

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś C. I. LEON KARWACKI i KAZIMIERZ SZOKALSKI. O przechowywaniu w pijawkach krętków OBERMEIER'a. Str. 213. II. TADEUSZ WRĘTOWSKI. W sprawie rozpoznawania bakteriologicznego cholery z demonstracją przecinków swoistych świeżo wyosobnionych (z przypadku pozamiejscowego). Str. 216. III. FRYDERYK KINO. O srebrnicy ogólnej (*Argyria universalis*). (C. d.). Str. 219. *Dział sprawozdawczy.* 30. OVE WULF. Leczenie szczepionkowe zakażeń dróg moczowych przez *bact. coli commune*. Str. 225.—31. L. JEHLE i M. PINCHERLE. O indywidualnej florze okrężnicy w wieku dziecięcym. Str. 226.—32. J. FRIEDENWALD i T. F. LEITZ. Doświadczenia nad zawartością bakteryi w kale i poszukiwania nad wartością niektórych środków przeciwnilnych. Str. 227.—33. Promienie ultrafioletowe i ich własności bakteriobójcze. Str. 227.—34. CH. ELSBERG, H. NEUHOF i S. H. GEIST. Odczyn skóry u chorych na raka, otrzymywany zapomocą podskórnych zastrzykiwań czerwonych ciałek krwi ludzkiej. Str. 229.—35. M. LETULLE. Leczenie gruźlicy płuc surowicą MARMORKA. Str. 230.—36. MURALT. O leczeniu ciężkiej jednostronnej gruźlicy płucnej przez sztucznie wywołaną odmę pierśsiową. Str. 230. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia ogólne dnia 18-go i 20-go stycznia 1910 r. Str. 232.—*Sekeya gastrologiczna.* Posiedzenie dnia 17-go listopada 1909 r. Str. 233. *Towarzystwo Hygieniczne.* Wydział zdrojowisk. Str. 236. List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej”. Str. 237. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ W SZPI-TALU DZIECIAȚKA JEZUS W WARSZAWIE.

O przechowywaniu w pijawkach krętków Obermeier'a.

Podali

Leon Karwacki i Kazimierz Szokalski.

(Pokaz w Tow. Lek. Warsz. 21. XII. 1909 r.).

Przechowywanie krętków gorączki powrotnej w ustroju pijawki zastoso-wane było po raz pierwszy przez PASTERNAKIEGO i KARLIŃSKIEGO. PASTERNAKCI dowiódł, że krętki zachowują ruchy dowolne w pijawkach do 4-ch dni, jeżeli pijawki są przechowywane w ciepłocie 16°—17°, do 10 u dni, jeżeli są trzymane na lodzie, w cieplarce zaś przy 27°—30° giną po dwu dniach. KARLIŃSKI, który niezależnie od PASTERNAKIEGO wpadł na tę samą myśl, przechowywał w pijawkach żywe krętki do 20-u dni.

Korzystając z obfitego materiału tegorocznej wiosennej epidemii, powtórziliśmy te doświadczenia.

Badania zostały przeprowadzone na trzydziestu kilku pijawkach, z nich 30 było karmionych krwią, zawierającą krętki, 1—krwią wolną od krętków w 9

dni po pierwszym napadzie, kilka zaś—krwią od osobników chorych na inne cierpienia dla kontroli.

Krew chorych w czasie stawiania pijawek była badana na obecność i jakość krętków [wygląd, aglutynacja, cytoliza].

Pijawki były przechowywane przy ciepłocie 10°—13° i codzień miały zmienianą wodę. Krew do badania była wyciskana zapomocą masowania. Ponieważ krętki nieraz po 24-ch godzinach traciły ruch dowolny, a wykrycie ich w kropli wiszącej wskutek gęstości samego płynu czasem było dość trudne, posiłkowaliśmy się stale preparatami barwionymi. Krew roztartą na szkle przedmiotowym po wyschnięciu utrzymywała się przez 10—15-u minut w bezwodnym wysoku metylowym. Preparaty stale były barwione roztworem GIEMSY—od godziny do 24-ch godzin, zależnie od koncentracji barwika. Naogół piękniejsze obrazy otrzymywaliśmy przy długim barwieniu a słabej koncentracji. Jako kryterium, że krętki są żywe, przyjmowaliśmy prawidłową barwliwość i prawidłowy wygląd krętków na preparacie.

