpienie to opiera się leczeniu, Boas w niedawno wydanej pracy stanowczo przemawia przeciw środkom czyszczącym, a notuje dobre wyniki po stosowaniu odpowiedniej, niedrażniającej dyjety i uregulowaniu stolca przy pomocy lawatyw. Ewald nieco sceptyczniej zapatruje się na leczenie, zaleca on miejscowe przemywania za pomocą środków ściągających i wód alkalicznych, odpowiednią dyjetę, o stosowaniu lawatyw z oleju wyraża się z powątpiewaniem.

Wreszcie wspomnieć muszę o zabiegach chirurgicznych. Kiedy objawy przypisywano tylko nerce wędrującej, zaczęto stosować z różnym skutkiem przyszywanie nerek do łędźwi. W wielu razach nerka prawa utwierdzała się dobrze, w innych pozostawała na miejscu nie dłużej, niż 2 miesiące. Ale sądzę, że wogóle dla leczenia zwiśnięcia trzewiów nephrorraphia nie jest odpowiednią metodą, gdyż usuwa tylko jeden objaw i to nie najważniejszy. W ostatnich czasach jeden z francuzów (Duret z Lille) proponował przyszywanie żołądka do ściany brzusznej i podaje 1 przypadek wyleczony w ten sposób, ale 1) w ten sposób nie zapobiegamy zwiśnięciu innych trzewiów; 2) umocowujemy żołądek do ściany brzusznej w nienormalnem położeniu; 3) obserwacja była krótkotrwała i niezbyt dokładna, nie pozwala więc na wyprowadzanie szerszych wniosków.

Wypełniwszy powyżej zaznaczone wskazania, możemy oczekiwać zawsze polepszenia znacznego—względego wyleczenia, pozbawimy chorych wszelkich dolegliwości, pomnić jednak należy, co już zaznaczałem niejednokrotnie, że przy pomocy terapii w chorobie Glénarda osiągamy nie usunięcie zmian zaszłych w położeniu trzewiów, ale wyrównanie, kompensację. Przez polepszenie odżywiania, przez wzmocnienie układu nerwo-mięsnego

kiszek, przez usunięcie komplikujących objawów stawiamy chorego w lepsze warunki, zawsze jednak mieć należy na uwadze, że tylko długotrwałe zachowanie przepisów może uchować od nawrotów.

Kończę niniejszą pracę, gdyż rozmiary jej przekroczyły i tak formy zwykłego artykułu. Postawiłem sobie w niej za zadanie o ile możliwości zgrupować to, co nam dotąd wiadomo o zaparciu stolca z pominięciem zapań, zależnych od zamknięcia światła kiszek i z uwzględnieniem mało u nas dotąd znanej t. z. choroby Glénarda. Staralem się w każdym z rozdziałów o jasne, zgodne z pojęciami nowemi przedstawienie kwestyi. Obserwacyj własnych nie podaję, gdyż zbyt rozszerzyło by to ramy pracy i niepotrzebnym, bo łatwym do sprawdzenia w praktyce przez każdego lekarza, obciążyło by balastem. Jeżeli choć w części usiłowania moje odniosły skutek, jeśli czytelnik przekona się, że w istocie niema przesady w moich wystąpieniach przeciw nadużyciom środków czyszczących i w ocenie znaczenia zwiśnięcia trzewiów—będzie to dla mnie nagrodą za pracę.

Wrzesień 1894 r.

## L I T E R A T U R A .

- 1) Teodor Dunin. O habitualnem zaparciu stolca. Warszawa 1891.
- 2) Rosenbusch. O nawykowem zaparciu żywota. Kraków 1891.
- 3) Józef Zawadzki. O wymiotach nerwowych. Kr. lek. 1892.
- 4) O'Beirne. Arch. gén. 2 s. F. III. str. 84.
- 5) Nothnagel. Beitr. z. Phis. u Path. d. Darmes. Berlin 1884.
- 6) Leichtenstern. Verengerungen, Verschiessungen und Lageveränderungen des Darmes. w Handb. des Spec. Path. Ziemssen. Lipsk 1878.
- 7) Bunge. Chemija fizyologiczna. Warszawa 1889.
- 8) Ewald. Klinik der Verdaungs Krankheiten II. Berlin 1893.
- 9) Rosenheim. Krankheiten des Darmes Wien 1893.
- 10) Müller. D. Med. Woch. 1888, 22.
- 12) Tripier. Lyon Méd. 1871.
- 13) Jürgensen. D. A. f. kl. Med. I str. 217.
- 14) Bouchard. Leçonss sur le autointoxications. Paris 1887.
- 15) Trastour. Les déséquilibres du ventre Sem. méd. 1887.
- 16) Bouveret. Maladies de l'estomac. Paris 1893.
- 17) Glénard. Aplication de la meth. nat. à l'anatyse de la dysp. nerv. Lyon méd. 1885.

- 18) Glénard. A propos d'un cas de neurasth gastr. Province med. 1887.
- 19) Glénard. Exposé sommaire du traitement de l'enteroptose. Lyon méd. 1887.
- 20) Glénard Lyon méd. 1892.
- 21) Montemus. La maladie Glénard ou enteroptose. Paris 1893.
- 22) J. Zawadzki. O siarkowodorze w rozszerzonym żołądku. Kron. lek. 1893. C. f. in. Med. Nr. 50, 1894.
- 23) J. Zawadzki i T. Solman. Przyczynek do chirurgii żołądka. Kron. lek. 1893. D. M. W. 1894.
- 24) Feréol, De l'enteroptose, Bul. desoc. méd des hôpitaux 1887, 1888.
- 25) Chłapowski. O rozpoznawaniu niektórych zbroczeń w położeniu jelit. Nowiny lek. 1889.
- 26) Biegański. Dyjagnostyka różniczkowa. Warszawa 1892.
- 27) Jaworski. Podręcznik chorób żołądka. Kraków 1893.
- 28) Cuilleret. Gaz. des hôpitaux 1888.
- 29) J. Zawadzki i J. Luxenturg. Przypadek wrzodu żołądka na tle zmian syfilitycznych w zaczyniach. Gaz. Lek. 1893. Wien. Med. Presse 1894.
- 30) Chapotot. L'estomac et corset. Paris 1887.
- 31) Ziemssen. Klin. Vorträge. V. 1888.
- 32) Coutaret. 25 ans de Chirurgie. Paris 1883.
- 33) Ewald. Berlin. Klin. Wochsch. 1890, 13.
- 34) Boas. Magenkrankheiten. Leipzig 1891—1893.
- 35) Einhorn. Ueber Gastrodiaphanie B. kl. W. 1892.
- 36) Heryng i Reichman. Gaz. lek. 1892.
- 37) Ziemssen. D. Arch. f. kl. med. T. 33. str. 235.
- 38) Runeberg. D. Arch. f. kl. med. T. 34.
- 39) Penzold. Die Magenerweiterung Erlangen 1877.
- 40) Dehio. Zur phisihal. Diagn. der mech. Insuf. des Magens. Verh. der VII Con. f. inn. med. 1888.
- 41) Strümpel. B. kl. Wochsch. 1879.
- 42) Closier. Gaz. des hôpitaux 1886.
- 43) Melbranc. Berl. kl. Wochsch. 1885.
- 44) Weill. Lyon méd. 1890.
- 45) Landau. Die Vanderniere der Frauen. Berlin 1881.
- 46) Litten. Verh. d. VI Congr. f. in. Med. 1887.
- 47) Kuttner. Ueber Palpable Nieren. B. kl. W. 1890.
- 48) Stiller. Verh. der. VII Con. f. in. Med. 1888.
- 49) Nothnagel. Wien Med. Presse 1890.
- 50) Kitagawa. Diss. Wurzburg 1890.—Zeitsch f. klin. Med. XVIII.
- 51) Vanni. Rivista medica 1888.
- 52) Marschaud. B. kl. W. 1877.
- 53) Edwards. Cyt. u. Bouveret'a.
- 54) Blaschko. Virch. Arch. 44.
- 55) Sutahi. Virch. Arch. 44. T. C. VI.
- 56) Bocai. Arch. f. Exp. Path. 23, 24.

- 57) Meinert. Dresd. Jahrber 1891—1892.  
 58) Zieliński E. Dziennik zjazdu lek. w Krakowie 1891.  
 59) Munk i Uffelmann. Die Ernährung. Wien 1891.  
 60) Ewald. Ewacuantia Ther. Blät. 1893.  
 61) J. Zawadzki. O wpływie kalomelu na gnicie żółci i o przyczynie zabarwień t. z. stolców kalomelowych. Pam. Tow. Lek. 1887.  
 62) J. Zawadzki. O wpływie siarczanu sodu na krew i moczu. Gaz. lek. 1888.  
 63) Polatschek. Die therapeutische Leistungen des J. 1893. Wiesbaden 1894.  
 64) Ewald, Boas u. Pariser. O Enteritis membranacea w Verh. von Congr. f. inn. Méd. w Berlinie. Allg. méd. Z. N. 47.  
 65) Monod. Enteritis membranacea Sem. méd. 1893.  
 66) Fleiner. Ueber die Behandlung der Constipation etc. mit grossen Oelklystieren B. kl. W. 1893.  
 67) Anacker. Indicationen des Glycerinklystiere C. f. g. Ther. 1893.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### I. Choroby wieku dziecięcego.

---

301. A. CZERNY i P. MOSER. **Badania kliniczne nad chorobami narządów trawienia u ssawców.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde XXXVIII, 4. 1894.*)

Z klinicznego punktu widzenia choroby żołądka i kiszek u ssawców dadzą się podzielić na dwie grupy. Pierwsza obejmuje tylko choroby żołądka i kiszek bez powikłań w innych narządach; druga z powikłaniami. Każda z tych grup może mieć przebieg ostry i przewlekły. Za dziecko mające zdrowe organy trawienia należy uważać takie, które ma w przeciągu 24 godzin 1 do 3-ch prawidłowych wypróżnień, niema odbijania i wymiotów i po każdym ssaniu lub karmieniu śpi bez przerwy parę godzin. Sen lekki i przerywany bywa objawem zaburzeń w trawieniu wtedy, gdy brak innych danych do postawienia rozpoznania. Stolce są prawidłowe, gdy mają spójność kaszy, barwę żółtą i nie mają zapachu zgniłego. Ten ostatni nie powinien występować nawet u dzieci, karmionych sztucznie. Barwa zielona lub brunatna sama przez się nie wskazuje na cierpienie kiszek. Tak np. dziecko, karmione siałą ma zawsze stolec tej barwy

kóra ustępuje natychmiast, gdy mleko matki stanie się normalnem. Tak samo gdy dziecko otrzymuje za mało pożywienia stolce jego stają się podobne do smółki i są tak rzadkie, że można myśleć, iż mamy do czynienia z zaparciem. Zapadnięcie jednak ścianki brzucha, pustość kiszek, przekonywają nas że chodzi o wygłodnienie.

Choroby żołądka i kiszek istnieją zawsze równocześnie i dokładne badanie nawet w razie pozornego braku objawów z jednej strony przekonywa nas o współczesnem cierpieniu całej części brzusznej kanału pokarmowego.

Pierwszą grupę chorób żołądka i kiszek bez powikłań ze strony innych organów nazwać można dla krótkości niestrawnością. Przy niej przeważają raz objawy ze strony żołądka, drugi raz ze strony kiszek. Z objawów niestrawności na pierwszym miejscu postawić należy brak łaknienia. Objaw ten, na który często skarżą się matki i piastunki, można sprawdzić za pomocą ważenia, nie należy go jednak nigdy tłómaczyć niechęcią dziecka do danego pokarmu, jak to nieraz opowiadają o dzieciach, które się same odstawiły. W tym ostatnim wypadku mamy do czynienia zawsze z przewlekłą niestrawnością. Drugim objawem są wymioty, następujące zaraz po przyjęciu pokarmu lub w czas jakiś. Pierwsze są wyrazem cięższego cierpienia żołądka, gdyż każą przypuszczać szybszy i bardziej natężony rozkład pokarmu. Masy wymiotne mają różny wygląd. U ssawców, jeżeli wymioty następują zaraz po ssaniu, mleko może być niezmienione, gdyż podpuszczka działa na nie z trudnością i tylko w obec reakcyi kwaśnej żołądka, a jeżeli wymioty następują w dość długi czas po karmieniu, to i mleko kobiece jest stwarożone. Przy sztucznem odżywianiu mleko w masach wymiotnych jest zawsze stwarożone, gdyż działanie podpuszczki na mleko krowie występuje szybciej i przy każdej reakcyi; wielkość skrzepów mleka krowiego zależy od czasu, jaki upłynął od przyjęcia pokarmu i od ciężkości choroby. Mianowicie, im ruchomość żołądka jest mniejszą tem skrzepy są większe. Ruchomość zaś jest tem mniejszą im choroba żołądka cięższą. W wypadkach ostrych w masach wymiotnych znajduje się żółć, w wypadkach przewlekłych śluz. Gdy w masach wymiotnych znajduje się krew, zwrócić należy uwagę, czy karmiąca nie ma zranień na brodawce sutkowej. Czasami zamiast wymiotów istnieje tylko odbijanie. Barwa skóry dziecka chorego na niestrawność przewlekłą jest często bladą, żółtą. Język zwykle nie bywa obłożony, natomiast często zjawiają się pleśniawki. Ze strony brzucha mamy do czynienia ze wzdęciem w wypadkach ostrych, wiotkością powłok brzusznych — w przewlekłych. Wzdęcie brzucha najczęściej występuje u dzieci karmionych sztucznie. Przyciąganie nówek do brzucha przy krzyku, nie wskazuje bynajmniej na kolkę w brzuchu, jest ono objawem fizyologicznym krzyku u ssawców.

Zmiany stolca w niestrawności są rozmaite. U ssawców najczęściej spostrzegamy powiększenie liczby stolców, większą ich wodnistość i zawartość w nich sernika. Barwa stolca zmienia się często i nie pozostaje w żadnym stosunku do przebiegu niestrawności. U dzieci, karmionych mlekiem krowim liczba stolców przy niestrawności może być albo zwiększoną albo zmniejszoną. Parcie jest stanem cięższym od biegunki, chociaż są to objawy jednej i tej samej choroby. Przy zaparciu stolce mogą być tak twarde, że nie walają bielizny i przy naciśnięciu rozpadają się w grube okruchy. Stolce takie mają zawsze zapach gnilny. Nieraz bobki kałowe są tak wielkie, że wyczuć je można przez powłoki brzuszne, nieraz dają one powód do powstawania upartych rozszczepów odbytnicy (fissura ani). Niestrawność połączona z biegunką u dzieci karmionych sztucznie wywołuje stolce rozmaite, lecz zwykle bardzo cuchnące. Dość częstym przytem objawem jest wypadanie odbytnicy przy oddawaniu stolca. Dalej wzdęcie brzucha najbardziej wybitne przy zaparciu stolca. Że mamy do czynienia z rozkładem niestrawionych mas pokarmowych, wskazuje obecność indykanu w moczu; ilość tego ostatniego jest zwłaszcza wielką przy zaparciu stolca, gdyż produkty rozkładu wchłaniają się łatwiej, niż przy bieguncie. Dla tego zaparcie jest cięższym objawem niestrawności, niż biegunka. Oprócz tego, przy niestrawności u ssawców znajdowano cukier mleczny w moczu; nie znajdowano go nigdy u dzieci karmionych mlekiem krowim. Innych nienormalnych części składowych np. białka, nie znajdowano w moczu przy niestrawności.

Pomimo, że w ostatnich wypadkach mamy głównie do czynienia z objawami ze strony kiszek, zawsze jednak cierpi jednocześnie i żołądek. Bliższe badanie wykaże, że nietylko ruchomość jego, ale i zawartość kwasu solnego jest zmniejszoną.

Co się tyczy wagi dziecka, to ta, pomimo istnienia niestrawności, może nie zmniejszać się, a nawet powiększać. Przykładem podobnego stanu służyć mogą habitualne wymioty u dzieci. Przyrost wagi obserwujemy u dzieci, cierpiących na niestrawność z zaparciem, albo z nieznaczną zmianą liczby, konsystencji i wyglądu wypróżnień. Przy bieguncie waga zawsze się zmniejsza.

Dziecka chorego na niestrawność dopóty nie można uważać za zdrowe, dopóki nie znikną objawy ze strony kanału pokarmowego, nie powróci spokojny sen i nie zacznie ono stale przybierać na wadze.

Drugą grupę chorób żołądka i kiszek stanowią powikłane zmianami anatomicznymi lub czynnościowymi w innych organach. Ponieważ powikłania te zdarzają się bardzo często, więc przyjęć należy, że mają one wspólną przyczynę z chorobami trawienia. Stwierdzanie podobnych powikłań wystarcza do zaliczenia istniejącej niestrawności do drugiej grupy: kataru żołądka i kiszek (gastro-enteritis). Obraz tej choroby jest bardzo różny zależnie od

jakości i ilości powikłań. Jako przykład tych ostatnich, służyć mogą choroby płuc i nerek, występując przy niestrawności podobnie jak i przy tyfusie i mogące tak jak przy tym ostatnim usunąć zasadniczą chorobę na plan drugi.

Istnieje ostra i przewlekła forma gastroenteritidis. Dla stwierdzenia zależności i powikłań od głównej choroby nadają się przede wszystkim wypadki przewlekłe, w których łatwiej, niż w ostrych, stwierdzić można kolejne występowanie objawów. Jeżeli podobny wypadek leczymy od początku, to nieraz zauważyć możemy, jak powikłania występują według pewnego porządku.

Choroba żołądka i kiszek wpływa przede wszystkim na wagę, gdyż wchłanianie pokarmów jest upośledzone wskutek wymiotów i zwiększonej perystaltyki kiszek, a także procesów rozkładowych w nich. Podług Woronowa śmierć następuje, gdy dziecko traci na wadze 50—60% w porównaniu do wagi zdrowego jednoczesnego dziecka. Waga nieraz powiększa się w ostatnie 24—48 godzin przed śmiercią, co objaśnić można zatrzymaniem wody w tkankach.

Objawy gastroenteritidis są te same co niestrawności, tylko bardziej natężone. Oprócz tego istnieją objawy właściwe tej chorobie: suchość języka i błony śluzowej jamy ustnej, wskutek utraty wody, pleśniawki, rozszerzające się nie tylko na nabłonek (jak przy niestrawności) lecz i na błonę śluzową jamy ustnej i języka; takie pleśniawki przy zmyciu ich krwawią, a nieraz samodzielnie dają powód do silnych krwotoków, pleśniawki przy gastroenteritis przechodzą nieraz na przełyk. W wypadkach przewlekłych mogą one przechodzić na żołądek i kiszkę i dostawać się do wypróżnień.

Oprócz pleśniawek wspomnieć należy o petocyjach na twardem podniebieniu. Z klinicznych objawów samego gastroenteritis na pierwszym planie stoi masowe wydzielanie śluzu. Masy wymiotne, a także woda, którą wypłukujemy żołądek, pełne są śluzu. Masy wymiotne mają zapach i zawierają wiele kwasów tłuszczowych. Nieraz błona śluzowa żołądka krwawi i krew może powodować ciemno-brunatne zabarwienie zawartości żołądka, rzadziej krwawienie jest tak mocne, że krew wychodzi niezmiészana z wymiotami. W ostatnim okresie napadu niema wymiotów lecz zawartość wypływa z żołądka przez nos i usta wskutek zniesienia czynności wpustu żołądka. Przez wysokie położenie głowy dziecka możemy zapobiedz temu wypływowi.

Przy oglądaniu brzucha uderza nas nieraz ograniczone wy puklenie, odpowiadające położeniu żołądka. Wypukiwanie wykazuje, że mamy do czynienia z nagromadzeniem gazów i krwawienie długie przekonywa, że pokarm w żołądku prowadzi w wypadkach przewlekłych do zwiotczenia jego mięśni i rozszerzenia żołądka. Przy gastroenteritis istnieć może albo wzdęcie albo zwiotczenie brzucha. Pierwsze trwać może pomimo częstości wy-

próżnień i takie wypadki dają najgorsze rokowania. Zwiótczenie może dojść do tych rozmiarów, że przez powłoki brzuszne widać kontury kiszek i ich ruchy, a palcami wyczuć można kręgosłup.

Jako jakościowa różnica wypróżnień przy gartroenteritis w porównaniu z niestrawnością oprócz częstości ich występują jeszcze krwawienie z kiszek. Tylko przy krwawieniu z kiszek prostej, albo bardzo obfitych krwotokach z wyższych odcinków kiszek znajdujemy niezmiennione ciała czerwone w kale, w innych wypadkach nawet mikroskop nie wykaże ich obecności. Czasami jednak stolce pełne są kryształków hematoidyny. Stolce przy gartroenteritis mogą być bardzo częste pomimo zaprzestania podawania pokarmu dziecku, pochodzi to ztąd, że błona śluzowa żołądka wydziela znaczną ilość śluzu. Czasami stolce są normalnej konsystencji i barwy, tylko liczba i zapach ich każą wnosić o chorobie. W wypadkach przewlekłych zaparcie i biegunka mogą występować kolejno, stolce jednak zawsze mają zapach gnilny. Następstwem długotrwałych procesów gnilnych w kioskach bywa atrofija. Dziecko takie przy pożywieniu odpowiedniem traci ciągle na wadze. Jeżeli będziemy dawać mało pożywienia, to dziecko nie będzie wymiotować i będzie miało zaledwie jeden stolec na dzień, a jednak traci na wadze; jeśli damy pokarmu więcej, to liczba stolców się powiększy, lecz ubytek na wadze trwać będzie dalej. Badanie stolców wykaże, że tłuszcz i cukier mleka zostały wessane, natomiast sernik zjawia się w nich niezmienniony. Chodzi więc tu o zaburzenie w trawieniu tylko białka. Rozkład tego ostatniego wywołuje produkcję toksynów, powodujących nowe objawy chorobowe. Najlepszym dowodem, że atrofija jest wynikiem złego trawienia ciał białkowych jest to, że udaje się poprawić odżywianie przez zamianę białka w pokarmach przez tłuszczce i węglowodany.

Toksyny, wytworzone w kioskach ulegają wessaniu do krwi, co ma miejsce tembardziej, że wskutek zmniejszenia wydzielania moczu, nagromadzają się one szybko. Działanie toksynów objawia się różnemi faktami. Przedewszystkiem na skórze zjawiają się: wysypka w kształcie plam małych lub wielkich, szybko znikających w jednych i zjawiających się w innych miejscach. Chodzi tu nie o anatomiczne zmiany w skórze, lecz o zaburzenia w krążeniu pochodzenia naczynio-ruchowego. Pod wpływem toksynów powstaje również brunatne zabarwienie skóry. Temuż działaniu przypisać należy bezkrwistość, pozostającą po ustąpieniu choroby trawienia, temuż usposobienie krwotoczne (haemophilia), objawiające się zarówno niedającami się umiejscowić krwotokami z kanału pokarmowego, jak również z błony śluzowej łąznic, ust, pochwy i pępka, a także krwotoki podskórne. W podobnym wypadku widziano obszerny guz krwawy w okolicy nerek, robiący wrażenie guza wątroby. Toksyny działają równie szkodli-



wie na serce: tony sercowe są słabo oddzielone jeden od drugiego, głuche, siła ich słabnie, przyczem siła pierwszego tonu szybciej, niż drugiego. Że to działanie na serce jest toksycznym dowód w tem, że przy sekcyi nie znajdujemy w sercu żadnych zmian albo też równomierne zwyrodnienie mięśnia sercowego, co jest jak wiadomo, objawem zatrucia. Osłabienie serca wywiera wpływ i na układ nerwowy. Powstają stany przygnębienia, a nawet nieświadomości. Ruchy czynne kończyn ustają, mięśnie krzyża wiotczeją, w ciężkich wypadkach następuje zniesienie odruchów. Zniesienie odruchu rogówki prowadzi do nieruchomości powiek, wysychania nabłonka rogówki i nastrożenie łącnicy gałki ocznej. U takich dzieci nieraz gałka oczna zwraca się ku górze, co objaśniają otaczający zupełnie błędnie nastąpieniem drgawek. Również znosi się odruch ust, przez co dzieci takie przestają ssać. Znosi się dalej odruch podniebienny i pokarm może dostawać się do krtani, nie wywołując zresztą kaszlu, wskutek zniesienia odruchów krtani. Wreszcie skutkiem osłabienia serca ciepłota ciała opada, istniejąca gorączka ustaje, co naturalnie wywołuje bardzo szkodliwy wpływ na przebieg choroby. To obniżenie ciepłoty, najczęstsze w pierwszych tygodniach życia, gdy trwa długo, wywołuje t. zw. twardziel noworodków, która według poszukiwań Lougera zasadza się na stężeniu tkanki tłuszczowej podskórnej skutkiem jej oziębienia. Do toksycznych objawów przy gastroenteritis zaliczyć również należy gorączkę, która zresztą niema typowego charakteru. Ostatnim wreszcie objawem zatrucia, są zaburzenia ze strony układu nerwowego. Są to stany przygnębienia albo pobudzenia, przygnębienie objawia się mętnieniem samowiedzy bez osłabienia serca. Pobudzenie, zwykle poprzedzające przygnębienie, objawia nadwrażliwością na bodźce, drżeniem przy badaniu, krzykiem, drżącemi ruchami rąk i nóg, które nie zdają się być jednak drgawkami klonicznymi. Tych ostatnich nie widzieli autorowie u dzieci chorych na gastroenteritis; gdy takowe się zjawiały, mieli zwykle do czynienia z chorobą mózgu. Przeciwnie, widziano drgawki toniczne, mające swój wyraz albo tylko w przeszkodzie stawianej ruchom biernym, albo nawet w tężcu. Drgawki były zawsze symetryczne. Na szczególną uwagę zasługuje szczerkościsk, który czyni niemożliwem przyjmowanie pokarmów i sztywność karku, dającą nieraz powód do fałszywego rozpoznania zapalenia opon. Stałem zjawiskiem w ciężkich przypadkach jest zwężenie tęczy, które nie ustępuje przy ciemności, gałki oczne również stają się bardzo mało ruchome.

Badanie pośmiertne wykazuje mięszszone zwyrodnienie organów, wspólne wszystkim chorobom zakaźnym i mające swe źródło w zatruciu toksynami. Gastroenteritis uważać też należy za chorobę zakaźną, spowodowaną różnemi bodźcami, lecz działającymi przedewszystkiem na kanał pokarmowy.

Oprócz toksycznych objawów gastroenteritis, istnieją powi-

kłania niezależne od zatrucia. Na pierwszym miejscu stają tu choroby nerek. Badanie moczu dostarcza nam nieraz pierwszych wskazówek, że mamy do czynienia z zapaleniem żołądka i kiszek, a nie niestrawnością. Objawy ze strony nerek mogą przeważać i dla tego nieraz dziecko niemające znaczniejszych zaburzeń w trawieniu, robi wrażenie ciężko chorego. Dla tego też nie powinniśmy dziecka uważać za wyleczone z kataru żołądka i kiszek dopóki badanie moczu nie upewni nas, że choroba nerek znikła. Mamy do czynienia nie tylko z białkomoczem, jak przy wielu chorobach zakaźnych, lecz z rozmaitymi postaciami zapalenia nerek, ze zmianami anatomicznymi. W moczu znajdujemy białko, w osadzie hyalinowe i ziarniste cylindry, nabłonki, a nieraz i czerwone ciała krwi. Rzadziej krew jest tak obfita, że mocz jest zabarwiony, czasami również znajdujemy ciała ropne. Choroba nerek nie wpływa wiele na rokowanie, nieraz bardzo uporczywe formy dają wyzdrowienie. Obrzęki występują rzadko, a nigdy w pierwszych tygodniach życia. Częstość zapalenia nerek przy gastroenteritis mniejsza się wraz z wiekiem dziecka. Badanie anatomiczne objaśnia genezę tych chorób nerek. Najczęściej mamy do czynienia z przerostem komórek nabłonkowych kanalików skręconych, zaródź tych komórek jest ziarnistą, a jądro zaledwie widoczne. Ciała Malpighiego i kanaliki proste są silnie zabarwione. W świetle kanalików zarówno w korze jak i w brodawce znajdują się cylindry. Tkanka łączna nie przedstawia nic nieprawidłowego. W niektórych wypadkach znajdujemy ogniska nasiękowe w korze, składające się z komórek okrągłych albo z tych ostatnich i czerwonych ciałek krwi. Na miejscu tych nacieków kanalik i kłębki są zupełnie zniszczone. W naciekach tych znajdujemy zawsze grupy drobnoustrojów, te ostatnie znajdują się zwłaszcza w naczyniach przechodzących przez podobne infiltraty. Nieraz naokoło takich ognisk z drobnoustrojów spotykamy skrzepy krwi. To masowe znajdowanie bakterij w nerkach świadczy o tem, że dostały się one do nich za życia. Mamy więc tu do czynienia z drugą kategorią objawów gastroenteritis, powstających wskutek przedostania się bakterij, podczas gdy pierwsza kategoria była wynikiem zatrucia.

Do tej drugiej kategorii należą również choroby płuc. Są one zawsze zjawiskiem wtórnym. Fakt ten ma bardzo ważne znaczenie ze względu na częste zrazikowe zapalenie płuc u ssawców. Przy zebraniu dokładnej anamnezy i odpowiednim badaniu okaże się, że zapalenie płuc nie jest nigdy chorobą pierwotną u ssawców. Objawy ze strony kanału pokarmowego zawsze poprzedzają zapalenie płuc i przez odpowiednie leczenie pierwszych zapobiedz można drugiemu. Zapalenie płuc również ustępuje szybko, skoro usuniemy zaburzenia w trawieniu, a trwać może miesiące, jeśli na ostatnie nie zwrócimy uwagi.

Miller opierając się na 1500 przypadkach zapalenia płuc,

z których w 1000 robiono sekcje, twierdzi że  $\frac{2}{3}$  tych wypadków uważać należy za następstwo chorób kanału pokarmowego. Pierwszemi klinicznymi objawami zapalenia płuc jest przyśpieszenie oddechania i oddech piersiowy. Opukiwanie daje w początkach choroby odgłos bębenkowy, rzadko nieco krótszy nad jednym lub drugim zrazem. Rezultat wysłuchiwania jest zwykle ujemny, w tym okresie. Jeżeli zapalenie jest rozlane zjawia wciąganie podżebrzy i przestrzeni międzyżebrowych. Zwykle bywa gorączka, kaszlu brak. Objawy te objaśnić można wystąpieniem licznych centralnych lub peryferycznych ognisk zrazikowych, zamaskowanych jednak przez następczą rozedmę płuc. Tylko później, gdy ogniska się powiększą i zbliżą do siebie, dają one przy wypukiwaniu ton krótszy. Nagłe występowanie tych ognisk, bez objawów ze strony oskrzeli, częstsze zapadanie prawego płuca, każą przypuszczać, że zarazek nie dostał się przez drogi oddechowe, lecz na drodze wtórnej przez naczynia krwionośne. Jako potwierdzenie powyższego poglądu służy fakt, że omówione wyżej zjawiska w nerkach występują jednocześnie ze zmianami w płucach. O ile początkowe objawy choroby płucnej przedstawiają ważne punkty oparcia dla objaśnienia powstawania tego cierpienia, dalszy jego przebieg może być przyczyną fałszywego pojmowania procesu. Rozszerzenie się ognisk może dać obraz zapalenia płuc zrazowego, zwłaszcza gdy zapalenie szerzy się szybko i nie zajmuje jednakowoż obydwóch płuc. W miarę rozjęcia się ognisk zjawia się kaszel, który dopiero zwraca uwagę otoczenia i lekarz znajduje wtedy różnice wypukowe, a także trzeszczenie, świsty i t. p. i uważa ten proces za bronchopneumoniam. Ponieważ jednak ta ostatnia zaczyna się zawsze od choroby oskrzeli, to należałoby wypadki przez nas opisane nazywać za przykładem uczniów D-ra Sevestre'a: „Bronchopneumonie infectieuse d'origine intestinale chez l'enfant.“ Droga jej rozszerzenia idzie zawsze wzdłuż naczyń, a nie oskrzeli.

Obraz kliniczny choroby płucnej bywa bardzo rozmaity. Zapalenie może się rozszerzyć na jeden lub kilka zrazów, zająć równomiernie obydwia płuca. Ogniska mogą pozostać małe, albo też zlać się z sobą. Objawy ze strony płuc mogą wziąć górę nad chorobą organów trawienia. Plwocina, którą ma się rozumieć trzeba złapać w chwili kaszlu w gardzieli, jest ropną, nigdy jednak rdzawą. Zachowanie się ciepłoty nie jest typowem, nigdy jednak ciepłota nie jest stale jednakową, ani też stale zwalniana, co może służyć do rozpoznania różniczkowego między zapaleniem płuc przy gartroenteritis a gruźlicą. Gdy zapalenie rozszerzy się na obydwia płuca i rozedma następcza jest bardzo mocną, klatka piersiowa rozdyma się i wypukła ku przodowi. Równocześnie z tem powiększa się duszność, zjawia się orthopnoe wieku dziecięcego, zasadzająca się na tem, że dziecko odgina głowę ku tyłowi, zgina kręgosłup i przez to powstaje opistho-

tonus. Przy tym ostatnim kark bywa bardzo sztywny, co może dać powód do mylnego rozpoznania zapalenia opon. Zaburzenia w oddechaniu sprowadzają sinicę, upośledzenie działalności serca, obrzęk płuc, będący zwykle bezpośrednią przyczyną śmierci. Obrzęk rozpoznać można po drobnopecherzykowych rżerzeniach, występujących w dolnych zrazach płuc i szybko rozszerzających się ku górze.

Zapalenie opłucny przy gastroenteritis zdarza się rzadko i prawie nigdy nie może być rozpoznane z powodu zupełnego braku lub niewielkiej ilości wysięku.

Już dane kliniczne pozwalają wnioskować o ścisłej zależności procesu chorobowego w płucach od takiegoż w organach trawienia i wykluczyć przypuszczenie o przypadkowym współistnieniu jednej i drugiej choroby. Pogląd ten potwierdza badanie anatomo-patologiczne notowane w ostrych wypadkach zapalenia płuc. Na wielkich skrawkach mikrotomowych widzimy, że tkanka płuc usiana jest mikroskopijnymi nacieczeniami, dokładnie rozgraniczonymi, między którymi wolne pęcherzyki są rozdęte. Oskrzela są niezmienione. Nacieczenia składają się z komórek okrągłych czerwonych ciałek krwi i złuszczonego nabłonka płucnego. Rozkład ognisk zapalnych daje się porównać tylko z rozkładem gruźelków prosówkowatych to jest choroby płuc rozszerzającej się również drogą naczyni. Również porównanie tych preparatów z takimiż u zwierząt, u których zapalenie płuc wywołane zostało przez inhalację i drogą zakażenia przez naczynia, wykazuje ogromne podobieństwo z ostatnimi. Zresztą badanie zmian patologicznych w płucach u dzieci chorych na zaburzenia w trawieniu wykazuje wielką różnorodność procesu, co dowodzi tego, że zakażenie nie pochodzi od jednego, a od różnych drobnoustrojów. Ponieważ zaś kanał pokarmowy jest siedliskiem najprzeróżniejszych mikroorganizmów, przypuścić więc łatwo, że zakażenie płuc ma swe źródło w chorobie tego kanału.

Podobny pogląd wypowiedział po raz pierwszy Sevestre i jego uczniowie, nazwawszy interesujący nas proces „Broncho pneumonie infectieuse d'origine intestinale chez l'enfant.“ Pogląd swój sformułował Sevestre w następujący sposób: U dzieci 1—2 lat, (może i innego wieku) odżywianych wadliwie, nastąpić może rozkład zawartości kiszki, z którego powstaje cuchnąca biegunka i zakaźny katar kiszek. Następstwem tego bywa zakażenie ogólne, a zwłaszcza przekrwienie i zapalenie płuc zrazikowe. Gastou i Rénard starali się na drodze bakteryjologicznej ustalić stosunek między biegunką i zapaleniem płuc zrazikowym. Przy pomocy punkcji wyjmowali zawartość ognisk zapalnych i przenosili ją na odżywkę. Równocześnie badali bakteryjologicznie wypróżnienia. Z ognisk płucnych wyhodowali: pneumococcus, staphylococcus i bacterium coli commune. Dla zbadania drogi, jaką obiera zarazek od kiszek do płuc starali się oni szczepić

zwierzęta albo przez tchawicę, albo też przez kiszki lub otrzewną. W obydwu razach widzieli oni, że zarazek dochodził do płuc w pierwszym—drogą oskrzeli, w drugim—naczyn krwionośnych. Marfon i Morat robiąc kultury z zawartości płuc u ssawców, chorych na gastroenteritis znaleźli 9 razy bakterium coli commune, 4 razy streptokokki i 4 razy jedno i drugie. Na zasadzie swoich i cudzych spostrzeżeń twierdzą oni, że bakteryje nie dostały się do płuc w czasie konania, tylko w poprzednich okresach choroby skutkiem zmian patologicznych w kiszkiach.

Zachodzi teraz pytanie, czy bakteryje wędrują z kiszki przez układ limfatyczny, czy naczyniowy? Częstość zapadania płuc wobec rzadkości chorób wątroby, która przecież najbliżej leży, skłania do wniosku że infekcja odbywa się drogą naczyń limfatycznych, gdyż w takim razie układ włosowaty płuc jest pierwszą przeszkodą do dalszego posuwania się bakteryj.

Do rzadkich w porównaniu z chorobami płuc i nerek powikłań gastro-enteritis należą procesy ropne, umiejscowione w różnych częściach ciała. Mogą powstawać zapalenia stawów, z odklejeniem nasady kości; dalej zapalenie tkanki łącznej podskórnej, występujące nagle w przebiegu gastroenteritis, dla których nie można znaleźć miejscowej przyczyny; wreszcie obfite wrzodziaki i zapalenia torebek maziowych. Cierpienia te mogą być usunięte tylko przez wyleczenie choroby kanału pokarmowego. Zdarzają się również ograniczone, ogniskowe zapalenia mózgu, które mówią na korzyść infekcji drogą naczyń krwionośnych. Na drodze zatoru powstają również pęcherze na piętach, albo ograniczona zgorzel skóry.

Sledziona bywa czasami powiększoną, czasami nie. Wątroba powiększa się tylko przy osłabieniu czynności serca, natomiast bardzo często znajdujemy zwyrodnienie jej mięsaszowe i zatory drobnoustrojowe w jej naczyniach włosowatych.

Ta różnorodność objawów w przebiegu gastroenteritis każe przypuszczać że mamy tu do czynienia z niejednym gatunkiem drobnoustrojów. Rzeczywiście nie podobna przyjąć, aby z masy zawartych w kiszkiach bakteryj tylko jeden gatunek przechodził przez uszkodzoną ściankę kiszki. Ponieważ w badaniach na trupach trudno rozstrzygnąć, co jest zjawiskiem pośmiertnem a co przy życiowem, badania swe prowadzili autorowie na żywych. Ponieważ kliniczne i anatomo-patologiczne dane przemawiają za tem, że infekcja idzie drogą naczyń krwionośnych, starali się autorowie wykazać obecność drobnoustrojów we krwi, a to drogą hodowli bakteryi z krwi, gdyż dane otrzymane przy pomocy mikroskopu są bardzo niepewne. Do badań używano tylko dzieci chore na gastro-enteritis, u których inna droga infekcji jak przez kanał pokarmowy (np. przez skórę, pępek) była wykluczona. Do badania brano w zwykły sposób kroplę krwi i przenoszono na agor glicerynowy. Naprzód zrobiono próby ze zdrowymi dziećmi.

Wzięto z 30 dzieci krew i zrobiono 60 hodowli. W dwóch z nich tylko znaleziono kolonje bakteryj. Jedno z nich zawierało *Sarcina lutea*, może pochodząca z powietrza; druga składała się z kokków nie chorobotwórczych. Dalej zrobili autorowie badania u 11 dzieci chorych na niestrawność i znaleziono bakteryje tylko raz jeden i na 15-u chorych na gastro-duteritis, gdzie znaleziono laseczniki 12 razy.

U dzieci chorych na niestrawność, pomimo bardzo ciężkich objawów, wymiotów, biegunki, wielkich strat na wadze znaleziono raz tylko *Sarcina lutea*, która z wszelką pewnością pochodziła z powietrza szpitalnego. Możemy więc twierdzić, że u dzieci tych nie było wcale bakteryj we krwi, że może niestrawność jest chorobą czysto miejscową.

U 15-u dzieci chorych na gastro-enteritis znaleźli autorowie w 12 wypadkach drobnoustroje w krwi. Brano krew w różnych okresach choroby, hodowano ją i czyste hodowle szczepiono zwierzętom: do przedniej komory oka i do krwi w żyłę szyjową. Niektóre z hodowli okazywały się bardzo szkodliwymi dla zwierząt: wywoływały różę, ropne zapalenie w przedniej komorze, śmierć przy objawach biegunki i t. p.