Otóż z 30-u pijawek mogliśmy wykryć normalne krętki na preparatach; u 1-ej do 102-u dni, u 1-ej do 95-u, u 1-ej do 69-u, u 2-u do 63-u, u 1-ej do 64-ch, u 1-ej do 59-u, u 1-ej do 58-u, u 1-ej do 46-u, u 1-ej do 42-u, u 1-ej do 40-u dni, u 3-ch między 30-u a 40-u dniami, u 7-u między 30-u a 20-u dniami, u 4-ch między 10-u a 20-u, u 4-ch mniej niż do 10-u dni.

U jednej pijawki, karmionej krwią, zawierającą formy cytolizowane i ziarna w okresie spadku krytycznego po drugim napadzie, krętków nie znaleźliśmy wcale, pijawka ta po dwu dniach zdechła z powodu przypadkowego. Nadmienić musimy, że ostatnie 4 pijawki oraz 2 z przedostatnich zdechły w początkach obserwacji, wylazszy z naczyń z wodą, i—ściśle biorąc—nie mogą być przyjmowane w rachubę, gdyż krew wyciśnięta z nich zawierała krętki normalne i dość liczne; nie wiadomo przeto, jak długo krętki mogłyby w nich utrzymywać się przy życiu, gdyby nie przypadek. Jeżeli odrzucimy z ogólnej statystyki 7 pijawek z nieukończoną obserwacją i obliczymy dla reszty przeciętną, to otrzymamy średnią długość życia krętków w pijawkach jako 44 dni. Porównanie tej cyfry z przytoczoną wyżej tabelką wykazuje dość znaczne odchylenie pojedynczych przypadków zarówno *in plus*, jak i *in minus*.

Zdawaćby się mogło, że wahania powinny zależeć od okresu choroby, w którym pijawki były przystawiane. Otóż według napadów, pijawki grupują się tak: przeważna część, bo 24, były karmione w drugim napadzie, 3 w czasie pierwszego napadu, 2—w czasie trzeciego. Z tych ostatnich jedna posiadała krętki przez 102 dni, druga przez 26 i zdechła z przypadku. Z trzech pijawek, karmionych w pierwszym napadzie, w jednej krętki żyły do 64-ch dni, w drugiej do 37-u, w trzeciej do 23-ch dni. W dwu przypadkach pijawki były przystawiane tym samym chorym, raz w pierwszym, a raz w drugim napadzie. Otóż pijawka karmiona krwią z pierwszego napadu zachowała krętki przez 23 dni, pijawka zaś karmiona w drugim napadzie—przez 35 dni. Drugi przypadek nie pozwala na żadne wnioski, gdyż jedna z pijawek zdechła przedwcześnie.

Nie mogliśmy też zauważyć, aby karmienie w początku, lub przy końcu napadu posiadało wpływ na żywotność krętków. Na 9 pijawek, karmionych poczynając od 3-go dnia aż do przełomu drugiego napadu, przypadają następujące dane liczbowe, określające żywotność krętków: 22 dni, 22 dni, 58 dni, 95 dni, 68 dni, 59 dni, 42 dni, 69 dni, 46 dni. Dane te, jak widzimy, przewyższają znacznie przeciętną, osiągniętą z pierwszej tabliczki.

Dla określenia, czy krętki jednakowego pochodzenia jednakowo długo będą się przechowywały w różnych pijawkach, trzy razy przystawialiśmy chorym po dwie pijawki od razu. Z nich tylko w dwu przypadkach pijawki były obserwowane aż do wygaśnięcia krętków: od pierwszego chorego jedna z pijawek zachowała krętki przez 95 dni, druga—przez 68, od drugiego chorego w pierwszej pijawce krętki żyły przez 37 dni, w drugiej—przez 64.