Jak widzieliśmy wyżej u 30 zdrowych dzieci znaleziono bakteryje tylko w dwóch wypadkach, u 11 chorych na niestrawność tylko w jednym; bakteryje te pochodziły z powietrza. Rezultat więc badań nad dziećmi choremi na gastro-enteritis jest przekonujący. Można więc śmiało twierdzić, że drobnoustroje dostają się do krwi dzieci chorych na gastro-enteritis. Ponieważ dzieci chore nie miały ran na skórze i nie było możliwości dostania się zarazka inną drogą; ponieważ objawy ze strony kanału pokarmowego zawsze poprzedzały objawy ze strony innych organów, więc przyjąć możemy, że błona śluzowa narządów trawienia stanowiła drogę wejścia dla zarazy. Wykryte bakteryje: staphylokokki, streptokokki, *bacterium coli commune*, *bacillus pyocyaneus* są to bakteryje, które często znajdują się w kiszkach. Różnorodność bakteryj odpowiada różnaitości w objawach choroby; ta różnorodność czyni właśnie prawie niepodobnem ustalenie dokładnej symptomatologii. Ujemne niekiedy rezultaty badań, nie znajdowanie bakteryj, objaśnić można tem, że ilość krwi była bardzo niewielką, owszem tak częste z drugiej strony znajdowanie drobnoustrojów w tej nie wielkiej ilości krwi świadczy o tem, że w całej krwi ilość bakteryj była bardzo znaczną. Tak więc gastro-enteritis uważać należy za chorobę zakaźną ogólną. *St. Kamiński.*

302. Dr. BERNHARD BENDIX. **Przyczynek do kwestyi karmienia dzieci: „O strawności wyjąłowanego i niewyjąłowanego mleka.”** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXVIII. 4. 1894.*)

W wysokim stopniu ważna różnica między mlekiem matki a krowiem jest ta, że pierwsze jest wolne od zarazków, głównie

dzięki temu, że ssawiec otrzymuje je wprost z piersi matki, przyczem mleko nie styka się z powietrzem pełnym zarazków; drugie zaś jest zanieczyszczane przez mikroby fermentacji, produkty rozkładu, a nawet bakteryje chorobotwórcze (bakteryje perlicy, zarazy pyska i racic, cholery, gruźlicy i t. d.), pochodzące częścią z powietrza, częścią z brudu.

Tej stronie ujemnej mleka krowiego zaradzić winniśmy przez odpowiednie postępowanie, a mianowicie „pasteuryzacyję“ lub „wyjałowienie.“ Przy pierwszej poddajemy mleko wpływowi ciepłoty 70—75° C. przez 10 minut; przy drugiem—100—102° C. przez 45 minut do godziny. Wyjałowianie jest metodą ogólnie przyjętą; choć i pasteuryzacyja ma swych zwolenników. Jeden z nich Bitter dowiódł, że dotychczas używany do pasteuryzacyi przyrząd nie odpowiada celowi, gdyż trudno w nim doprowadzić mleko szybko do pożądanej ciepłoty i w niej przez dłuższy czas utrzymać, a co zatem idzie uczynić mleko wolnem od zarazków. Bitter używał więc przyrządu zmodyfikowanego, nie przedstawiającego powyższych niedogodności. W tym jednak nawet przyrządzie można zabić tylko bakteryje chorobotwórcze, lecz nie zarodniki innych bakteryi, a i z tych ostatnich tylko małą liczbę. Pomimo tego jednak Bitter mniema, że gdy chodzi o pasteuryzacyję da się ona zastosować, gdy chodzi o przechowanie mleka przez czas krótki (1—3 dni).

Przy wyjaławianiu sposobem Soxhlet'a mleko przy T. 35° C. nie rozkłada się przez dni 30, przy niższej T. przez 2 miesiące i dłużej. W mleku w ten sposób wyjałowionem nie mamy ani chorobotwórczych bakteryj ani też większości gatunków saprofitycznych, oprócz bacillus fluorescens liquefaciens, wibrion'a sernika, bacillus subtilis i amylobacter. Te ostatnie giną dopiero przy wysokiem ciśnieniu i ciepłocie 105—306° C. Soxhlet zwraca uwagę, że nie każde mleko równie łatwo daje się wyjałowiać, lecz że jedno potrzebuje wyższej ciepłoty niż drugie. Rzecz ta zależy w pierwszym rzędzie od jakości paszy. Mianowicie według Flügge'go przy paszy suchej w zimie krowy walają się mniej, utrzymanie czystości wymion jest łatwiejsze, gdyż wypróżnienia są mniej wodniste. Przytem zimowe wypróżnienia zawierają mniej zarodników, gdyż te ostatnie znajdują lepsze warunki istnienia na paszy świeżej, niż podczas zimy na suchej. Tak samo, jak świeża pasza działa szkodliwie na mleko i pasza, powodująca obfite i wodniste wypróżnienia, kwaśne wywary, liście buraczane i buraki. Auerbach po dodaniu świeżej trawy i siana do mleka wyjałowionego otrzymał zawsze fermentacyję masłową, po dodaniu siana, które schło przez 6 tygodni, fermentacyja nie zachodziła.

Flügge, na zasadzie licznych i dokładnych badań nad bakteryjami mleka, dowodzi, że będące w użyciu w wielkich zakładach mlecznych, wyjaławianie mleka przy 100—102° C. nie od-

powiada w zupełności celowi, i że t. z. „wolne od zarazków trwałe mleko“ zupełnie niesłusznie nosi tę nazwę i staje się nie-raz przyczyną chorób ssawców. Najprzód potwierdza Flügge znany fakt, że bakteryje chorobotwórcze zarówno te co już znajdują się w mleku krowiem (perlicy, zarazy pyska i racic) jak i te, które doń dostały się z powietrza (cholery, gruźlicy, tyfusu i błonicy) zostają zabite już przy 70° C. Z saprofitów giną napewno przy 90—95° C. bakteryje kwasu mlecznego, większość bacterium coli. Resztę bakteryj dzieli on na powietrzne i bezpowietrzne. Do ostatnich należą bakteryje fermentacyi masłowej; pierwsze ogólnie uważane są za przyczynę gorzknienia mleka. „Bakteryje mleka gorzkiego“ (Hueppe, Loeffler, Duclaux). O tych bakteryjach wiedziano już dawno, że wszystkie one nie giną przy zwykłych sposobach wyjałowienia, tylko że liczba ich zmniejsza się; uważano je jednak za nieszkodliwe dla żołądka dziecięcego. Co się tyczy bakteryj bezpowietrznych, to tych nie uważa Flügge za przyczyny wywołujące choroby kiszek; przeciwnie mleko, zanieczyszczone przez bakteryje powietrzne jest, jego zdaniem, bardzo szkodliwe dla ssawca. Własności tych bakteryi są następujące. Ponieważ są one bardzo rozpowszechnione (w kale krowim, kurzu siana, stajennym i ulicznym) więc znajdują się w każdym mleku surowem. Zarodniki ich opierają się ciepłotom 100—102° C. już po kilku dniach przy ciepłocie 22—25° C. rozwijają się. Jeżeli znajdują się w mleku w dostatecznej liczbie, rozkładają sernik mleka, zamieniając go na płyn podobny do surowicy t. z. roztwór peptonu; tę ich własność nazywamy zdolnością peptonizowania, a same bakteryje „peptonizującymi.“ Dzięki temu procesowi mleko nabiera smaku gorzkiego. Jednocześnie wytwarza się w mleku podpuszczka i reszta sernika takiego mleka przy ogrzaniu zamienia się na grube skrzepy. W tych zjawiskach widzi Flügge wielkie niebezpieczeństwo dla trawienia dziecka. W samej rzeczy Zuntz, Munk, Pfeiffer i Neumerster dowiedli, że dłuższe podawanie peptonu wywołuje silne podrażnienie kiszek, wyrażające się klinicznie przez wodniste stolce. To samo działanie przypisuje Flügge mleku peptonizowanemu, którego początkowo z wyglądu i smaku od zwykłego odróżnić nie można. Oprócz tego znalazł Flügge, że trzy z pomiędzy bakteryj peptonizujących wydzielają toksyny, które zastrzyknięte myszom i królikom wywołują śmiertelne nieraz rozwolnienia, z tych powodów uważa Flügge mleko zanieczyszczone przez bakteryje peptonizujące za szkodliwe dla ssawców. Dzięki badaniom Flügge'go zdaje się być pewnem, że tak zwane mleko trwałe „mogące stać czas nieograniczony i być przewożonem przez zwrotniki“ bynajmniej trwałem nie jest. Pomimo tego żądanie Flügge'go zarzucenia dotychczasowego sposobu wyjałowienia mleka i uznania takowego za szkodliwe dla ssawca, zdaje się być przesadzone. Dotychczasowe sposoby wyjaławie-



nia przy zastosowaniu pewnych ostrożności są zupełnie wystarczające, co nie znaczy jednak, aby nie miano się starać o wydoskonalenie sposobów wyjaławiania.

Sam Flüge przyznaje, że oprócz dwóch pewnych sposobów zniszczenia wszystkich bakterii mleka, a mianowicie przerywanego działania pary 100<sup>o</sup> albo ogrzewania do 120<sup>o</sup> C., istnieje i trzeci otrzymania mleka zupełnie wyjałowionego. Chodzi tu mianowicie o urządzenie zupełnie czystych obór, usunięcie z nich kurzu, dawanie paszy wyłącznie suchej, zwilżonej przed podaniem dla usunięcia kurzu, mycie wymion i rąk przed każdym dojeniem, przywiązanie ogona. Dalej trzeba jeszcze wylewać pierwsze porcje mleka, przechodzące przez kanały mleczne, rojące się od bakterij, usuwać centryfugą mogący się znajdować w mleku brud, wreszcie czyścić naczynia do mleka wrzącym roztworem sody. W tych warunkach zebrane mleko da się wyjałowić łatwo i wystarcza jednogodzinne ogrzanie parą 100<sup>o</sup> C. aby otrzymać dokładne wyjałowienie.

Oprócz tego zwykle nie potrzeba mleka bezwzględnie wyjałowionego; owszem można dać ssawcowi mleko, zawierające niewielką ilość zarodników bez żadnego dlań niebezpieczeństwa, a to gdy zwrócimy uwagę na dwa bardzo ważne punkty. Albo trzeba podobne mleko zużytkować w przeciągu 12 godzin, nim zarodniki zdążą się rozwinąć; albo też trzeba, aby mleko wyjałowione, aż do chwili użycia trzymanem było w ciepłocie niżej 20<sup>o</sup> C., przy której zarodniki rozwijać się nie mogą. Te sposoby utrzymywania mleka w stanie wolnym od zarazków są daleko lepsze i tańsze, niż wyjaławianie zupełne przy 102<sup>o</sup> C., gdyż nie jest bynajmniej dowiedzionem, aby mleko przy tej ciepłocie nie traciło na strawności. Soxhlet przestrzega przed używaniem wyższych temperatur nad 100<sup>o</sup> C., w tem mniemaniu, że przez wyższą ciepłotę i długie jej działanie psujemy inne własności mleka, które dla karmienia dziecka są niemniej ważne, niż brak w mleku zarazków. Że takie przegrzane mleko jest małowartościowem jako pokarm, łatwo przypuścić, obserwując zjawiska jakie zachodzą przy energicznym wyjaławianiu mleka. Najprzód zmienia się barwa i smak mleka: niknie jego zapach i nabiera ono smaku gorzkiego, biała zaś barwa mleka przechodzi w żółtą a nawet brunatną wskutek zamiany cukru mlecznego na karmel. Według Duclaux zmiana smaku następuje już przy 70<sup>o</sup> C. Zresztą zmiany te są mniej ważne ze względu na słaby rozwój węchu i smaku u ssawców i małych dzieci.

Daleko ważniejszą jest rzeczą, że przez ogrzewanie wyżej 100<sup>o</sup>, albo długie ogrzewanie przy 100<sup>o</sup>, na mleku przy długim staniu tworzy się tęga warstwa tłuszczu — śmietanki, która z trudnością rozdziela się przy potrząsaniu i rozpada następnie na wielkie i grube kłęby. W mleku surowem lub raz przegotowanem, śmietanka daje się łatwo podzielić na drobne cząsteczki

przy potrząsaniu. Zjawiska te, które łatwo obserwować gołym okiem są wyrazem zmian, jakie zachodzą w stanie zawieszenia tłuszczu przy wyjaławianiu mleka. Tym obrazowym makroskopowym odpowiadają i mikroskopowe: w mleku surowym i raz przygotowanym kulki tłuszczowe są drobne i jasno od siebie oddzielane; w mleku wyjałowionym łączą się one w wielkie bryły. Ta wpadająca w oczy zmiana mleka krowiego pod wpływem wyjałowienia budziła obawę, czy takie przeistoczenie tłuszczu nie utrudnia jego wchłaniania. Pomimo tego jednak wielu autorów przekłada mleko wyjałowione właśnie z powodu jego rzekomo łatwiejszej strawności. Mianowicie sernik tego mleka ma się ścinać w delikatniejsze bryłki i przez to być strawniejszym. Zdania tego są: Alba, Soltmann, Munk, Hoffmann i Reichmann. Uffelmann obalił jednak to twierdzenie, dowiódłszy, że mleko przygotowane nie wytwarza delikatniejszych skrzepów i nie peptonizuje się łatwiej. Inni autorowie twierdzą przeciwnie, że mleko wyjałowione znośą dzieci gorzej i gorzej wchłaniają, niż nie wyjałowione. Reudnitz twierdzi, że białko mleka gotowanego jest trudniej strawnem. Unruh jest zdania, że wyjałowienie mleka zmienia je w ten sposób, że może ono wywołać niestrawność, podobną do tej, jaka powstaje przy używaniu mleka za mało rozcieńczonego. Pochodzi to według niego ze złego przerabiania sernika, który znajdować można w stanie niestrawionym w wypróżnieniach, niestrawionym dla tego, że długie gotowanie upośledza strawność sernika. Renk za przyczyną niestrawności mleka wyjałowionego uważa wyżej zaznaczone zachowanie się w niem tłuszczu. Leeds dochodzi do następujących wniosków: 1) Sernik nie zmienia się pod działaniem gorąca, lecz trudniej się ścina pod wpływem podpuszczki i rozpuszcza mniej dokładnie przy sztucznem trawieniu pepsyną i pankreatyną. 2) Zawiesina kulek tłuszczowych niszczy się i przez to wchłanianie tłuszczu upośledza. 3) W ogóle mleko wyjałowione jest mniej strawne od surowego. Zgodnie z temi teoretycznymi wnioskami przytacza DAVIS obserwacje kliniczne. Według nich po wprowadzeniu wyjałowienia zmniejszyła się wprawdzie liczba chorób kiszek, lecz dzieci odżywiały się gorzej i przybywało im na wadze mniej i wiele z tych, co wyzdrowiały z kataru żołądka i kiszek, umarło na wycieńczenie. Escherich, sprawdzając tę pracę DAVIS'a, robi słuszną uwagę, że szkoda, iż autor nie przytoczył na poparcie swego bardzo paradoksalnego i sprzecznego z dotychczas panującemu poglądami zdania, danych cyfrowych, na zasadzie których możnaby porównać rezultaty karmienia - mlekiem wyjałowionem i niewyjałowionem. Gdy idzie o sprawdzenie faktu tak ważnego jak wartość pożywna pokarmu dziecięcego, należy doświadczenia robić z wszelką możliwą ścisłością. A mianowicie: 1) Porównać okres odżywiania mlekiem wyjałowionem, a to w sposób zbliżony do wyjaławiania mleka będącego w handlu z okresem odży-

wiania z mlekiem niewyjałowionem, lecz po prostu przegotowanym. 2) Robić doświadczenia na dzieciach, a nie na dorosłych, gdyż u pierwszych wchłaniania różnych pokarmów jest nieco odmienne niż u drugich. 3) Robić doświadczenia na jednym dziecku.

Robiono trzy doświadczenia: jedno na dziecku  $2\frac{1}{2}$  lat, drugie na dwuletnim, trzecie na 20 miesięcznym.

W pierwszym doświadczeniu dziecko przez 7 dni dostawało mleko wyjałowione z zakładu mlecznego, przez drugie 7 dni mleko przegotowane. Oprócz tego przez cały czas trwania doświadczenia, dziecko dostawało biały chleb, czekoladę i galaretę z jabłek. Na dobę otrzymywało dziecko 1250 ccm. mleka, 70 gr. chleba, 62,5 gr. czekolady i 20 gr. galarety. Dla określenia spożycia tłuszczów i białka, badano chemicznie skład kału pod tym względem.

Okazało się, że dziecko spożyło w pierwszym okresie: N (azot) 53,55 gr.; tłuszczu 399 gr.

Wydzieliło z kałem: N 8,42 gr. tłuszczu 34,56 gr., czyli zużytkowało 45,13 gr. N i 364,44 gr. tłuszczu. To znaczy, że wchłonięte zostało 84,3% N i 91,3% tłuszczu; z niespożytkowane było 15,7% N i 8,7% tłuszczu. W drugim okresie mleka niewyjałowionego spożyto przez 7 dni 48,3 gr. N i 364,28 gr. tłuszczu; wydalono kałem: 7,38 gr. N i 33,017 gr. tłuszczu. Czyli wchłonęły naczynia 42,9 gr. N i 331,26 gr. tłuszczu.

Zużytkował więc ustrój 74,7% N i 90,9% tłuszczu; stracił 15,3% N i 9,1% tłuszczu.

Jeżeli porównamy zużytkowanie i straty I i II okresu to okaże się różnica 6,4% N na niekorzyść i 0,4% tłuszczu na korzyść mleka wyjałowionego. Różnice te są tak małe, że mogą nie być przyjęte w rachubę.

Ponieważ doświadczenie to nie zdawało się przekonywającym ze względu na niejednakowy skład chemiczny mleka wyjałowionego i niewyjałowionego, ze względu na dosyć złożone pożywienie i bardzo trudne wchłanianie bratka czekolady, zrobiono drugie doświadczenie w prostszych warunkach. Dziecko dwuletnie żywione dotychczas prawie wyłącznie mlekiem, dostawało przez 6 dni 1500 cen. mleka przegotowanego i 45 gr. chleba; przez drugie 6 dni to samo pożywienie, tylko mleko było sterylizowane. Aby mieć pewność że skład mleka jest ten sam w obydwóch okresach, kupowano codziennie w pierwszym okresie 3 litry mleka; połowę tego dawano dziecku, a połowę wyjałowiano i zostawiano na odpowiedni dzień drugiego okresu. Dziecko przez cały czas doświadczenia miało się dobrze i przybywało na wadze. Stolec jednak miało gliniaste, co świadczyło o zatrzymaniu żółci, co mogło źle wpłynąć na wchłanianie tłuszczu.

Z doświadczenia tego okazało się, że:

w I-ym okresie wchłonięto	N	91,54 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ;	stracono	8,46 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
w II-im „ „	„	N 90,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ;	„	9,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
w I-ym okresie wchłonięto tłuszczu		91,2;	„	3,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
w II-im „ „	„	91 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ;	„	9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

I tu różnice są bardzo niewielkie. Wynoszą one 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na korzyść wchłaniania tłuszczu i 0,64<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na korzyść azotu w okresie I-ym (mleka przegotowanego).

Trzecie doświadczenie robił autor w najściślejszych warunkach, na własnym dziecku 20 miesięcznym zupełnie zdrowym. Sposób przeprowadzenia doświadczenia był ten sam co w doświadczeniu drugim. Rezultaty były następujące:

w I-ym okresie (ml. przeg.) wchłonięto	N	92,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	stracono	7,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
w II-im „ (ml. wyjał.)	„	N 93 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
w I-ym „ „	„	tłuszczu 93,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	6,4
w II-im „ „	„	„ 94,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	5,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Jeżeli z trzech doświadczeń wyprowadzimy średnio dla strat tłuszczu i białka, to okaże się że w okresie mleka przegotowanego traciły dzieci średnio 10,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> N i 8,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> tłuszczu; w drugim okresie mleka wyjałowionego 10,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> N i 7,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> tłuszczu, czyli że różnice dla pierwszego i drugiego okresu są prawie żadne i leżą w granicach błędów doświadczenia.

Z powyższego wyprowadzić można następujące wnioski:

1) Strawność i zdolność wchłaniania mleka wyjałowionego i niewyjałowionego jest jednakowa zarówno co do białka jak i tłuszczów, 2) To samo stosuje się nie tylko do dzieci zdrowych, lecz i chorych, jak w drugim doświadczeniu, 3) Smak i zapach mleka wyjałowionego, chociaż odmienny jest jednak dobrym i dzieci piją je chętnie, 4) Przy użyciu mleka wyjałowionego nie następują zaburzenia ze strony kanału pokarmowego: owszem dzieci mają apetyt, stolce prawidłowe, nie wymiotują i przybysają na wadze, 5) Wyjaławianie mleka usuwa możliwość zarażenia dziecka bakteriami chorobotwórczymi i zapobiega powstawaniu procesów fermentacji i rozkładu w kiszkach, czego nie można powiedzieć o prostym przegotowywaniu, 6) Wyjaławianie należy przekładać nad pasteuryzację, gdyż przy 102<sup>0</sup>C nie tylko nie cierpi strawność mleka, lecz i przy odpowiednich ostrożnościach możemy przy tej ciepłocie napewno zniszczyć wszystkie szkodliwe bakterie, czego nie można powiedzieć o posteuryzacji.

(Doświadczenia Bendix'a, aczkolwiek stanowią ciekawy przyczynek do kwestyi odżywiania dzieci mlekiem krowim, nie rozstrzygają jednak zagadnienia w zupełności, a to z następujących powodów: 1) wszystkie robione były na dzieciach starszych, używających pokarmów mieszanych, a nie na ssawkach. Wiadomo zaś że u tych ostatnich warunki wchłaniania białka i tłuszczu z mleka są odmiennie niż u pierwszych. Tak według Uffelmann'a prawie zgodnie z poszukiwaniami Forster'a ssawiec spożytkowuje

98,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> białka i 96,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> tłuszczu, czyli że zaledwie 1,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> białka zostaje wydalone z kałem; dla dorosłego (ewentualnie dziecka, karmionego pokarmem mieszanym) ilość tą wynosi, według Rubnesla od 2,9—12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ta zresztą rzecz byłaby obojętną ze względu na to, że Bendix miał na celu tylko badanie porównawcze strawności dwóch rodzajów mleka. Daleko ważniejszym jest wzgląd 2) Mianowicie pożywienie dzieci było mieszane i jako dodatek do mleka służył chleb biały. Otóż białko tego chleba jest bardzo mało strawne. Według Rubner'a 18—26<sup>0</sup>/<sub>0</sub> jego przechodzi do kału wprowadzenie dość znacznych stosunkowo ilości chleba do żołądka dziecka mogło powodować zmniejszenie strawności białka i mleka, a przytem wobec znacznych wahań jakie istnieją w strawności chleba zdarzyć się łatwo mogło, że mniejsza lub większa strawność tego ostatniego zmieniała warunki strawności mleka wyjąławanego i niewyjąławanego niezależnie od strawności białka w jednym i drugim 3) Zbyt krótki czas trwania doświadczeń (6—7) nie pozwala wnosić, że dzieci jeden i drugi pokarm równie dobrze znoszą. Ileż to razy zdarza się, że dziecko karmione najopaczniej zdrowem jest jednak przez czas bardzo długi i raptem dostaje zaburzeń w trawieniu, nadzwyczaj uporczywych i trudno dających się usunąć. (*Przypisek sprawozdawczy*).  
Kamieński.

303. M. BRESGÉN. **Przyczyny nerwowego bólu głowy u dzieci w wieku szkolnym.** (*Wiener Medicinische Presse* Nr. 37, 1894).

Dla człowieka pracującego umysłowo ból głowy jest jednym z najprzykrzejszych cierpień i dla tego należy baczną zwrócić uwagę na przyczyny tegoż i starać się im zapobiegać.

Ból głowy jest bardzo częstym cierpieniem dzieci w wieku szkolnym; Hakonson-Hansen znalazł, że np. w Chrystyjaniu 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> uczennic i uczniów cierpi na bóle głowy.

Przyczyny nerwowego bólu głowy można podzielić na 4 kategorie. Do pierwszej należą cierpienia mózgowia i jego opon, przy których najbliższa przyczyna wywołuje ból głowy; do tej kategorii należą również dziedziczne newrozy, zjawiające się najczęściej podczas dojrzewania płciowego.

Do drugiej kategorii zaliczyć można ogólne osłabienie, które wywołują zarówno ciężkie choroby, jak i złe odżywienie. Do tej kategorii należą również zaburzenia w trawieniu, zwłaszcza połączone z nieregularnym oddawaniem stolca. Złe trawienie pociąga za sobą wadliwy skład krwi i złe odżywianie mózgu. Przyczyną złego odżywiania jest nietylko pokarm niewłaściwy, lecz i inne okoliczności. W pierwszym rzędzie postawić tu należy połykanie źle przeżutych i oślinionych pokarmów. Jeżeli do tego dodamy przyjmowanie masy napojów, to pojmiemy, jak dalece musi się rozciągać żołądek dziecięcy, jak rozcieńczać sok żołąd-

kowy i jak przez to trawienie jest leniwem i niedostatecznem. Jeżeli od ilości przejdziemy do jakości napojów, to musimy zaznaczyć, że nie należy zupełnie dawać dzieciom napojów wysokowych, gdyż nie są środkami odżywczeni lecz tylko pobudzającami. O ile szybkie polykanie pokarmów jest wadą wychowania, to wina ta spada na dom rodzicielski; lecz i szkoła nieraz jest winna temu. Otóż złe trawienie wywołuje po większej części zaparcie stolca, to ostatnie ucisk na głowę i bóle głowy.

Trzecia grupa przyczyn bólu głowy dotyczy głównie szkoły. Na pierwszym miejscu postawić tu należy zbyt wczesne rozpoczynanie wykładów w szkole. Prowadzi ono do zaniedbania czystości ciała, zbyt szybkiego polykania śniadania i zaniedbania w oddawaniu stolca rano, nie mówiąc już o niedostatecznym wypoczynku umysłu i ciała. Przytem należy dbać, aby oświetlenie w klasie było dostateczne, gdyż zbytne wyężanie wzroku sprowadza ból głowy. Dla tego też pierwsza godzina szkolna winna być poświęconą tylko takim przedmiotom, przy których czytanie i pisanie nie jest rzeczą konieczną. Lecz nie tylko zbytne natężenie wzroku sprowadza ból głowy, daleko częściej ma on swe źródło w przeciążaniu umysłu.

Przeciążenie dzieci nauką szkolną powstaje nie tyle wskutek przeładowania przedmiotami wykładanemi, ile dzięki niewłaściwemu rozkładowi tychże i sposobowi nauczania. Nic tak nie męczy i nie wyczerpuje, jak objaśnienia nie odpowiadające umysłowemu rozwinięciu dziecka. Trzeba więc naukę uczynić zrozumiałą i zajmującą. Co się tyczy rozkładu nauk, to plan ich powinien być w ten sposób ułożony, aby przedmioty łatwe następowały po trudnych. Wykonanie tej zasady jest obecnie bardzo trudne, ze względu na niedostateczny personel nauczycielski, trzeba więc ten ostatni powiększyć. Jedną z największych wadliwości rozkładów lekcyj, pociągającą za sobą zdenerwowanie dzieci, jest skupienie przedmiotów wykładanych na godziny przedobiednie. Już przy czterech z rzędu godzinach wykładu, dzieci na ostatniej uważać nie mogą; cóż mówić, jeżeli tych godzin jest 5 lub 6? Zdenerwowanie dzieci, które w naszych czasach staje się coraz powszechniejszem zjawiskiem, ma swe główne źródło w uczęszczaniu do szkoły, choć nie da się zaprzeczyć, że ważną rolę gra tu i dziedziczność. Dla tego bardzo szkodliwą jest rzeczą, skupienie godzin nauczania na czas przedobiadowy, nie pozostawienie dzieciom dosyć długiej pauzy na odpoczynek. Szkoła unikać winna wszystkiego, co przyczynić się może do zdenerwowania dzieci i tak już dziedzicznie obciążonych, a tem bardziej nie może dopuścić, aby dzieci trzymane zdrowo, stały się w szkole nerwowemi. Ma się rozumieć że nerwowość nie zjawia się natychmiast, lecz powoli i skrycie. Tak np. co się tyczy bólu głowy, to nieraz spostrzedz można, że dzieci, miesiące a nawet lata całe skarżą się na ociężałość głowy, a na to ani

rodzice, ani lekarze nie zwracają uwagi, dopóki nie zjawi się właściwy ból głowy. Ujemny wpływ na zdolność uczenia się dzieci, wywarło zbawienne skąd inąd rozporządzenie unikania zadań domowych. Ćwiczenie pamięci podczas pierwszych lat szkolnych chroni dzieci od przeciążenia w wyższych klasach. W tych ostatnich jest tyle przedmiotów pamięciowych, że wykształcona pamięć jest wielkiem dobrodziejstwem dla ucni klas wyższych. Przed tem kształcono pamięć w klasach niższych; uczono masę wierszy, obecnie zaniechano tego. Wskutek tego uczniowie wyższych klas, poświęcają znacznie więcej czasu na wykonanie zadań domowych, niż to mają na widoku układający programy szkolne. To prowadzi do przeciążenia umysłowego, do ucisku na głowę i bólu tejże, sprowadza bezsenność. W domu rodzicielskim przeciążają dzieci nauką muzyki i obcych języków; stosuje się to zwłaszcza do dzieci klas zamożniejszych.

Czwartą grupę przyczyn bólu głowy stanowią choroby nosa, uszów, oczów, zębów i jamy gardzieliowej.

Choroby tych ostatnich powodują jedno albo dwustronne zwężenie dróg noso-oddechowych, tak że zamiast prawidłowego oddechania nosem zjawia się oddechanie ustami. Ma tu po większej części miejsce zjawisko ucisku w jamie nosowej, albo też chodzi o procesy ropne w tej jamie. Podobnie rzecz się mają przy zatkaniu lub zwężeniu górnej części jamy gardzieliowej, gdzie chodzi po większej części o powiększenie t. z. migdałka gardzieliowego; w tym ostatnim razie istnieje obustronna przeszkoda dla oddechania nosem, podczas gdy przy chorobach zwykle tylko jedna jama jest zatkana. Podobnie mogą wywoływać ból głowy choroby uszów wtenczas połączone z procesami zapalnymi w kości. Choroby oczu, powodujące ból głowy, polegają albo na wadliwej budowie gałki ocznej i rogówki, albo na jednoczesnem cierpieniu nosa i połączonych z nim jam; zwłaszcza łzawienie z oczów i towarzyszące mu zapalenie łącznicy bardzo często powoduje zapalenie błony śluzowej nosa. Przyczyną bólów głowy mogą być wreszcie cierpienia zębów zwłaszcza górnych trzonowych.

Jak widzimy więc przyczyny bólów głowy są bardzo liczne. Rzadko mamy tu do czynienia z jedną przyczyną, a po większej części składa się na to cierpienie wiele przyczyn jednocześnie.

W obec wielkiej wagi, jaką ma ból głowy nie od rzeczy byłoby, gdyby władze szkolne zarządziły badania nad przyczynami i powstawaniem tegoż. W badaniach tych powinienby przyjmować udział lekarz. By rezultaty otrzymane przez różnych badaczy były o ile możności zgodne, należałoby badania robić według uprzednio przyjętych norm.

*Stanisław Kamiński.*

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

304. Dr. Lode z Wiednia starał się na drodze doświadczalnej rozstrzygnąć kwestyję sporną dotyczącą **fizjologii pęcherzyków nasiennych**: mianowicie czy drobny ten narząd spełnia jedynie czynność zbiornika nasienia, czy też jest gruczołem samodzielnie pracującym. Autor badania swe przeprowadzał na świnkach morskich, które poddawał jednostronnej lub też obustronnej kastracji; na podstawie swych doświadczeń przychodzi Lode do wniosku, że pęcherzyki nasienne, przynajmniej u świnek morskich odgrywają rolę gruczołów wydzielających. (Deut. Med. Woch.) *H. K.*

305. Prof. Bókai, naczelny lekarz budapeszteńskiego szpitala dla dzieci imienia Stefanii zdawał w Towarzystwie Lekarskiem pęchterszkieńskim sprawozdanie z **35 przypadków błonicy u dzieci, leczonych surowicą Behring'a** od d. 11 Września do d. 21 Października r. b. Cięższych przypadków miał 15, lżejszych 20. W 9 przypadkach zajęta była wyłącznie gardziel, w 7 nos i gardziel, w 4 gardziel i krtań i w 15 wyłącznie gardziel. Śmiertelnych przypadków było 5 zatem  $14\frac{1}{3}\%$ . Wynik ten uważa Bókai w porównaniu z innymi przypadkami, leczonemi w zwykły sposób, za bardzo pomyślny; gdy bowiem te ostatnie przypadki dawały odsetkę wyzdrowienia od 43,2 do 58,3, leczone surowicą Behring'a 85,6. (Deut. Med. Woch.) *H. K.*

306. Znany klinicysta amerykański M. Einhorn opisuje 7 przypadków **nadżarć krwawych żołądka**. W przypadkach jego skaleczenie przez zgłębnik było wykluczone. U chorych tych naczewo w wodzie użytej do przepłókania spotykamy małe kawałki błony śluzowej (0,3—0,4 cm. długości). Po jedzeniu wkrótce występują bóle w żołądku, chorzy chudną, czują osłabienie, ilość śluzu zwiększona, ilość kwasu solnego zmniejszona, (1 raz nadmierna kwasność). Jako przyczynę tej choroby podaje autor niezbyt przewlekły. Zluszczenie błony śluzowej musi następować przed rannem przemywaniem żołądka, gdyż w wodzie użytej do przepłókiwania nigdy nie ma krwi. Przebieg choroby jest przewlekły z nasileniami. Autor poleca spray z  $1\%$ — $2\%$  roztworu lapisu, wewnątrzżołądkową galwanizację, Condurangę i strychninę. (N. J. M. R.—Cent. f. in. Med. Nr. 44.) *J. Z.*

307. Ponieważ samozakażenie u rodzących miewa miejsce nader rzadko, a gorączka połogowa powstaje w następstwie używania nieczystych rąk i narzędzi zalecają wszyscy autorowie powściągliwość w badaniu wewnętrznym położnicy. Jednakże samo badanie zewnętrzne (Leopold) nie wystarcza często dla dokładnego zdania sobie sprawy; jako pomoc dla zewnętrznego badania Krönig i Ries dodali badanie przez odbytnicę (rectum), uważając to połączone badanie za najzupełniej wykluczające badanie przez pochwę. **Dr. Bekman wypróbował na 100 rodzących sposób badania przez odbytnicę i potwierdza zdanie wspomnianych autorów, zaznaczając, że różnica po-**



między badaniem przez odbytnicę i przez pochwę jest bardzo nieznaczna i najczęściej zauważa się przy określaniu ciemiączek i szwów. Badanie przez odbytnicę, wzbogacając zasób naszych środków rozpoznawczych, ma wielkie znaczenie praktyczne: usuwa możliwość zakażenia. Szczególniej zaleca ten sposób Bekman dla akuszerok, ponieważ one badanie przez pochwę wykonywają bez zachowania przepisów aseptyki, badanie zaś przez odbytnicę dla ich celów najzupełniej wystarcza przy porodach prawidłowych. Zweifel stosuje ten sposób badania w swej szkole położniczej z wynikiem zadawalniającym. (Żurn. akusz. i żensk. bol. Nr. 9 1894). *Wład. Stan.*

308. Dr. Pargamin opisuje bardzo rzadki przypadek porodu bliźnięcego 4 płodów, w literaturze bowiem ostatnich lat 10 znalazł tylko trzy podobne przypadki. Dotyczy on 31-letniej żydówki z Białej Cerkwi, która poprzednio rodziła już 6 razy. Obecna ciąża 7-a. Każdy płód posiadał własny pęcherz płodowy i błony; porządek porodu: I dziewczynka — położenie czaszkowe, II i III chłopcy w położeniu nóżkowym, następnie urodziły się jedno za drugim trzy łożyska, wreszcie IV chłopiec w położeniu pośladkowym i jego łożysko. Długość ciała płodów—32—34 ctm., waga 3—3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> funt. Dziewczynka zmarła po 5 dobach, chłopcy w ciągu pierwszej doby po urodzeniu. Połóg prawidłowy. (Żurn. akusz. i żensk. bol. Nr. 10 1894). *Wład. Stan.*

## Kilka słów o przebiegu epidemii cholery azyjatyckiej

w roku bieżącym

w Warszawie i pobliskich jej okolicach.

Podał Dr. med. Władysław Świątecki,

Ordynator oddziału dla cholerycznych przy szpitalu Dz. Jezus.

Warszawa d. 12. X. 1894 r.

W sierpniowym zeszycie Kroniki podaliśmy wiadomości, dotyczące przebiegu cholery w Warszawie do 10-go IX; w dalszym ciągu przebieg epidemii był następujący: <sup>1)</sup> od 10/VIII—12/X.

Pozostało 106, przybyło 554, zmarło 199, wyzdrowiało 460, pozostał 1. <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Dane te zaczerpnięto z urzędowych raportów, składanych Radzie Miejskiej z trzech czynnych oddziałów dla cholerycznych (ze szpitala Żydowskiego, Pragskiego i Zapasowego).

<sup>2)</sup> Chory ten został wypisany 17 b. m. (*p. Red.*).

Chórzy ci przybyli:

Z Warszawy i Pragi . . . . .	466	(z Warszawy 249.
Z Woli p-tu Warszawskiego . . . . .	14	z Pragi 217).
Z Czystego " " . . . . .	8	
Z Powązek (Osada) " " . . . . .	18	
Z Koła " " . . . . .	7	
Z Marek " " . . . . .	11	
Z innych pobliskich miejsc. . . . .	15	
Z różnych miejscowości Królestwa	17	

Ruch chorych w tym czasie wyjaśnia następująca tablica:

Miesiąc	Dzień	Pozostawało	Przybyło	Zmarło	Wyzdrowiało	Pozostało	Miesiąc	Dzień	Pozostawało	Przybyło	Zmarło	Wyzdrowiało	Pozostało
VIII	11	106	26	8	8	116	IX	11	—	2	1	7	36
"	12	—	19	6	17	112	"	12	—	4	1	5	34
"	13	—	33	10	13	122	"	13	—	3	—	3	34
"	14	—	36	10	13	135	"	14	—	3	1	2	34
"	15	—	40	6	22	147	"	15	—	1	1	2	32
"	16	—	33	13	19	148	"	16	—	1	1	5	27
"	17	—	24	13	14	145	"	17	—	2	2	3	24
"	18	—	25	11	9	150	"	18	—	3	—	1	26
"	19	—	25	9	17	149	"	19	—	2	1	3	24
"	20	—	30	12	15	152	"	20	—	—	1	4	19
"	21	—	28	9	27	144	"	21	—	1	—	2	18
"	22	—	27	15	13	143	"	22	—	1	—	1	18
"	23	—	18	3	15	143	"	23	—	—	—	1	17
"	24	—	25	6	16	146	"	24	—	1	1	4	13
"	25	—	9	6	10	139	"	25	—	2	—	2	13
"	26	—	10	6	19	124	"	26	—	—	2	1	10
"	27	—	15	3	22	114	"	27	—	—	—	2	8
"	28	—	10	4	6	114	"	28	—	—	—	—	8
"	29	—	13	3	19	105	"	29	—	—	1	2	5
"	30	—	14	7	8	104	"	30	—	—	—	1	4
"	31	—	13	3	10	104	X	1	—	3	—	1	6
IX	1	—	8	1	11	100	"	2	—	—	2	—	4
"	2	—	6	2	13	91	"	3	—	2	—	—	6
"	3	—	9	2	13	85	"	4	—	—	1	1	4
"	4	—	6	1	12	78	"	5	—	—	—	1	3
"	5	—	8	2	13	71	"	6	—	—	—	1	2
"	6	—	3	1	10	63	"	7	—	—	—	1	1
"	7	—	4	2	2	63	"	8	—	—	—	—	1
"	8	—	3	4	6	56	"	9	—	—	—	—	1
"	9	—	3	2	4	53	"	10	—	—	—	—	1
"	10	—	3	3	9	44	—	<hr/>					
							106 554 199 460 1						

## Warszawa dostarczyła chorych z następujących ulic:

- Aleja-Róż № 6—1.  
 Bagno № 3—1.  
 Bednarska № 6—1; 18—1.  
 Bolesć № 5—2.  
 Bonifraeska № 6—1; 10—1.  
 Browarna № 6—1; 19—1.  
 Brzozowa № 18—1; 20—1;  
 33—1; 43—1.  
 Bugaj № 4—1; 5—1; 9—1;  
 13—1; 15—1; 16—1; 18—1;  
 21—2.  
 Chłodna № 5—1; 8—1.  
 Chmielna № 72—1.  
 Czerniakowska № 1—2; 3—1;  
 4—1.  
 Długa № 37—2.  
 Dobra № 7—1; 32—1.  
 Dzielna № 6—1; 56—1; 67—1;  
 72—1; 88—1.  
 Dzika № 1—1; 5—1; 34—1;  
 35—1; 44—1; 47—1; 53—2.  
 Freta № 22—1; 33—1.  
 Franciszkańska № 6—2; 8—1;  
 9—1; 31—1.  
 Gęsia № 23—1; 30—1; 41—1;  
 44—1; 49—2; 55—1.  
 Górna № 51—1.  
 Grzybowska № 57—1; 70—1;  
 ?—1.  
 Górczewska droga № 12—1;  
 70—1; 77—2; 88—1.  
 Grzybowski Plac № 1—1; 7—1;  
 № ? 1.  
 Kaliksta № 17—1.  
 Karmelicka № 15—1; 25—1.  
 Krakowskie-Przedmieście № 1—1;  
 103—1.  
 Krochmalna № 5—1; 10—1;  
 23—1; 34—2; 36—1; 43—1;  
 59—1.  
 Krucza 31—1.  
 Krzywe-Koło № 18—1.  
 Leopoldyny № 12—1.  
 Leszno № 46—1; 96—1.  
 Łucka № 26—1.  
 Maryjensztadt № 9—1; 13—1.  
 Maryjańska № 1—1.  
 Miła № 4—2; 17—2; 38—7;  
 39—2; 47—1; 48—1; 50—2;  
 69—1.  
 Młynarska № 66—1; № ? —1.  
 Mokotowska № 50—1.  
 Mostowa № 11—1.  
 Muranowska № 24—1; 30—2;  
 34—1; 38—1.  
 Nalewki № 13—1; 83—1; 37—1.  
 43—1; 49—1.  
 Nowiniarska № 15—1; 16—1.  
 Nowo-Karmelicka № 16—2.  
 Nowolipie № 55—1.  
 Nowolipki № 2—1.  
 Nowomiła № 69—1.  
 Nowo-żytnia № 38—1.  
 Nowy-Swiat № 6—1; 13—1.  
 Niska № 43—1; 49—1; 61—1;  
 68—2.  
 Ogrodowa № 19—1; 32—1.  
 Ostrowska № 12—1.  
 Pańska № 5—2; 16—1; 43—1;  
 46—1.  
 Parysowska № 1—1.  
 Pawia № 32—1.  
 Piaskowa № 8—2; 12—1; 16—2;  
 24—1.  
 Podwał 19—1.  
 Pokorna № 5—1.  
 Przemysława № 31—4.  
 Rybaki № 3—1; 6—3; 8—1;  
 31—2; 33—1; Przyt. nocle-  
 gowy 2.  
 Sapieżyńska № 3—1; 5—1;  
 10—2.  
 Senatorska № 36—1.  
 Śliska 56—1.  
 Smocza № 4—1; 7—1; 9—2;  
 27—1; 33—1; 38—1; 44—1;  
 54—1.  
 Solec № 26—1; 105—2.  
 Solna № 3—1.  
 Stawki № 22—1; 57—1.