Fakty te stoją w pewnej sprzeczności z tem, co wiemy o narastaniu przecięciał swoistych, a zwłaszcza bakteriolizyn, w różnych okresach choroby. Zwykle bowiem krętki, otrzymane w pierwszym napadzie, przechowują się dłużej we krwi odwołnionej chorego, niż krętki z drugiego, lub trzeciego napadu; dalej krętki, otrzymane w początku napadu, żyją dłużej, niż zebrane na krótko przed przełomem. Ponieważ wpływ tych czynników w naszych badaniach prawie się nie zaznacza, przypuszczać należy, że niweczniki swoiste, które wraz z krętkami dostały się do ustroju pijawki, w działaniu swem są zahamowane. Jeden czynnik w naszych badaniach decydował stale o długości życia krętków, mianowicie stan przewodu pokarmowego pijawki. W pijawkach, zakażonych wtórnie, krętki przechowywały się krócej, w jałowych dłużej. Ze wszystkich pijawek, użytych do badań, tylko 5 zachowało przewód jałowy przez cały ciąg doświadczeń, i w nich właśnie krętki żyły najdłużej.

Poś względem szkodliwego oddziaływania na krętki różne gatunki form drobnoustrojowych zachowywały się niejednakowo. Najsilniejsze działanie niszczące wywierały laseczki barwikowe, zbliżone do grupy lasieczników ropy błękitnej; bakterye gnilne, jak *proteus*, oraz przecinki rzekomo choleryczne zachowywały się wobec krętków bardziej obojętnie.

Próby przeniesienia choroby na zwierzęta laboratoryjne [białe myszy, świnki morskie, króliki, psy, żaby] zapomocą krętków zawartych w pijawkach wypadły ujemnie w tym sensie, że po upływie 6-u godzin nie mogliśmy wykryć krętków we krwi u zwierząt zakażonych. Po szczepieniu składniki morfologiczne krwi ulegały poważnym i trwałym zmianom, zwłaszcza u myszek. Zmiany te i transformacja postaci, której ulegały krętki, będą tematem szczegółowej pracy, i dlatego w tem miejscu poświęcamy im tylko luźną wzmiankę.

Wyniki zastosowania krętków z pijawek do celów serodyagnostycznych, zapoczątkowane przez jednego z nas, są opisane szczegółowo w pracy WASILEWSKIEGO.

II. Z PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEJ DRA S. SERKOWSKIEGO
W WARSZAWIE.

W SPRAWIE ROZPOZNAWANIA BAKTERYOLOGICZNEGO
CHOLERY Z DEMONSTRACJĄ PRZECINKÓW SWOICH
STYCH ŚWIEŻO WYOSOBNIONYCH
(z przypadku pozamiejscowego).

Podał

Tadeusz Wretowski.

Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 7. XII. 1909 r.

Szanowni Panowie! Przed paru tygodniami przysłano do pracowni naszej z ziemi Grodzieńskiej kał z nadmienieniem, że przypadek jest mocno podejrzany o cholereę. Wypróżnienia były zupełnie wodniste, szare, mocno cuchnące, pływały w nich dosyć liczne kłaczkki śluzowe. Pod drobnowidzem na preparatach bezpośrednich poza skąpą ilością resztek pokarmowych i pasemkami śluzu stwierdziliśmy wielką liczbę małych, krótkich, zagiętych nieco, żywo ruchomych pałeczek. Na preparatach barwionych wiele z tych pałeczek posiadało typowe dla przecinkowców cholery wygięcie; według GRAMA odbarwiały się. Wobec tego zaszczepiliśmy, z zachowaniem odpowiednich ostrożności, śluzowe części wypróżnień na 4 peptony, oraz pożywki ENDO, DRIGALSKIEGO i DIEUDONNÉ'go. Po upływie 18-u godzin peptony zmiętniały, zaś na ich powierzchni utworzyły się cienkie, zlekka opalizujące błonki. Na preparatach, zrobionych z samej powierzchni peptonów, a właściwie z błonek, które pokryły peptony, mieliśmy prawie czystą hodowlę żywo ruchomych wibryonów, GRAM—. Pozostawało jedynie otrzymać te przecinkowce w czystej hodowli, a zatem wyodrębnić od flory obcej. Wiadomo Panom, że wyodrębnienie danego szczepu w czystej hodowli nastęrcza nieraz poważne trudności, tem bardziej, gdy mamy do czynienia z materiałem nadesłanym w niewyjałowionem naczyniu i z takim, jak kał, który z natury rzeczy zawiera w sobie szereg najrozmaitszych drobnoustrojów.