- Śto-Jerska № 14—1; 18—1; 32—1; 36—1.  
 Ś-to Jańska № 31—1.  
 Ś-to Krzyska № 43—1.  
 Towarowa № ?—1; 32—1.  
 Twarda № 26—3; 36—1; 46—1; 50—1; 80—1.  
 Wałowa 4—1.  
 Wielka № 41—1.  
 Wolność № 3—1.  
 Wolska № ?—1; 3—1; 20—1; 24—1; 37—3; 51—1.  
 Wołyńska № 6—1; 8—1.  
 Wróbla № 10—1.  
 Wronia № 33—1; 68—1.  
 Zajączka № 9—4; 10—1.  
 Zakątna № ?—1; 9—1.  
 Zdolna № 4—1; 15—1; 35—1.  
 Źródłowa 12—1.  
 Źabia № 4—1.  
 Źelazna 28—1.  
 Źytnia № 38—1.

## Praga:

- Aleksandryjska № ?—1.  
 Białostocka № 2—1; 5—1; 7—1; 17—1; 21—1; 37—1; 39—3; 43—1; 45—2; 47—1; 49—1.  
 Błaszana № 1—1 i z przyt. nocl. 1.  
 Brukowa № 1—1; 5—1; 11—1; 27—1; 52—1.  
 Brzeska № 5—1.  
 Folwarczna № 3—1; 6—1; 13—1; 16—2; 17—4; 18—1; 21—1.  
 Grochowska № 10—1; 17—1.  
 Grodzieńska № 1—1; 12—1; 13—6; 18—1; 22—1; 27—5; 29—4; 33—2; 55—1; 59—1.  
 Kępna № 11—1; 13—1; 17—1.  
 Krowia № 3—2.  
 Łochowska № 2—1; 4—1; 19—4; 26—1; 39—1.  
 Łomżyńska № 8—2.  
 Moskiewska № 3—1; 7—1; 15—1; 25—1; 42—2.  
 Namiestnikowska № 3—1.  
 Nowa № 4—1.  
 Nadwiśl. kolej (stacyja Praga)—1.  
 Olszowa № 8—1.  
 Panieńska № 10—2.  
 Petersburska № 9—1; ?—1; i przyt. nocl.—3.  
 Petersburska kolej (dworzec)—1.  
 Radzywińska № 2—1; 3—5; 4—1; 5—1; 7—1; 8—1; 9—3; 10—1; 12—1; 13—4; 16—2; 25—2; 26—2; 29—2; 31—1; 32—2; 36—1; 37—1; 54—2; 72—2.  
 Saska Kępa 312—1.  
 Skaryszewska № 1—1; 2—1.  
 Sporna № 3—1; 20—1.  
 Stalowa № 29—2; 39—4.  
 Strzelecka № 3—1; 7—1.  
 Targowa № 4—1; 8—1; 10—1; 13—1; 15—1; 17—1; 19—1; 30—1; 31—1; 32—1; 34—3; 44—1; № ?—1.  
 Wileńska № 41—1.  
 Wiosenna № 4—10; 17—5; 20—2.  
 Wołowa № 1—1; 2—1; 17—2; 18—1; 21—1; 27—2; 30—1; 35—3; 39—2; 43—1; 46—3; 48—1; 49—1.  
 Wołomińska № 3—1; 10—1; 22—4; 24—1; 28—1; 50—1.  
 Ząbkowska № 3—1; 4—1; 7—1; 17—1; 19—1; 22—1; 32—1; 36—1; 40—2; 46—2; 50—2.

Z Warszawy najwięcej przybyło chorych z ulic: Miłej 18 chorych (domów mieszalnych 69); Rybaków 10 (32); Bugaju 9 (23); Smoczej 9 (50); Dzikiej 8 (83); Krochmalnej 8 (29); Wolskiej 8 (56); Twardej 7 (70).

Z *Pragi*: Radzymińskiej 36 (72); Grodzieńskiej 23 (58); Wołowej 20 (49); Wiosennej 17 (20); Targowej 15 (25); Ząbkowskiej 14 (49); Białostockiej 14 (44); Folwarcznej 11 (23); Wołomińskiej 9 (57); Lochowskiej 8 (65).

W ogóle w czasie tegorocznej epidemii, którą można uważać za skończoną, (ostatni bowiem chory przybył do oddziału na Pradze 3 X), cholera grasowała głównie w dzielnicy północno-zachodniej, w cyrkule V, IV, III, oraz na Powiślu. Na Pradze zaś najwięcej zachorowań zdażyło się w dzielnicy, położonej między liniami kolei Petersburskiej i Terespolkiej, oraz przedłużeniem ich do Wisły. W innych punktach miasta były tylko pojedyncze przypadki zachorowań. Wymienione dzielnice Warszawy są zamieszkałe przez najbiedniejsze klasy ludności, żyjące w znacznym skupieniu, niedostatku i braku czystości. O opłakanych warunkach sanitarnych podmiejskich okolic wspominaliśmy już w poprzednich numerach Kroniki. Praga nie jest skanalizowana i zaopatrzona w dobrą wodę. Tu zdaje się leżeć przyczyna stosunkowo wysokiej liczby zachorowań na Pradze (576) w porównaniu z Warszawą (587). Od 30 I do 3 X do wszystkich oddziałów dla cholerycznych przy czterech szpitalach warszawskich w ogóle:

Przybyło — Zmarło — Wyzdrowiało — Pozostało.

1383            551            831            1

Śmiertelność więc wynosi 40<sup>0</sup>/o.

Wymienieni chorzy na cholere azyjatycką przybyli:

Z Warszawy i Pragi . . . . .	1,163	} z Warszawy 587 " Pragi . . . 576
" Woli P-tu Warszawskiego . .	47	
" Ochoty . . . . .	48	
" Czystego . . . . .	17	
" Powązek . . . . .	20	
" innych pobliskich miejscowości	54	
" różnych miejscowości Królestwa	39	} 220.

Razem 1383

Od połowy lipca do końca sierpnia nasilenie epidemii, o ile można sądzić z przybywających do oddziałów chorych, było największe i prawie jednakowe; przeciętna liczba dziennych zachorowań wynosiła 20, a dosięgła szczytu 15 VIII—40. Najwięcej umierało od 16 VII do 22 VIII, kiedy to z 15 liczba zmarłych następnego dnia spadła do 3 i już po nad 6—7 się nie podniosła. W powyższym terminie przecięciowo umierało dziennie 9—10 osób; najwięcej zmarło 7 VIII, bo aż 17.

Ostatni chory przybył do oddziału pragskiego 3 X, w dniu więc tym przypada koniec epidemii tegorocznej, która trwała 8 miesięcy (246 dni).

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— W dniu 2 grudnia odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie nowego Zakładu Chirurgicznego kol. Adama Przyborowskiego. Zakład mieści się przy ulicy Sewerynow (róg Oboźnej), w domu dobrze znanym w świecie lekarskim, ponieważ istnieje w nim od dawna jedyny w Warszawie zakład hydropatyczny kol. Ciaglińskiego (niegdyś Brodowskiego). Miejsce na zakład leczniczy, zdaje się nie może być lepiej wybrane, blizkie bowiem sąsiedztwo ze środkiem miasta (Krakowskie-Przedm.) łączy się tu z warunkami ciszy i spokoju, jakie dają z jednej strony ciche i z małym ruchem ulice, z drugiej zaś blizkie sąsiedztwo ogrodów (Uniwersyteckiego, Towarzystwa Cyklistów). Co do wewnętrznego urządzenia zakładu, to kolega Przyborowski oddawna już podróżując po Europie, szukał dlatego odpowiednich wzorów. Znajdujemy tu przedewszystkiem *część operacyjną* zupełnie oddzieloną od pomieszczenia dla chorych. *Część operacyjna* mieści się w specjalnie w tym celu przybudowanym skrzydle domu. Posiada ona ściany podwójne, z których cienka ściana wewnętrzna zbudowana jest z cegły t. zw. dętej, pomiędzy zaś obiema ścianami znajduje się pusta przestrzeń izolacyjna. Takie urządzenie ścian gwarantuje suchość, niezależność od zewnętrznej temperatury, jako też naturalną wentylację. Sal operacyjnych jest 2; jedna dla operacji ambulatoryjnych i septycznych, druga dla aseptycznych. Obie urządzone ściśle według wymagań współczesnych. Na sali operacyjnej aseptycznej na wyróżnienie zasługuje brak lampy; rzeczywiście, zbiornik kurzu, jakim jest lampa, wisząca wprost nad stołem operacyjnym, na aseptycznej sali jest co najmniej zbyteczny. W razie potrzeby brak lampy można zastąpić innym źródłem światła, u kol. zaś Przyborowskiego najaseptyczniejsze operacje można robić i w sali ambulatoryjnej, ponieważ ta, oprócz posiadania lampy, niczem się od aseptycznej nie wyróżnia i w każdej chwili najdokładniej oczyszczoną być może.

Wzorowo w zakładzie K. Przyborowskiego urządzona jest wentylacja; w części ambulatoryjnej (pomieszczonej na parterze) w poczekalni, w części zaś operacyjnej internatu w pokoju, przeznaczonym do sterylizacji, jako w pomieszczeniach, w których zanieczyszczenie powietrza najłatwiej powstać może (w pierwszej wylizewy chorych, w drugiej para i produkty spalania gazu) znajdujemy hydrauliczne turbiny z podwójnym dowolnie regulowanym działaniem (aspiracja i propulsja). Z szczegółów wewnętrznego urządzenia musimy jeszcze zaznaczyć izolację pokoju sterylizacyjnego od sali operacyjnej; łącznie z poprzednio wymienioną wentylacją gwarantuje to zupełną czystość powietrza w sali operacyjnej. Sprzęty wszystkie w części operacyjnej sprowadzone są z zagranicy i odznaczają się praktycznością przy dokładności i elegancji wykonania. Mogłyby one zapewne być wykonane i w kraju, brak jednakże na miejscu od-

powiednich modeli tłumaczy kolegę Przyborowskiego z tego ustępstwa dla cudzoziemszczyzny. Ze sprzętów tych wyróżnia się szczególnie ważnością pomysłu szatynia do zawieszania gąsiorów z płynami w sali operacyjnej, prosty a praktyczny stół operacyjny, pomysłu właściciela zakładu, wreszcie niesłychanie lekki wózek do przewożenia chorych, który może być używany również jako nosze.

Internat jak wspomnieliśmy wyżej, oddzielony jest od części operacyjnej, wejście dla chorych lub odwiedzających ich gości jest zupełnie oddzielne; z częścią operacyjną łączą internat drzwi w razie rzeczywistej tylko potrzeby otwierane. Nie potrzebujemy dodawać, że pokoje dla chorych są widne, obszerne i wysokie; brak rolet, w sposób najniewłaściwszy zawieszonych zwykle w górnej części okien i zabierających przez to najlepsze światło, niech będzie wskazówka dbałości kolegi Przyborowskiego o najdrobniejsze szczegóły higieniczne. Rolety zastąpione są przez zasłony, nasuwające się z boku na całą framugę okienną.

Pomieszczenia gospodarskie, jako to: kuchnia, pralnia, pokoje dla służby i t. p. pomieszczone są nie w suterynach, a na najwyższym pięttrze gmachu. Ponieważ w zakładzie każdy z lekarzy pomieszczać może swych chorych, nie będzie zbyt cenną wiadomością o cenach za pomieszczenie, które w pokojach oddzielnych wynoszą rs. 4 na dobę, we wspólnych zaś 2 za całkowite utrzymanie.

Przy zakładzie jest również specjalny oddział, przeznaczony dla terapii ortopedycznej i gimnastycznej. Tę część zakładu prowadzić będzie kolega Józef Garbowski.

Wiele innych szczegółów zasługiwało by jeszcze na zaznaczenie, pomijamy je jednak dla braku miejsca. Kończąc to nasze sprawozdanie, nie możemy się wstrzymać od wyrażenia życzeń pomyślnego rozwoju dla nowego zakładu.

— Na posiedzeniu 11 grudnia następujący koledzy zostali zaliczeni w poczet członków czynnych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego: Dobrowolski Zd., Feinstein L., Garliński Wł., Grabowski Józef, Jaworski Józef, Kraków K., Leśniowski Ant., Markusfeld St., Niedzielski K., Stępiński Wacł., Warszawski Maks., Zieliński Edward, Skowroński i Świerzyński. Na członków korespondentów wybrano: Czarkowskiego Leona, Papiewskiego Władysława i Sękowskiego Władysława.

— Rektorem Uniwersytetu Warszawskiego został mianowany prof. Kowalewski—uprzednio professor w Charkowie.

— Lekarze Cyrkułów m. Warszawy: 1 Hołownia; 2 Bazylewicz—Kniażykowski; 3 Tchórznicki; 4 Szabel; 5 Budzyński; 6 Kosowski; 7 Fabian; 8 Sawczenko; 9 Gawryłow; 10 Kopeć; 11 Koteleski; 12 (na Pradze) Wnukowski.

— Kolega A. D. Wieczorkiewicz z Dąbrowy Górniczej podaje w Nr. 46 Gazety Lekarskiej krótki opis trzech przypadków błonicy, w których stosował surowicę Behringa, wynik był pomyślny. Były to przypadki dyfterytu gardzieli i krtani, charakteru adynamicznego.

U trojga dzieci z błonicą szkarlatynową surowica dała wyniki ujemne.

— Obok wymienionych w nrze zeszłym kolegów, pracujących w szpitalu dla dzieci na Aleksandryi, zajmują się: kol. Dytel, Rodys i Wójcicki.

— W bitwie pod Yalu padło po stronie japońskiej 100 ludzi, pomiędzy nimi lekarze Dr. Murakoski (japończyk? a może nasz ziomek?) i Dr. Miyake. Trzeci lekarz został ciężko zraniony. (W. M. Pr. 30).

— Dr. O. Körner z Frankfurtu n./M. został powołany<sup>5</sup> na katedrę chorób usznych do Rostoku na miejsce zmarłego prof. Lemcke'go.

— W Dröbak w południowej Norwegii założoną została stacja dla badań nad biologią morską. Na kierowników tej stacji powołani zostali profesorowie Guldberg, Torup i Wille z Chrystianii.

— 20 listopada r. b. odbyło się w Nowym-Yorku odsłonięcie pomnika znakomitego ginekologa amerykańskiego Marion'a Sims'a, wynalazcy lusterka macicznego, jego imieniem nazwanego.

— Niemieckie zakłady, produkujące szczepionkę ospową, mają zamiar w roku przyszłym obchodzić uroczystości 100 rocznicę wielkiego odkrycia Jennera. Na planie jest urządzenie wystawy przedmiotów mających związek ze szczepieniem ospy.

— Kinsdorf i H. Bartsch powtórzyli doświadczenia Adamkiewicza nad *przeszczepialnością cząstek guzów raków* do mózgu królików i przysli do wyników niezgodnych z twierdzeniami A. Zachowywano jak najskrupulatniejszą aseptykę i starano się o jaknajszysze wykonanie rękoczynów. Przesadzone cząstki raków mogą w sprzyjających warunkach przyrastać, nigdy jednak nie rozrastają się. Przeciwnie szybko podlegają wstecznym przemianom i giną po kilku tygodniach pozostawiając w pozostałości rozrost tkanki łącznej. Przerzutów nie spostrzegano ani razu. (Beit. z. kl. Chir. XI. 94).

— Na ostatniem posiedzeniu francuskiego kongresu dla medycyny wewnętrznej, który obradował w Lyonie, postanowiono, aby przyszły zjazd odbył się w 1895 roku w miesiącu sierpniu lub wrześniu w mieście Bordeaux. Na przyszłego przewodniczącego obrany został Bouchard, na jego zastępcę Pitres. Kongres ten ma obradować nad następującymi trzema tematami: 1) Zakaźne zapalenia rdzenia. 2) Patologija wątroby i kiszek. 3) O przeciwgorączkowych środkach znieczulających.

---

— W gub. Witebskiej na 20 wiorście od stacyi K. Ż. Pondery w dominium Marienhauzie (należącym do J.W. Pani Lipskiej) jest do wzięcia posada lekarza, zawiadującego miejscowym ogólnym szpitalem, należącym do administracyi dworu. Wynagrodzenie roczne 400 rs., wraz z obszernem mieszkaniem, opałem, ogrodem. Wolna praktyka. Jest na miejscu apteka i aptekarz.

---



## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Listopadzie 1894 r.

1. *Prof. Obaliński*. W sprawie zupełnego wykluczenia pepli jelitowej. (Med. 44).
2. *O. Bujwid i Wł. Palmirski*. Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a. (Med. 44).
3. *T. Heiman*. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha. (Med. 45, 46).
4. *F. Arnstein*. Kilka uwag o etyologii i patogenie rwy kulszowej jako też o leczeniu jej w Ciechocinku.
5. *Z. Bychowski*. O chorobie Parkinsona. (Med. 46—98).
6. *K. Rychliński*. Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmovaniu zbroczeń umysłowych. (Med. 48).
7. *J. Danysz*. Leczenie dyfterytu surowicą we Francyi. (Gaz. Lek. 44).
8. *M. Jakowski*. W kwestyi badania bakteryjologicznego błon dyfterytrycznych. (Gaz. Lek. 44).
9. *J. Neufeld*. Pyoktanina w cholery azyatyckiej. (Gaz. Lek. 44, 45).
10. *Prof. M. Nencki*. O t. zw. popiołach ciał białkowych. (Gaz. Lek. 45).
11. *A. Leśniowski*. Hydrops inflamatorius antri Highmori. (Gaz. Lek. 46).
12. *St. Pechkranc*. O etyologii i leczeniu cholery. (Gaz. Lek. 46).
13. *Dr. med. i fil. W. Sobierański*. O czynności nerek. (Gaz. Lek. 47).
14. *Dr. med. H. Higier*. Histeryja, jako symulacyja i kombinacyja wiađu rdzenia. (Gaz. Lek. 48).
15. *F. Arnstein*. Dwa przypadki b. uporczywej i długo trwającej świerzbiączki skóry, uleczonej za pomocą antypiryny. (Gaz. Lek. 48).
16. *St. Jerzykowski*. O wpływie utajonej rzeźączki na niepłodność niewiast. (Now. Lek. 11).
17. *Dziembowski*. Leczenie zapalenia błony śluzowej macicy chlorkiem cynku. (Now. Lek. 11).
18. *M. Misiewicz*. Poszukiwanie kliniczne nad działaniem kąpieli nasiadowych przy cierpieniach dróg moczopłciowych i innych narządów jamy brzusznej.
19. *Prof. Rydygier*. O wytwarzaniu zwieracza stolcowego. (Przeł. Lek. 44).