Postępowaliśmy w danym przypadku według przepisów, wypracowanych przez R. KOCHA i jego uczniów. Zaszczepiliśmy nasz materiał na szereg płytek żelatynowych, oraz agarowych, stosując metodę trzykrotnych a nawet czterokrotnych rozcieńczeń. Na ostatnich płytkach otrzymywaliśmy pojedyncze kolonie, dające na żelatynie charakterystyczne wgłębienia jako rezultat peptonacyi żelatyny.

W szeregu różnych metod, mających na celu ustalenie rozpoznania różniczkowego danego szczepu, oprócz hodowlanych i barwikowych na pierwszym miejscu stoi serodyagnostyka. W naszym przypadku odczyn aglutynacyjny wypadł dodatnio w rozcieńczeniach do 1 na 2000 zarówno z surowicą przeciwcholeryczną laboratoryjną, jak i sprowadzoną z Bernu.

Ważnym również dla cholery jest odczyn nitrozoindolowy, zauważony i opisany po raz pierwszy przez BUJWIDA, oraz indolowy. Dodatni wynik tych odczynów zechcą Panowie obejrzeć, zarówno jak i rurki aglutynacyjne z pozytywnym odczynem surowicznym.

W celu sprawdzenia stopnia zjadliwości naszych hodowli, szczepiliśmy je w ilości dziesiątej części uszka platynowej igły do jamy brzusznej morskiej śwince. Świnki przy objawach ogólnej zapaści zginęły po upływie 10-u godzin.

Dla dopełnienia całokształtu badań, przerabiałem również na świnkach morskich objaw PFEIFFER'a. Rozcieńczeń surowicy wysokowartościowej użyliśmy w stosunku 1:100 i 1:1000. Bakteryoliza kompletna przecinkowców cholery nastąpiła już po upływie 15-u minut.

Jednocześnie, chcąc wypróbować wartość nowej pożywki DIEUDONNÉ'go, opisanej przez autora w roku bieżącym w 50-ym tomie *Centralbl. f. Bakteriologie*, jako wysmienite podłoże dla celów różniczkowych i hodowlanych odnośnie przecinków cholery, zrobiliśmy szereg posiewów i na tej pożywce. W skład tej pożywki, oprócz zwykłego agaru, wchodzi w stosunku 7 do 3-ch odwłókniona krew barania, zmieszana w równej ilości z ługiem normalnym [5.61 proc.] i następnie wyjałowiona w ciągu pół godziny. Krew w tych warunkach nie ścina się, pożywka zastyga dobrze, ma kolor czerwonego wina, jest przezroczysta. Żądanie jednak autora, aby na 7 części agaru dodawać 3 części odpowiednio przygotowanej krwi, jest dosyć nieokreślone. Niewiadomo bowiem, jakiego nasycenia agarowe pożywki posiada autor. W każdym razie pożywka agarowa musi zawierać względnie większy procent agaru [około 3—3½%], gdyż w przeciwnym razie pożywka DIEUDONNÉ'go nie ścina się i pozostaje płynną. Po rozlaniu tej pożywki na płytki, umieścić ją trzeba na kilka godzin w cieplarni, aby dobrze wyschła. Domieszka wody kondensacyjnej utrudnia badanie, tem bardziej jeszcze gdy mamy do czynienia z materiałem tak zakaźnym, jak cholera.

HÜNTEMÜLLER, który już w tym samym numerze *Centralbl. f. Bakt.* ogłosił pracę, mającą na celu sprawdzenie wartości różniczkowej nowej pożywki, chwali ją bardzo i zaleca jako doskonałe podłoże dla celów różniczkowych i hodowlanych. Według niego, laseczka okrężnicy, laseczka duru brzuszego oraz flora prawidłowych wypróżnień na pożywce tej nie dają zupełnie rozwoju. Rozwój występuje o ile zmienić stosunek krwi z ługiem do agaru z 3-ch do 7-u na korzyść agaru, np. na 3 części krwi z ługiem dodać 8 lub 9 części agaru i t. p. Według SINEFF'a i DROSDOWITSCH'a, którzy również sprawdzali wartość pożywki DIEUDONNÉ'go i ogłosili wyniki swych badań w ostatnim 52-im tomie *Centralbl. f. Bakt.*, pożywka ta nadaje się bardzo do celów

różniczkowych, gdyż przecinkowce cholery rosną na niej b. dobrze, gdy tymczasem rozwój innych drobnoustrojów jest wybitnie zahamowany. Tak np. laseczka duru brzuszego, laseczka okrężnicy, czerwonki, w jednym przypadku nie dają zupełnie rozwoju, w innych tworzą tylko małe skąpe osady [kolonie], łatwo dające się odróżnić od osad cholery.