20. *Doc. W. Wachholz i Dr. W. hr. Tyszkiewicz.* Zmiany włosów pod wpływem niektórych środków żrących i wysokiej ciepłoty. (Przegl. Lek. 44).

21. *A. Baurowicz.* Przyczynek do badania bakteryjologicznego chorobowej wydzieliny górnych dróg oddechowych. (Prz. Lek. 45).

22. *J. Kadyi.* Kilka uwag o statystyce włókników macicy w stosunku do teorii Cohnheima. (Prz. Lek. 46).

1. Prof. A. Obaliński. **W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jeitowej.** Niemogąc w jednym przypadku po wyłuszczeniu kiszki ślepej połączyć kiszki wstępującej z kiszką biodrową, a to wskutek krótkości kiszki i zrostów, poradził sobie prof. Obaliński w ten sposób, iż kiszkę wstępującą przebił poprzecznie w drugim miejscu, gdzie zeszyście z kiszką cienką łatwo skutecznie się dało. W pozostałym na stronie odcinku kiszki grubej zaszył na gładko oba końce i pozostawił je na stałe w jamie brzusznej. Operacja trwała trzy godziny pod narkozą eterową; wyzdrowienie.

Jest to drugi przypadek całkowitego wykluczenia pętli jelita u człowieka. Pierwszy opisał Barącz. W literaturach obcych podobne przypadki dotąd opisane jeszcze nie zostały.

Na zakończenie proponuje prof. Obaliński, aby operację nazywać lepiej nie wykluczeniem (*exclusio*) a *odłączeniem* (*eliminatio*), gdyż nazwa pierwsza jest dwuznaczna i może dać okazyję do pomieszania z rezekcyją. Nazwa—odłączenie, *eliminatio* od wady tej ma być, zdaniem prof. Obalińskiego, zupełnie wolna.

Przypadek prof. Obalińskiego wykazuje wreszcie jeszcze wyższość całkowitego wyłączenia (odcięcie pewnej części kiszki, zaszyście jej końców na głucho i pozostawienie w jamie brzusznej) od wyłączenia częściowego (wszycie wyłączonych odcinków w ranę ściany brzusznej), a to dlatego że w ostatnim przypadku sączy się ciągle z owych odcinków śluz, co jest dla chorego bardzo nieprzyjemne i zniewolić może do następnego wyłuszczenia wyłączonego częściowo odcinka, co w jednym przypadku zmuszony był prof. Obaliński dokonać.

*Dz.*

4. F. Arnstein. **Kilka uwag o etyologii i patogenie rwy kulszowej (ischias) jako też o leczeniu jej w Ciechocinku.** Autor odróżnia dwie postaci rwy kulszowej: jedną właściwą rwę kulszową (*ischias*), drugą, zależną od sprawy swoistej, zapalnej w gałęziach n. kulszowego (*neuritis ischiadica*). Obie te postaci różnią się od siebie pod wieloma względami, między innymi pod względem leczniczym. Chorzy z pierwszą postacią doznają po kuracyi Ciechocińskiej bardzo nieznacznej ulgi. Za to u chorych, należących do drugiej kategorii t. j. gdzie cierpienie rozwinęło się na tle dnawem, lub skutkiem zбочzenia w przemianie materii, u kobiet nadmiernie otyłych i mało-krwistych, skutek leczniczy bywa bardzo dodatni. Artykuł swój dopełnia autor opisem dwóch spostrzeganych przypadków.

*H.K.*

11. Leśniowski Antoni, **Hydrops inflammatorius antri Highmorin.** 52 l. zdrowa do tego czasu kobieta przedstawia objawy „rozsadzania” ścian lewej zatoki szczękowej (odepchnięcie wyrostka lico-owego, nosowego i zębodołowego, zwężenie lewego nozdrza) przyczem na przedniej ścianie zatoki w okolicy dołka psiego brak w ścianie kostnej, przez którą wyczuwa się w rozsadzającym zatokę guzie chelbotanie. Chora zauważyła początek sprawy przed 1½ rokiem; przez czas cały powiększając się stopniowo, sprawa rozwijała się bezboleśnie. Nakłócie próbne przedniej ściany guza daje płyn surowiczny z nieznaczną zawartością zwyrodniałych tłuszczowo leukocytów i kryształkami cholesteryny. Przez cięcie na policzku starano się torbiel w całości wyłuszczyć, co się jednak udało tylko w górnych częściach, przy oddzielaniu torbieli od dołu, od wyrostka podniebiennego, były silne zrosty, ściana jej pękła, resztki usunięto za pomocą noża i skrobaczki. Badanie mikroskopowe usuniętych ścian torbieli wykazało, że te wysłane są błoną śluzową, podobną zupełnie do błony śluzowej normalnie zatokę szczękową pokrywającej. Na zasadzie tego stawia rozpoznanie wodnego otoku zatoki Highmora pochodzenia zapalnego, wykluczając torbiel pochodzenia zębowego lub też gruczolu śluzowego, gdyż w ostatnich przypadkach budowa ścian torbieli byłaby niewątpliwie inna.

Rana pooperacyjna zagoiła się w krótkim czasie; jako ślad przebytej choroby pozostało małe wciągnięcie policzka. *Dzierżawski.*

17. Dr. Dziembowski. **Leczenie zapalenia śluzowej błony macicy chlorkiem cynku.** Autor używał roztworu 10% chlorku cynku i stosował go za pomocą strzykawki. Skutki tego leczenia były bardzo dodatnie. Sposób ten ma wiele cech dodatnich i z wielu względów trzeba mu oddać pierwszeństwo przed wyłyżeczkowaniem. Nie odmawia jednakże autor racji bytu temu ostatniemu rekoeczynowi. Lżejsze przypadki nieżyty macicy radzi D. leczyć chlorkiem cynku, nieżyt zaś przerostowy i bujający, jako nie nadające się do wypalania, wyłyżeczkowaniem. *H. K.*

18. M. Misiewicz, **Poszukiwania kliniczne nad działaniem kąpeli nasiadowych przy cierpieniach dróg moczopłciowych i innych narządów jamy brzusznej.** Autor przeprowadził szereg doświadczeń nad działaniem kąpeli nasiadowych, wnioski z tych badań wyciągnięte są potwierdzeniem zasad, przyjętych w hydroterapii co do fizjologicznego działania, oraz wskazań i przeciwwskazań dla wspomnianych zabiegów wodoleczniczych. *H. K.*

19. Prof. Rydygier. **O wytwarzaniu zwieracza stołcowego.** W jednym przypadku rezeceji kiszki stołcowej, dokonanej sposobem własnym z tymczasowym wypiłowaniem kości krzyżowej (ob. Kr. L. r. 1893 str. 56), otrzymał prof. Rydygier na tylnym obwodzie kiszki bardzo uporczywą fistulę, która w żaden sposób zaniknąć się nie dała. Ponieważ fistuły po rezeceji recti przy ściągnięciu górnego końca w dół do otworu stołcowego zdarzają się w ogóle bardzo często, po wszyciu zaś tego końca w górze na wysokości kości krzyżowej

(anus sacralis Hocheneyg'a) obowiązkowo być musi incontinentia alvi, starał się prof. Rydygier wymyślić taki sposób, któryby dał możliwość uniknięcia obu tych niedogodności, Sposób prof. Rydygiera wypróbowany na trupie, polega na przedziurawieniu na tępo od wewnętrznej strony miednicy mięśnia gruszkowatego i pośladowego wielkiego, na przecięciu po nad tym otworem skóry i na wszyciu w nowoutworzony kanał górnego końca kiszki stolcowej.

Napięcie, jakiemu ulegają tę mięśnie przy skręceniu nogi na wewnątrz, będzie w stanie zapewne otwór kiszki stolcowej zamknąć; dla większej pewności można jeszcze kiszkę przed wszyciem w nowoutworzony zwieracz skręcić na około osi, jak to proponuje Jersuny. Otwór robi się po stronie przeciwnej, a nie po tej, gdzie zrobiono ranę dla odszukania i wycięcia kiszki; daje to gwarancję większej czystości i pewniejszego rychłozrostu.

Sposób ten da się zastosować i przy wysokiej atresia ani, gdy zachodzi trudność w ściągnięciu kiszki ku dołowi. Dz.

20. L. Wachholz i W. Tyszkiewicz. **Zmiany włosów pod wpływem niektórych środków żrących i wysokiej ciepłoty.** Po rozpatrzeniu budowy pod mikroskopem i oznaczeniu grubości za pomocą mikrometra, włosy były pogrążane w rozmaitych odczynnikach.

Włosy płowe ludzkie o średniej grubości 0,04 m. m. okazywały po upływie 18 godzin od chwili zanurzenia ich w kwasie siarkowym zgęszczonym znaczną utratę swej sprężystości i podwojenie się grubości; po upływie 46 godzin kora włosów podzieliła się na włókienka, co w dalszym ciągu nadawało włosom wejście podobne do motły. To podzielenie się kory na włókienka polega na rozpuszczeniu substancji kitowej, spajającej włókna korowe.

Kwas azotny przenikał również włosy, nie w tym jednak stopniu co kwas siarkowy, po upływie 9-ciu dni pozostawał z włosów rozmaitego koloru osad drobny, bezbarwny.

Kwas solny, octowy, mrówkowy i karbolowy, znacznie powiększały grubość włosów.

Pod wpływem alkali przywłosek oddzielał się szybko i włos stawał się szerszym, budowa jednolitą. Po pewnym czasie włosy rozmiękały i rozszczepiały się, nakoniec ulegały zupełnemu rozpuszczeniu, tworząc przytem bezbarwny osad.

Woda chlorowa, wnikając w głąb włosa, zmienia z początku ciemny barwnik na żółty, potem odbarwia włos zupełnie, nadając mu czasem siny odcień.

Pod wpływem kwasu azotnego czarne włosy ludzkie i czarna sierść nabierają w ciągu 24 godzin barwy rudej, po upływie następnych 24 godzin żółtej, a stając się coraz jaśniejszemi utracaly całkowicie swą barwę.

Pozostałe kwasy zmieniały barwę na jaśniejszą, przyczem włosy czarne nabierały barwy żółtobrazowej lub kasztanowatej.

Alkalija, przedewszystkiem ług potasowy, pozbawiają włos barwnika po 48 godzinach.

Przytoczone doświadczenia popierają spostrzeżenie Sonnenscheina, który zauważył, że włosy zwłok pogrzebanych, pod wpływem działania kwasów ziemnych, zmieniają pierwotny kolor na jaśniejszy np. czarne przyjmują barwę rudą. Ammoniak tak zmienionym włosom przywraca pierwotny kolor.

Włosy rudziały trwale pod działaniem wysokiej ciepłoty (ten sam skutek sprowadza przypiekanie włosów przez fryzjerów). Ammoniak tak zmienionym włosom pierwotnej barwy nie przywracał.

Zmiany, jakim ulegają włosy pod działaniem omawianych czynników, nie pozwalają na rozpoznanie środka wywołującego je.

Liczne badania przekonały autorów, że odporność włosów pod względem ługu potasowego, wbrew twierdzeniu Sonnenschein'a, nie zależała od wieku, lecz od grubości włosa. Włosy dzieci 3 do 5-letnich, opierały się działaniu ługu potasowego znacznie dłużej, niż cieńsze od nich włosy płowe dzieci starszych. *J. Wojciechowski.*

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef. Zawadzki.  
Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

## Ogłoszenia.

**MATTONIEGO**

GIESSHÜBLER

najezysza  
woda mineralna

SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający, odpowiedni we wszystkich chorobach narządach oddechania i trawienia, przy podagrze, niezżytych żołądka i pęcherza. Wyborny dla dzieci i rekonalescentów.

Zakład leczniczy  
zimnowodny  
Giesshübl-Puchstein  
pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia  
*Giesshübler'u*  
Mattoni'ego.

**Henryk Mattoni,**  
Karlsbad, Wiedeń, Fancensbad,  
Budapeszt.

Sprzedaż win z winnic Cesarskich Adanaży.

WINA WYBOROWE  
DELIKATESY,  
ŚMIADANIA, KOLACJE,  
Gabinety rodzinne  
róg Widok i Marszałkow.  
Telefonu Nr. 100

*Ermitage*

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

Towary Kolonialne i Delikatesy

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

ze składu Hurtowego win

MAURZYCY SEYDEL i S<sup>ka</sup>

w WARSZAWIE.



GŁÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
profesora Struve.

Czystość win stwierdzoną zostaje analizami Magistra Nauk Przyr. N. Milicera oraz D-ra Aleksandra M. Weinberga.

# SPIS RZECZY

ZAWARTYCH W TOMIE PIĘTNASTYM

## „KRONIKI LEKARSKIEJ”

za rok 1894.

### A) ARTYKUŁY ORYGINALNE.

#### I. Anatomija patologiczna, patologija ogólna, chemija lekarska, farmakologija, toksykologija.

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Groslik. Płytki agarowe i surowicze w próbówkach. Przyczynek do metodyki bakterjologicznej . . . . . | 807 |
| 2. Mizerski A. Kilka szczegółów dotyczących chemii żołądka . . . . .                                    | 207 |
| 3. Rychliński K. O nasennem działaniu trionalu . . . . .  | 81  |
| 4. Zawadzki Józef. Przypadek ostrego otrucia leczniczemi dawkami kreozotu . . . . .                     | 24  |

#### II. Medycyna wewnętrzna i choroby nerwowe.

- |  |     |
|--|-----|
| 1. Bregman E. Obecny stan rzeczy o wjadzie rdzenia. I. Wjad rdzenia i przymiot . . . . .   | 433 |
| 2. Bregman E. II. Anatomija patologiczna wjadu rdzenia . . . . .   | 513 |
| 3. Grodecki F. Przypadek spóźnionej wysypki grypowej . . . . .   | 369 |
| 4. Hewelke O. Znaczenie kreozotu w leczeniu suchot płucnych . . . . .  | 1   |
| 5. Hewelke O. Obecny stan etjologii nagminnego zapalenia opon mózgowych . . . . .  | 148 |
| 6. Klärner J. Epidemiczne zapalenie opon mózgodzeniowych w Opolu lubelskiem 1893 r. . . . .  | 139 |
| 7. Kucharzewski H. Przypadek trypra, powikłanego reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego oraz zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego wraz z kilkoma uwagami o wspomnianych powikłaniach . . . . . | 577 |
| 8. Papiewski Wł. Przypadek błonicy, powikłanej ropnem zapaleniem tkanki okołonerkowej. Wyzdrowienie . . . . .  | 69  |

## II

- |     |   |              |
|-----|---|--------------|
| 9.  | Świeżyński J. Przypadek ropnia okolostawowego, wywołanego przez lasecznik tyfusowy . . . . .                      | 511          |
| 10. | Świątecki Wł. Kilka słów o przebiegu cholery azyatyckiej w r. b. w Warszawie i pobliskich jej okolicach . . . . . | 293, 561 858 |
| 11. | Zawadzki J. O zaparciu stolca i t. z. chorobie Glénarda . . . . .   | 637, 726 811 |

### III. Chirurgija, laryngologija, ginekologija i choroby oczu.

- |    |   |     |
|----|---|-----|
| 1. | Garliński W. Przyczynek do etjologii i powstawania owrzodzeń rogówki w przebiegu cholery . . . . .              | 355 |
| 2. | Jaworski. Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacjach na macicy . . . . .                       | 501 |
| 3. | Sędziak J. Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosowej . . . . .   | 365 |
| 4. | Sędziak J. Kilka uwag w kwestyi t. z. torebkowatego zapalenia gardzieli oraz jego stosunku do błonicy . . . . . | 417 |

### IV. Choroby skórne i weneryczne.

- |    |  |          |
|----|--|----------|
| 1. | Giedroyć. Notatki lekarskie z dziedziny chorób wenerycznych . . . . .          | 673      |
| 2. | Markusfeld. O świerzbie . . . . .  | 666, 748 |
| 3. | Misiewicz. Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki w obecnym stanie nauki . . . . . | 212, 273 |
| 4. | Kopytowski Wł. Szankier na palcu ręki, dymienica gruczołu łokciowego . . . . . | 588      |

## B) DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 1) Patologija i medycyna wewnętrzna.

- |       |   |     |
|-------|---|-----|
| 5.    | Dr. Albert Albu. O sposobie otrzymywania toksyn z moczu w chorobach zakaźnych . . . . .                   | 166 |
| 172.  | Banhobzer. O zachowaniu się krwi we wrodzonym zwężeniu zastawek tętnicy płucnej . . . . .                 | 445 |
| 8.    | Dr. S. Z. Bendel. Przypadek niemoty, jako przedmiot orzeczenia sądowo-lekarskiego . . . . .               | 110 |
| 218b. | Dr. J. Boas. Przyczynek do nauki o mechanicznej niedomodze żołądka . . . . .                              | 542 |
| 268.  | K. Bohland. Przepuklina nadbrzuszną i jej następstwa . . . . .  | 690 |
| 265.  | Prof. H. Buchner. O odporności i uodpornianiu . . . . .   | 676 |
| 234.  | Prof. Buchner. Teoryje cholery i konieczność dalszego badania przyczyn cholery . . . . .                  | 764 |
| 4.    | Dr. M. Burchardt. Spostrzeżenia nad zjawianiem się lasecznika grypowego Pfeifra . . . . .                 | 165 |
| 243.  | H. Christ. O wpływie pracy mięśniowej na działalność serca . . . . .                                      | 599 |
| 174.  | Determann. O nerwicach serca i naczyń . . . . .   | 447 |
| 286.  | W. Epstein. Przyczynek do nauki o leukemii traumatycznej . . . . .  | 760 |
| 6.    | C. A. Ewald i J. Jacobson. Ciała podobne do ptomain w moczu w przewlekłych sprawach chorobowych . . . . . | 167 |
| 2.    | Dr. Eugen Fraenkel. O swoistem leczeniu duru brzuszego . . . . .  | 30  |
| 239.  | Dr. Freyhahn. Wyleczony przypadek zapalenia gruźliczego opon . . . . .                                    | 109 |
| 7.    | Gliński. Cholestearyna w moczu . . . . .  | 109 |
| 6.    | Grüning. O limfie ospy ochronnej . . . . .  | 109 |
| 242.  | Dr. E. Hirschfeld. O utracie ciał białkowych przy leczeniu otyłości . . . . .                             | 597 |
| 7.    | Dr. R. Hottinger. Ilościowe oznaczanie ropy w moczu . . . . .   | 168 |



85.	Dr. R. v. Jaksch. O leczeniu duru brzuszego za pomocą laktofeniny	229
3.	Dr. R. Jaksch. O składzie chemicznym krwi zdrowych i chorych ludzi	163
142.	M. J. Jerusalimski. Przyczynk do anatomii patologicznej gruczolów potowych przy cholery azjatyckiej	377
247.	R. Jurro. Hodowanie gonokoków i tryper sztucznie wywołany	604
240.	Prof. H. Kisch. (Marienbad). O anemicznej postaci otłuszczenia	594
173.	Kruse i Pasquale. Badania nad dyzenterją i ropniem wątroby	446
287.	Jacques Mayer. Przyczynk doświadczalny do sprawy tworzenia się kamieni żółciowych	774
138.	Piére Marie. O istocie choroby Basedowa	371
267.	Prof. Martius. O zawartości żołądka czczego i o sokotoku żołądka	688
246.	K. Miura. Trichomonas vaginalis, w świeżo oddanym moczu męzczyzny	603
176.	Dr. Ernest Neisser. O hodowli gonokoków w przypadku zapalenia stawów pochodzenia rzeączkowego	453
215.	Prof. von Noorden i Dr. Carl Dapper. O przemianie materji u ludzi otylech przy leczeniu obchudzającym	536
171.	M. Lancereaux. Nerwice odżywcze kończyn czyli akrotrofoneurezy	442
176.	Dr. Alfred Lanz. Nowy sposób barwienia gonokoków	454
216.	Lassere. Dyjeta w białkomoczu	538
269.	Leubucher i Schäfer. Wpływ nerwu błędnego na wydzielanie kwasu solnego w żołądku	693
4.	E. Leyden. O zapaleniu wsierdzia pochodzenia rzeączkowego	106
83.	Prof. L. Oser. Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu zamknięcia światła i zwężenia kiszki	226
217.	Dr. Pielickie (Berlin). Peszukiwania bakteriologiczne podczas epidemii grypy w 1893—94 r.	540
143.	Potain. O nerwobolach serca odruchowego pochodzenia	378
244.	Potain. O żółtaczce ze wzruszenia	601
3.	S. Prieobrażenski. O ciałach obcych w drogach oddechowych	103
238.	H. Quinke. O surowiczem zapaleniu opon mózgowych	590
266.	Roux. Przyczynk do leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi	681
3.	Prof. Dr. Th. Rumpf. O leczeniu duru brzuszego hodowlami lasecznika ropy błękitnej	31
270.	N. Saweliew. Aceton w chorobach żołądka	693
115.	P. Scharad. Kliniczna i doświadczalna moczówka cukrowa pochodzenia trustkowego	298
116.	Prof. Schech. O włóknikowem zapaleniu krtani	300
245.	Dr. Schiess-Bey i Dr. H. Bittes (Aleksandrya). O etjologii tyfoidu żółciowego	602
241.	Dr. T. Schott. O leczeniu otłuszczenia serca	595
215.	Dr. Schubert. Teoryja upustu krwi oraz jego doniosłe znaczenie w lecznictwie	534
82.	F. Siegert. Przyczynk do etjologii pierwotnego raka pęcherzyka żółciowego	225
139.	Dr. Sittmann i Dr. Rarlow. Spostrzeżenia nad bacterium coli comune we krwi osobnika żyjącego	372
140.	Dr. Siegel. Stomatitis epidemica u ludzi, jej tożsamość i zaraza pyska i racie zwierząt domowych i wspólny obu czynnik chorobotwórczy	373
141.	Tenże Stomatitis epid. ludzi i zaraza pyska i racie bydła rogatego	373
215.	Prof. Teissier. Gorączki o ciepłocie z wahaniami niżej normy	531

## IV

	<i>Str.</i>
84. H. Teleky. O leczeniu niedrożności kiszek . . . . .	229
1. Prof. Dr. J. Uffelmann. O możliwości przenoszenia się zarazka duru brzuszego przez powietrze . . . . .	28
271. Verstraeten. O t. zw. „bruit de diable“ w żyłce czczej brzusznej . . . . .	694
218. J. Weiss. Przyczynek do kazuistyki Ascites chylosus . . . . .	540
5. Dr. Wilms. Przyczynek do rzeżączkowego zapalenia wsierdzia . . . . .	172
285. I. P. Władimirow. Przyczynek do nauki o udziale mleka zwierząt dojnych w etjologii epidemii błonicy . . . . .	765

## 2) Farmakologija.

86. M. Banhobzer. Działanie lecznicze ferratyny . . . . .	230
8. Koppers. Przyczynek do działania trionalu . . . . .	169
9. H. Hebra. O działaniu triozinaminy i allisulfokarbamidu . . . . .	170
10. M. Lamzois. Przyczynek do zewnętrznego stosowania gwajakolu . . . . .	112
17. E. Robilliard. O przeciwgorączkowym działaniu gwajakolu, stosowanego pod postacią pędzłowań skóry . . . . .	112
9. Prof. Dr. Rummo. O fizjologicznych i leczniczych własnościach jodokofeiny, jodoteiny i jodoteobrominy . . . . .	111
288. H. Straus. O masowym otruciu się mąką, zawierającą ołów . . . . .	776
272. Prof. Hans Meyer i Prof. Fryderyk Müller (Marburg) Tanigen—nowy środek ściągający . . . . .	695

## 3) Choroby nerwowe.

121. Dr. J. Brener i S. Irend. O psychicznym mechanizmie powstawania histerycznych objawów . . . . .	307
123. Brissaud. Choroba Litte'a i wiań rdzenia . . . . .	308
119. Dr. Dinkler. O znaczeniu i działaniu rtęci w wiań rdzenia . . . . .	305
117. Ch. Féré. Le sommeil paroxystique . . . . .	301
118. Fergusson. Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne odruchów ścięgniętych . . . . .	303
120. Prof. Flegsig. Nowa metoda leczenia padaczki . . . . .	306
250. X. Francotte. O wstrzykiwaniach podskórnych fosforanu sodu w chorobach nerwowych . . . . .	610
248. L. Friedmann. O zadumie neurastenicznej . . . . .	605
11. Hammond. O ile wczesne rozpoznanie i leczenie może powstrzymać rozwój padaczki . . . . .	173
12. Herhold. Przypadek połowicznego uszkodzenia rdzenia kręgowego . . . . .	175
87. Prof. F. Jolly. O hypnotyzmie i zaburzeniach umysłowych . . . . .	230
88. Prof. Krafft-Ebing. Doświadczenia hypnotyczne . . . . .	233
552. Pierre Marie. Badanie porównawcze powstawania zmian anatomicznych w tylnym pęczku rdzenia w wiań rdzenia i pellagrze . . . . .	611
10. Mendel. Padaczka późna . . . . .	171
551. Samelsohn. Rzadkie spostrzeżenia względem odczynu zrenicy . . . . .	611
122. Dr. Herman Schlesinger. O klinicznych postaciach syringomyelii . . . . .	309
249. Dr. Paul Solier. O przemiennej formie neurastenii . . . . .	609
13. Toulouse. Zaburzenia umysłowe (psychozy) po influenzy i porażkowe . . . . .	176

## 4) Chirurgija.

145.	A. Bier.	Leczenie gruźlicy chirurgicznej członków za pomocą zastaju żylnego	382
291.	Prof. H. Braun.	O porażeniach uciskowych w zakresie spłotu ramieniowego	778
9.	A. T. Bristow.	Użycie powietrza do rozciągania pęcherza przy cięciu pęcherza nadłonowym	42
14.	Prof. E. Delorme.	O leczeniu przewlekłych ropotoków opłucny	178
10.	J. Goldman.	O wypadaniu kiszki prostej ze szczególnem uwzględnieniem operacji Thiersch'a	43
146.	Dr. Ludwig Hektoen.	Rak przewodów piersiowych	385
90.	L. Huismans.	O wynikach leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego	236
221.	James Israël.	Spostrzeżenia nad chirurgiją nerek	548
14.	König Franz.	Cierpienia stawów u chorych na hemofiliją ze zwroceniem szczególniejszej uwagi na rozpoznawanie	110
289.	Körte (Berlin).	Przyczynki do chirurgji trzustki	777
15.	Łepkowski Wincenty.	O zastosowaniu kokainy w dentyście i działanie jej na drobnoustroje ropotwórcze	180
290.	W. Massin.	Przypadek nabłoniaka wrodzonego, pochodzącego z istoty emaliowej zęba	778
16.	Matlakowski Władysław.	Pięć przypadków wycięcia kiszki z natychmiastowem doraźnem jej zeszcieniem	131
92.	J. Neuman.	Przyczynki do leczenia wodosteku wyrostka pochwowego jądra	239
144.	Phoras.	Zastosowanie wysokiej ciepłoty w chirurgii	380
91.	Prof. A. Poucet i M. Jaboley.	Leczenie wola przez wyłożenie na zewnątrz	237
8.	Reclus.	Przewlekłe zapalenie gruczołu sutkowego	40
12.	Prof. Riedel.	Częstość powstawania martwiaków w gruźlicy wielkich stawów oraz uwagi o leczeniu gruźlicy stawów	113
89.	Schlange.	Osteoplastyczna rezekcyja przy wysoko położonym raku odbytnicy	234
15.	Dr. Schulze-Berge.	O wyleczeniu nerwobólu trójdzielnego za pomocą wciągania nerwu twarzowego	120
13.	Urasaburokosima.	Przebieg i zejście gruźlicy stawu łokciowego	115
147.	Dr. Prof. Wreden.	Przyczynki do etjologii zapaleń pęcherza	386

## 5) Choroby weneryczne i skórne.

124.	E. Boix.	O porażeniu obwodowem nerwu twarzowego w drugim okresie przymiotu	311
125.	Dr. Kopp.	Rokowanie w chronicznym tryprze	312
182.	Dr. Lanz.	Jak często i kiedy ostra rzeżączka przechodzi na tylną część cewki moczowej	460
177.	Markow.	O zanieczyszczeniu skóry chorych przez mikroby	455
180.	L. Mertens.	Kilka klinicznych spostrzeżeń nad działaniem alilsulfokarbamidu, czyli tiozinaminy na wilka zwyczajnego i luszczycę	458
178.	Moncorvo.	Stoniowaczna wrodzona	457
179.	Quinquene et Nicolle.	Spostrzeżenie kliniczne nad powiększeniem śledziony w przymiocie nabytym	457
183.	Rollet.	Patologija i leczenie rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy	462
126.	Dr. J. Schütz.	Przyczyny do leczenia wilka	313
181.	Taylor.	Zmiany jąder i przyjądrzy w przymiocie dziedzicznym	459

## 6) Choroby oczne.

185.	Berges Emile. Nerwice wydzielnicze gruczołu łzowego. Łzawienie i suchość łącznicy w chorobie Basedowa . . . . .	464
286.	A. Santos Fernandes. Leczenie wzrostu rzęs za pomocą przesunięcia górnej powieki . . . . .	465
187.	Gałęzowski. O oddzieleniu siatkówki pochodzenia kilowego i o sposobie leczenia . . . . .	466
164.	Manz. Jednostronne zaburzenia wzrokowe i ich stosunek do histeryi . . . . .	463
188.	Łożecznikow S. N. Przyczynek do nauki o społecznym zapaleniu oka . . . . .	46a

## 7) Choroby krtani gardła i nosa.

16.	Albespy. Zaburzenia narządów płciowych, oraz stany chorobowe górnego odcinka dróg oddechowych u kobiet . . . . .	182
18.	Jacoud. Zapalenie gardzieli skutkiem pneumokoków . . . . .	186
6.	Percy Jakins. Niezwykłe powiększenie wzrostu ciała jako następstwo usunięcia migdałków i wyrosła adenoidalnych . . . . .	38
17.	Kuttner. Leczenie ozeny . . . . .	184
223.	L. Lunatello. Przyczynek do powstawania zmian chorobowych krtani w durze brzuszny . . . . .	553
5.	Dr. M. Natier. O krwawieniach gardzieliowych . . . . .	35
7.	Parier. Przypadek całkowitego wyluszczenia krtani bez uprzedniej tracheotomii ze sztucznym przywróceniem głosu . . . . .	38
19.	Revillet. Wskazanie i sposób wykonania natrysków gardzieliowych . . . . .	188
222.	E. Roos. Gościecowe zapalenie gardzieli . . . . .	552
4.	Ziem. Stosunek między cierpieniami nosowymi i ocznymi . . . . .	32

## 8) Położnictwo i choroby kobiece.

93.	Prof. Binz. O działaniu kwasu salicylowego na macię . . . . .	240
97.	Prof. Dr. Fraenkel. O nieopisanej jeszcze dotychczas formie chorobowej części pochwowej . . . . .	244
149.	Dr. Friedeberg. Białkomocz zależny od czynności porodowej . . . . .	391
257.	Funke. Przypadek samoistnego przerwania sznurka pępkowego wewnątrz macicy . . . . .	617
94.	Dr. Kayser. O wpływie salipyriny na krwawienia z macicy . . . . .	241
253.	Kronig. O gorączce u rodzących . . . . .	614
255.	Dr. Albert Lippel. Nadpochwowe wycięcie macicy przy zakażeniu połogowem . . . . .	616
256.	Dr. T. Lehman. Gruźlica łożyska . . . . .	616
151.	F. Martin. Stosowanie prądu stałego w ginekologii . . . . .	393
274.	A. Martin. Kraurosis vulvae . . . . .	698
254.	Maslowsky. Przyczynek do nauki o samozakażeniu . . . . .	615
148.	L. Prochownik. Przyczynek do nauki o workach jajowodowych . . . . .	387
273.	Wilhelm Schrader. Dla czego odkażające leczenie w gorączce połogowej nie daje pożądanego skutku? . . . . .	696
11.	O. Semb. O zachowaniu się błony śluzowej macicy w rozwoju mięśniaków . . . . .	43
12.	Stroganow. Badania bakteriologiczne kanału płciowego w rozmaitych okresach życia kobiety . . . . .	45
95.	Dr. S. Stocker. Przypadek ciąży w szyjce macicy . . . . .	242

150.	Ulezko-Strogonowa. Przyczynę do patologii torbieli błony dziewiczej i pochwy . . . . .	393
152.	Wechselsman. Narządy płciowe zewnętrzne . . . . .	394
96.	J. Wehle. O położeniu zwisłem Walcher'a i o znaczeniu praktycznym tego położenia w operacjach położniczych . . . . .	242

### 9) Choroby wieku dziecięcego.

153.	Dr. Beuche. Znaczenie przerostu grasicy w przypadkach nagłej śmierci u dzieci . . . . .	398
303.	M. Bresgen. Przyczyny nerwowego bólu głowy u dzieci w wieku szkolnym . . . . .	845
302.	Dr. Bernhard Bendi. Przyczynę do kwestyi karmienia dzieci. O strawności wyjalowionego i niewyjalowionego mleka . . . . .	836
301.	A. Czerny i P. Moser. Badania kliniczne nad chorobami narządów trawienia u dzieci w wieku ssawców . . . . .	834
99.	Dr. Alex. Doktor. O gojeniu się i leczeniu pępka . . . . .	250
220.	P. Le Gendre et A. Broca. Leczenie moczenia mimowolnego u dzieci . . . . .	546
101.	N. Miller. O zapaleniu płuc u małych dzieci . . . . .	255
100.	A. Seibert. Leczenie miejscowe błonicy gardzieli za pomocą wstrzykiwań pod błony rzekome . . . . .	254
154.	Semet. O obrzku noworodków . . . . .	399
98.	Dr. Strassmann. Anatomiczne i fizjologiczne poszukiwania nad krwiobiegem u noworodków . . . . .	245
13.	Doc. Dr. L. Unger. O żywieniu dzieci i dyjetetyce . . . . .	52
219.	Dr. E. Weill. Szczególny objaw u dzieci gruźlicznych . . . . .	545

### C) Wiadomości pomniejsze.

105.	Amylnitrem przypadek otrucia . . . . .	256
209.	Basedowa choroby przypadek u 12 letniej dziewczynki . . . . .	471
43.	Blonicy leczenie rozcynem sublimatu w glicerynie . . . . .	124
204.	Blonicy leczenie t-ra myrrhae . . . . .	471
305.	Blonicy leczenie surowicą . . . . .	854
159.	Blonicowe zakażenie . . . . .	403
73.	Błony, nosa i gardzieli śluzo-ropne zapalenia . . . . .	192
15.	Błony dziewiczej oderwanie na obwodzie . . . . .	63
114.	Białka w moczu wykrycie . . . . .	259
208.	Bóle porodowe, cukier jako środek je wywołujący . . . . .	471
161.	Brometylu używanie . . . . .	404
45.	Brometylowa narkoza, śmierć podczas . . . . .	124
107.	Chloralem otrucie . . . . .	257
264.	Chloral w krwotokach płucnych . . . . .	618
230.	Chloranem potasu zatrucie . . . . .	555
129.	Chloroformem wewnątrz zatrucie . . . . .	335
235.	Cholery laseczników znikanie w tyfusie . . . . .	567
112.	Chryzarobina jako środek leczniczy . . . . .	258
297.	Ciała obce w odbycie . . . . .	487
275.	Długowieczność w Grecyi . . . . .	701
76.	Diuretyny uboczne działanie . . . . .	191
190.	Doświadczenie nad funkcją zrazów czołowych . . . . .	466
130.	Drgawki u małych dzieci . . . . .	335
229.	Dwuwęglanu sodu, wpływ na trawienie . . . . .	555
47.	Dypsomanija T-ra strophanti w . . . . .	125
263.	Dżamy laseczniki . . . . .	618

## VIII

48. Eukaliptusowego olejku własności lecznicze . . . . .	125
20, 137 Gardzieli niezytu leczenie . . . . .	69, 337
131. Gliceryna do opatrunku . . . . .	339
133. Gruzlicy stawów leczenie . . . . .	336
207, 283 Gruzlicy leczenie . . . . .	471, 702
134. Gruzliczy jad, sposób rozchodzenia się w ustroju . . . . .	468
40. Gorączki wpływ na przemianę materyi . . . . .	123
108. Goryczek działanie . . . . .	257
280. Gonorrhoea górnej wargi . . . . .	702
113. Hemoroidów leczenie wodą siarkową . . . . .	259
102. Język dodatkowy . . . . .	256
278. Kapsle ze stopionego salolu . . . . .	702
232. Kamień żółciowy . . . . .	556
163, 164 Kamica żółciowa i jej leczenie . . . . .	404, 405
158. Karmienie psów mięsem owiec padłych na błonicy . . . . .	403
106. Kodeiną otrucie . . . . .	256
196. Krwi skład u dzieci zdrowych i chorych . . . . .	468
197. Krwi skład przy dziedzicznym przymiocie . . . . .	468
306. Krwawe nadżarcia żołądka . . . . .	854
109. Krztusiec chinina w. . . . .	258
22. Krzywica, środek przeciw . . . . .	70
183. Kula wewnątrz czaszki . . . . .	467
225. Kulszowej rwy leczenie prądem przerywanym . . . . .	554
161. Maść do zgłębników cewki . . . . .	618
191. Migreny przyczyna . . . . .	407
239. Mięsaaka przypadek . . . . .	781
162. Miedzi tlenek przeciw tasiecowi . . . . .	404
74, 75 Moczówki cukrowej leczenie . . . . .	131
283. Mocz rozkładający się, pozbawienie woni . . . . .	702
128. Moczowej cewki wrzekome zwięzenie . . . . .	334
160. Moczowego pęcherza zapalenie . . . . .	404
16. Morvana choroby nowy przypadek . . . . .	63
19. Nerwobóle egzalgina w. . . . .	63
44. Nosa odmrożenie, galwanizacja w. . . . .	124
205. Nosa polip . . . . .	471
227. Nosa niezytu leczenie . . . . .	555
231. Obrzęku śluzowego wyleczenie . . . . .	556
211. Ocznych gałek wrodzony brak . . . . .	472
193. Oddźwiernika wycięcie z powodu raka . . . . .	469
296. Odruchy ścięzna Achillesa . . . . .	780
203. Oliwa w kolce nerkowej . . . . .	471
228. Otrzewny gruzlicze zapalenie . . . . .	555
236. Padaczki wywoływanie . . . . .	557
213. Paciorkowców i gronokowców hodowli zastrzykiwanie . . . . .	473
292. Pepsyny ilościowe oznaczanie . . . . .	779
224. Pęcherza zapalen etiologija . . . . .	554
304. Pęcherzyki nasienne . . . . .	354
38. Pęcherzyka żółciowego wycięcie, wpływ na trawienie . . . . .	123
260. Pęknięć rąk i warg leczenie . . . . .	618
135. Płasawicy pasożytnicze pochodzenie . . . . .	337
170. Płciowych narządów u kobiet uszkodzenie . . . . .	406
195. Płuc włóknikowego zapalenia leczenie lodem . . . . .	468
134. Płuc zapalenie, pilokarpina w. . . . .	337
193. Pneumothermomassage . . . . .	467
198. Posocznica przewlekła . . . . .	469
14. Porodu przyspieszenia u starych pierwiastek . . . . .	68
308. Poród 4-płodowy . . . . .	854
23. Poczęcie i regularność, twierdzenie D-ra Wilson'a . . . . .	70
21, 80, 136 Poty u suchotników i ich leczenie . . . . .	69, 192, 337

	<i>Str</i>
103. Porażenie słoneczne . . . . .	256
71. Pokarmy mało białka zawierające, ich szkodliwość . . . . .	190
78. Pracy mięśniowej wpływ na wydzielanie fosforu i związków siarki . . . . .	192
234. Preparatów wysuszenie . . . . .	556
168. Przelyku rak w górnej części . . . . .	406
202. Przelyku uchylek . . . . .	570
127. Przymiotu istota . . . . .	333
110. Psiej surowicy krwi wstrzykiwania . . . . .	258
294. Robaczkowego wyrostka zapalenie . . . . .	780
307. Rodzących badanie przez odbytnicę . . . . .	855
68. Rozwolnienie, wpływ czosnku . . . . .	189
111, 293 Róża i nowotwory złośliwe . . . . .	258, 780
201. Sacharyny własności przeciwnie . . . . .	470
18. Salicylan sodu w czopkach . . . . .	69
132. Septyczne rany, siarżan chininy w. . . . .	336
49. Skórnych chorób leczenie mentolem . . . . .	125
210. Sledziony wycięcie . . . . .	472
258. Śmierć podczas coitus . . . . .	617
226. Stawów zapalenia toksyny przyczyna . . . . .	554
295. Surowica krwi, jej działanie . . . . .	770
77. Szmer rozkurczowy, jego znaczenie . . . . .	191
192. Szmer w obu uszach . . . . .	467
300. Sztuczna pomoc w przebiegu porodu . . . . .	781
237. Termometru połknięcie . . . . .	557
253. Torbieli wyłuszczenie u 18 letniej dziewczyny . . . . .	617
104. Tyfus, znikanie pierwszego tonu serca podczas . . . . .	256
6. Vichy proszek, jego zawartość . . . . .	190
262. Węgiel ryżowy, jako środek przeciwnie . . . . .	618
81. Wchłanianie przez zdrową skórę . . . . .	192
276, 277 Wstrzykiwania lecznicze i odżywcze . . . . .	701
17. Wymioty nerwowe, strychnina w. . . . .	69
72. Wymioty krwawe, ipekakuana w. . . . .	190
46. Wymiotów u ciężarnych leczenie . . . . .	125
206. Wysypka czerwona po ławatywie . . . . .	471
212. Xantoma tuberosum multiplex . . . . .	472
233. Zakażenie hodowlami pneumokoka i węglik . . . . .	556
298. Zapalenia suchego opłucna leczenia . . . . .	787
281. Zarazek gruźliczy i kureż . . . . .	702
293. Zarazka działanie podczas otrucia . . . . .	780
279. Zarośnięcie kanału szyi macicznej przy porodzie . . . . .	702
67. Zęby sztuczne, niebezpieczeństwo spania . . . . .	183
39. Żołądka rozszerzenia leczenie . . . . .	123
41. Żołądka opadnięcie, jako przyczyna blednicy . . . . .	123
42. Żołądka cierpienie, nadużycie węgla sodu w. . . . .	124
70. Żołądka rozszerzenie ostre . . . . .	190
73. Żołądkowe krwawienie . . . . .	191
165. Żołądka badanie u 140 mężczyzn i kobiet . . . . .	405
166. Żołądka nieprawidłowe położenie . . . . .	405
167. Żołądka rak, szmer pęcherzykowy w. . . . .	406
200. Żołądka przemywanie u dzieci . . . . .	470

#### D). Przegląd bibliograficzny.

1. Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin Włodzimierza Brodowskiego ocenił St. Markusfeld . . . . . 52
2. Mintz S. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka ocenił W. Janowski . . . . . 125

	<i>Str.</i>
3. A. Sokołowski. Ból karda i jego znaczenie dyjagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzielowej ocenil J. Sędziak . . . . .	193
4. W. Janowski. Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych ocenil B. Dzierżawski . . . . .	329
5. J. Bączkiewicz. Leczenie dyfterytu u dzieci ocenil J. Sędziak . . . . .	331
6. R. Jasiński. Dyjagnostyka chirurgiczna ocenil B. Dzierżawski . . . . .	473
7. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten ocenil Rzeznowski . . . . .	481
8. Wl. Biegański. Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodyki lekarskiej ocenil J. Zawadzki . . . . .	627

#### E) Korespondencyje i sprawozdania Kroniki lekarskiej.

1. J. Sędziak. XI Zjazd międzynarodowy w Rzymie . . . . .	314
2. K. W. S. VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie . . . . .	619
3. Kucharzewski. Kongres dla hydroterapii morskiej . . . . .	625
4. E. Bregman. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiedniu . . . . .	703
5. J. Sędziak. List otwarty w kwestyi zbiorowego badania operacyjnego leczenia złośliwych nowotworów krtani . . . . .	567
6. K. Rychliński. Wystawa w Wiedniu . . . . .	711
7. J. Bączkiewicz. Leczenie surowicą krwi dyfterytu w Paryżu i Berlinie . . . . .	782
8. B. Polikier. Leczenie surowicą krwi dyfterytu w Berlinie . . . . .	790
9. List otwarty d-ra Herynga . . . . .	126
10. List otwarty d-ra Słonimskiego . . . . .	127

#### F) Nekrologja.

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Arnold . . . . .	353	Kosiewicz . . . . .	353
Beck . . . . .	797	Landowski . . . . .	353
Bernard . . . . .	644	Lücke . . . . .	205
Birnbaum . . . . .	353	Madurowicz . . . . .	79
Billroth . . . . .	137	Michalski . . . . .	644
Bojasiński . . . . .	574	Moniuszko . . . . .	644
Brown-Sequard . . . . .	262	Mundy . . . . .	644
Butwillo . . . . .	137	Podowski . . . . .	574
Bukowski . . . . .	644	Rewkowski . . . . .	205
Cresco . . . . .	353	Rolle . . . . .	136
Cytwie . . . . .	353	Rollet . . . . .	644
Dellfs . . . . .	353	Rosbach . . . . .	797
Desormeaux . . . . .	797	Quinquaud . . . . .	79
Diday . . . . .	79	Sandahl . . . . .	644
Fenwick . . . . .	644	Schmidt . . . . .	262
Górecki . . . . .	205	Wyszyński . . . . .	262
Hirsch . . . . .	204	Uffelman . . . . .	204
Hyrtl . . . . .	574		



G) KRONIKA MIESIĘCZNA.

Wykaz ważniejszych wiadomości.

<i>Artykuły treści ogólnej.</i>		<i>Kongresy i towarzystwa.</i>	
	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Lekarze u hypnotyzera . . . . .	70	Tow. lek. warsz. . . . .	72
Stowarzyszenia i lekarze . . . . .	127	Zjazd intern. . . . .	72
Słówek o kongresach . . . . .	337	Tow. lek. w Suwałkach . . . . .	126
Podatek szpitalny . . . . .	557	Kongr. chirurg. w Berlinie . . . . .	131
Zakłady wodolecznicze . . . . .	559	Zjazd międzyn. w Rzymie . . . . .	195
Wykształcenie w Japonii . . . . .	636	IV zjazd dermatologów . . . . .	261
"    w Egipcie . . . . .	636	VII zjazd lek. pol. we Lwo-	
Przewodnik adresowy . . . . .	714	wie . . . . .	341, 482
Język na kongresach . . . . .	716	Wystawa hyg. w Warszawie . . . . .	485
W kwestyi leczenia surowicą		Zjazd psychjateów . . . . .	486
krwi błonicy . . . . .	795	Kongres automiczny . . . . .	560
		Zjazd hydroterapeutów . . . . .	635
		Zjazd intern. francuzkich . . . . .	635
		Zjazd chemików . . . . .	635
		"    oftalmologów . . . . .	636
<i>Piśmiennictwo lekarskie.</i>		<i>Wiadomości różnej treści.</i>	
Deut. Med. Woch. . . . .	72	Dyfteryt w Saratowie . . . . .	130
Hanelung d. Hygiene . . . . .	72	Delirum tremens . . . . .	130
Drogist. . . . .	130	Hodowla roślin lek. . . . .	196
Revue de la Tuberculose . . . . .	341	Morgue w Petersburgu . . . . .	196
Almanach po otiecz. wod. . . . .	408	Felczerzy wojskowi . . . . .	197
Deutsche chirurgie . . . . .	408	Borżom . . . . .	261
Zdrowie . . . . .	485	Wody kaukazkie . . . . .	339, 485, 559
Przegląd chirurgiczny . . . . .	686, 793	Odczyty w parlamencie . . . . .	339
Patol. i terap. szczegół. . . . .	716	Ks. Kneipp u Papieża . . . . .	340
		Ephedro Vulgaris . . . . .	340
		Odrana Samoa . . . . .	408
		Suchoty u marynarzy . . . . .	408
		Wody mineralne . . . . .	408
		Dżuma . . . . .	487
		Leczenie gruźlicy . . . . .	716
		Środki tajemne . . . . .	794
		Liga przeciw gruźlicy . . . . .	795
		Przeszczepialność raka . . . . .	862
<i>Kwestyje bytu lekarzy.</i>		<i>Wiadomości osobiste.</i>	
Tow. Sub. h. ip. . . . .	71		
Lekarze zagraniczni we Francyi . . . . .	261		
Lekarze . . . . .	339		
Felczeryst w Rosyi . . . . .	559		
Ubezpieczenie na życie . . . . .	635		
Lekarz przed sądem . . . . .	638		
Niepotrzebne świadectwo . . . . .	797		
Spędzenie płodu . . . . .	797		
<i>Szpitalne i zakłady lecznicze.</i>		<i>I. Jubileusze i odznaczenia.</i>	
Kursa praktyczne w Berlinie . . . . .	130	Bardeleben . . . . .	196
Zakł. chorób oczu . . . . .	338	Billroth . . . . .	130
Oddziały chirurgiczne . . . . .	485, 634	Brodowski . . . . .	338
Zakł. chir. Solmana . . . . .	714	Braun . . . . .	120
Szpital dla dzieci . . . . .	792		
Zakład chirurgiczny Przyborow-			
skiego . . . . .	860		

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Rrücke . . . . .	130	Jaworski . . . . .	861
Charcot . . . . .	487	Kopytowski . . . . .	131
Dogiel . . . . .	794	Krause . . . . .	339
Dybowski . . . . .	486	Kraków . . . . .	861
Nencki L. . . . .	485	Kadyi . . . . .	440
Pasteur . . . . .	130	Körner . . . . .	861
Rothe . . . . .	196	Kraus . . . . .	793
Świerczkow . . . . .	130	Kostanecki . . . . .	635
Trapp . . . . .	130	Leśniowski . . . . .	861
Wiherkiewicz . . . . .	196	Lukjanow . . . . .	407
Virchow . . . . .	338	Mayer . . . . .	559
		Madelung . . . . .	486
		Markusfeld . . . . .	861
		Nabias . . . . .	559
		Niedzielski . . . . .	861
		Orana . . . . .	793
		Papiewski . . . . .	861
		Pfeifer . . . . .	341
		Reymond . . . . .	339
		Sękowski . . . . .	861
		Stępiński . . . . .	861
		Steyner . . . . .	634
		Steinhaus . . . . .	339
		Sadowski . . . . .	407, 485
		Sanado . . . . .	793
		Thomas . . . . .	131
		Tuczek . . . . .	131
		Warszawski . . . . .	861
		Zawadzki Józef . . . . .	196
		Zieliński . . . . .	861

*Nominacyje i zaproszenia.*

Afanasjew . . . . .	407
Czarkowski . . . . .	861
Browicz . . . . .	485
Dobrowolski . . . . .	861
Dzierżawski . . . . .	485
Feinstein . . . . .	861
Gussenbauer . . . . .	496
Garliński . . . . .	485
Grabowski . . . . .	861
Hewelke . . . . .	72
Hertwich . . . . .	560
Hoyer . . . . .	793
Jankowski . . . . .	634
Janowski . . . . .	714
Jakowski . . . . .	703

Wykaz alfabetyczny autorów których prace pomieszczono w Kronice w całości lub streszczeniu.

- |                        |                     |                     |
|------------------------|---------------------|---------------------|
| Adam 346.              | Determan 447.       | *Hewelke 1, 148.    |
| Alba 116.              | Dębiński 799.       | Hebra 170.          |
| Albesku 182.           | Delorme 178.        | Heyman 202.         |
| Arnstein 78, 199, 413. | Dinckler 308.       | Hechsen 385.        |
| ↳ Bączkiewicz 331.     | Dmochowski 54, 199. | Hirschfeld 597.     |
| Bajerkiewicz 268.      | 201, 410.           | Higier 407, 641.    |
| Banhobzer 230, 445     | Dobrucki 264.       | Hotinger 168.       |
| Barlof 272.            | Doktor 250.         | Huismangs 236.      |
| Bąkowski 75.           | Drobnik 264, 571.   | Israël 548.         |
| Bendel 110.            | Dziembowski 865.    | Irend 307.          |
| Bendi 836.             | Dunin 56, 64.       | Jacobsohn 136, 167. |
| Berges 464.            | Elsenberg 60, 267.  | Jakins 38.          |
| Beuche 398.            | 116, 496.           | Jaksch 163, 229.    |
| Biegański 74, 343,     | Epstein 347, 769.   | Jacoud 186.         |
| 491, 627.              | Essigman 199.       | Janowski 63, 64,    |
| ↳ Biernacki 132, 268,  | Ewald 167.          | 199, 329.           |
| 411.                   | Féré 301.           | *Jaworski 501, 802. |
| Bier 382.              | Fergusson 303.      | Jaruntowski 413,    |
| Binz 240.              | Feinstein 132.      | Jerusalimski 377.   |
| Bitter 602.            | Flehsig 306.        | Jerzykowski 799.    |
| Boas 542.              | Friedeberg 391.     | Józefowicz 78.      |
| Bohland 190.           | Friedman 605.       | Jolly 230.          |
| Brener 307.            | Freihan 592.        | Jurro 604.          |
| Bresgen 842.           | Francot 640.        | Karpiński 493.      |
| Brix 178.              | Fraenkel 30, 244.   | Keyser 24.          |
| Braun 778.             | Funk 134.           | Kijewski 57.        |
| *Bregman 433, 573,     | Funcke 617.         | Kisch 594.          |
| 639.                   | Gałęzowski 466.     | Klein 65.           |
| Brissaud 308.          | Gabryszewki 204.    | *Klarnier 130.      |
| Bristowe 42.           | *Garliński 355.     | Knaster 722.        |
| Bronowski 270.         | *Giedroyé 673.      | Kolberger 75.       |
| Bruner 134, 260.       | Gliński 109.        | König 110.          |
| Buchner 676, 764.      | Gliksman 495.       | Kopp 312.           |
| Bujwid 270.            | Goldman 43, 496.    | Koppers 169.        |
| Burchard 165.          | Golflam 492.        | *Kopytowski 581.    |
| Cercha 271.            | Grache 720.         | Körte 777.          |
| Christ 599.            | *Grodecki 369.      | Kośmiński 412, 724. |
| ↳ Chełchowski 57, 76.  | *Grosalik 344 807.  | Kosiński 413-       |
| Chłapowski 348.        | Grüning 108.        | Korczyński 489.     |
| Ciągliński 61, 570.    | Grundzach 78, 134.  | Kozierowski 75.     |
| Czajkowski 571.        | Grabowski 492.      | Kosmowski 265.      |
| Czerny 834.            | Guranowski 722.     | Kowalski 264, 642.  |
| Dapper 536.            | Halpern 496.        | Kramsztyk 719.      |
| Daszkiewicz 496.       | Hammond 173.        | Kraft Ebing 233.    |
| Dąbrowski W. 345.      | Heryng 59.          | Kryński 52.         |

Uwaga. Rozstawiono nazwiska polaków. Gwiazdka oznacza prace oryginalne.

- Kronig 614.  
 Kruse 446.  
 \*Kucharzewski 577.  
 Kuczyński 571.  
 Kuttner 184.  
 Lange 724.  
 Lanz 454, 460.  
 Lancereaux 432.  
 Lachowicz 490.  
 Lamzois 112.  
 Lasser 538.  
 Leibuscher 693.  
 Leyden 106.  
 Leśniowski 410, 865.  
 Łebkowski 180.  
 Legendre 546.  
 Lehman 616.  
 Łożecznikow 466.  
 Lippel 616.  
 Lubliner 202, 801.  
 Lunatello 553.  
 Majewski 805.  
 Masłowski 615.  
 Mayzel 411.  
 \*Markusfeld 666, 748.  
 Matlakowski 121.  
 Machek 135.  
 Markow 455.  
 Martin 393, 688.  
 Marie 371, 611.  
 Martius 688.  
 Massin 778.  
 Manz 463.  
 Mayer 695, 774.  
 Meertens 358.  
 Mendel 171.  
 Mierzyński 799.  
 \*Mizerski 207.  
 \*Misiewicz 212, 273, 865.  
 Miller 255.  
 Miura 603.  
 Moncorvo 457.  
 Monsiowski 77.  
 Moser 334.  
 Mutermilch 639.  
 Natier 35.  
 Neisser 453.  
 Nencki L. 493, 802.  
 Nencki M. 77.  
 Neugebauer 269.  
 Neuman 236.  
 Noiszewski 77, 411.  
 Noorden 536.  
 Nowak 805.  
 Nicolai 457.  
 Obaliński 271.  
 Olehnowicz 198.  
 Olejnik 804.  
 Oltuszewski 265.  
 Oser 226.  
 Palmirski 498.  
 \*Papiewski 96.  
 Parier 38.  
 Pascal 446.  
 Pechkranz 719, 720.  
 Pielicke 540.  
 Pisarzewski 347.  
 Phoras 380.  
 Popławski 267.  
 Potain 378, 601.  
 Preobrażeńskij 103.  
 Prochownicki 387, 403.  
 Przedborski 718.  
 Przewóski 53.  
 Prus 73.  
 Pruszyński 348.  
 Puset 231.  
 Quinquene 457.  
 Quincke 590.  
 Raczyński 643.  
 Rasch 401.  
 Rapczewski 571.  
 Réclus 49.  
 Révillet 188.  
 Rejchman 799.  
 Robilland 112.  
 Rogowicz 79.  
 Rollet 462.  
 Rosenthal 60, 270.  
 Rościszewski 350, 412.  
 Rossberger 489.  
 Ronthaler 494.  
 Roos 552.  
 Roux 681.  
 Rosner 642, 804.  
 Rummo 111.  
 Rumpf 31.  
 Rumszewicz 203.  
 Ruppert 61.  
 Rutkowski 76.  
 \*Rychliński 81, 346, 800.  
 Rydygier 350, 726, 865.  
 Rydel 113.  
 Sadowski 78.  
 Samelsohn 611.  
 Saweljew 693.  
 Sawicki 640.  
 Santoz 465.  
 Schulze 120, 402.  
 Schech 300.  
 Schrader 696.  
 Schütz 313.  
 Schlesinger 307.  
 Schlange 234.  
 Scharad 298.  
 Schongut 203.  
 Szuman 719.  
 Schefer 693. z  
 Schliessein 602.  
 Schot 595.  
 Schubert 534.  
 Sędzimir 135.  
 Seibert 245.  
 \*Sędziak 347, 355, 417, 639.  
 Sękowski 801.  
 Semet 399.  
 Semb 43.  
 Simanowska 76.  
 Sieber 77.  
 Siegert 225.  
 Sieger 373.  
 Sisman 372.  
 Skowroński 725.  
 Sonneberg 492.  
 Sokołowski 76, 132, 267, 495.  
 Solier 609.  
 Solman 412.  
 Sobierański 723.  
 Skałkowski 49.  
 Strogonow 45.  
 Stocker 242.  
 Straus 776.  
 Stępiński 570.  
 Spira 570.  
 \*Świeżyński 511.  
 Świącicki 135, 201, 723.  
 Sterling 201, 342.  
 Strassman 245.  
 Szmurło 270, 411.  
 \*Świątecki 293, 561, 855.  
 Switalski 804.  
 Szadek 803.  
 Taylor 459.  
 Teissier 531.  
 Tepfer 270.  
 Teley 229.  
 Toulouse 176.  
 Troczewski 199, 201.  
 Trzebicki 133, 349, 805.  
 Uhma 351, 721.  
 Uffelman 28.  
 Uliński 640.  
 Ulesco 393.  
 Ulanowski 572.  
 Unger 52.  
 Urasaburokosima 115.  
 Verstraeten 694.  
 Wachholz 490, 805, 866.  
 Warman 198.

Watraszewski 572, 725.	Wilms 107.	Zawadzki Józef 24, 647, 727, 811.
Weiss 542.	Wizel 800.	Zawadzki A. 266.
Weil 545.	Władimirow 765.	Zieliński E.
Welle 242.	Wojnicz 135, 413.	Ziem 32.
Wechselman 394.	Włazłowski 349.	Zweigbaum 78.
Werner 200.	Wreden 386.	Zołędziowski 720.
Wicherkiewicz 136, 202, 492, 573.	Wróblewski 718, 802.	
	Zagórski 266.	

---