Cheąc określić wartość pożywki DIEUDONNÉ'go, oprócz wyżej wymienionych drobnoustrojów, użytych do badań przez tylko co przytoczonych autorów, szczepiłem na niej również drobnoustroje z grupy przecinkowców zarówno chorobotwórczych, jak niechorobotwórczych, jak *vibrio aquatilis*, *vibrio Berliniensis*, *vibrio Metschnikowii* i t. d. Przekonałem się, że na powyższej pożywce rozwój cholery następuje dosyć obfity, jednak nie tak bogaty, jak na zwykłym agarze, prawie zaś równie dobrze rozwijają się i inne przecinkowce; rozwój laseczki okrężnicy, duru brzuszego i czerwonki jest wybitnie zahamowany, mianowicie laseczki duru brzuszego i czerwonki rosną bardzo słabo lub wcale nie wyrastają; laseczka okrężnicy daje rozwój słaby, chociaż prawie zawsze. Zwykle gronkowce dają rozwój nawet dosyć obfity. Pożywka DIEUDONNÉ'go zatem nie może być wystarczającą zarówno dla celów różniczkowych, jak i dla wyodrębniania przecinkowców cholery i nie zastąpi dawnej klasycznej peptonowej metody, jednak może być nieraz nawet bardzo pomocną.

Hodowle na wszystkich wyżej przytoczonych pożywkach, oraz na bulionie, kartoflu i mleku, szczepione dla większej demonstracyjności w różnych okresach czasu, mam zaszczyt Szanownym Panom przedstawić; jednocześnie pod drobnowidzami ustawiłem szereg preparatów przecinkowców cholery, barwionych według różnych sposobów.

PIŚMIENNICTWO.

1) MAX, Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Berlin 1907. 2) S. DIEUDONNÉ. Blutkalliagar ein Elektivnährboden für Cholera-vibrionen. Centrbl. f. Bakt. 1909. t. 50. oryg. 3) HÜNTEMÜLLER Die Dieudonnéche Blut-Alkali-Agar. Centr. f. Bakt. 1909, t. 50, oryg. 4) SINEFF i DROSDOWITSCH. Prof. Dieudonné's Blutkalliagar, ein neuer Nährboden f. die bakteriologische Diagnose der Cholera. Centrbl. f. Bakt. 1909, t. 52. oryg.

III. Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOG. UNIwersYTETU W BAZYLEI
[Dyr. Prof. HEDINGER].

O SREBRNICY OGÓLNEJ

(*Argyria universalis*).

Podał

Fryderyk Kino.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 8].

Rozmieszczenie złogów w podniebieniu miękkim podobne jest do rozmieszczenia w języku; jedynie w zależności od silniejszego rozwoju tkanki elastycznej i osad jest bogatszy. Przelyk zawiera liczne drobne ziarenka w błonie mięśniowej słuzówki, podśluzówce i mięśniówce, wszędzie jednak poza substancją kurczliwą, co jest prawidłowem dla tkanki mięśniowej najrozmaitszych okolic. Mniej obfite są złogi w gruczołach śluzowych, w których otrzymuje się obraz taki, jak i w gruczołach śluzowych języka. Rozmieszczenie ziarenek w naczyniach jest zwykłego typu.

W kiszce cienkiej widać tylko pojedyncze ziarenka w błonie śluzowej i w kosmkach, natomiast w błonie mięśniowej słuzówki osad jest dość obfity. Główne siedlisko złogów tworzy podśluzówka, w której osad usadowia się na biegnących w rozmaitych kierunkach włóknach elastycznych, a przedewszystkiem w ściankach naczyń krwionośnych. Drobne tętnice i żyły pigmentowane są w całej grubości ściany; z większych naczyń żyły o wiele intensywniej niż odpowiadające im tętnice i przytem tak, że złogi w żyłach umieszczone są prawie wyłącznie w błonie wewnętrznej (*intima*), gdy w tętnicach ziarenka leżą w błonie zewnętrznej (*adventitia*) i w zewnętrznych warstwach błony środkowej (*media*). W błonie mięśniowej kiszek znajdujemy złogi tylko zrzadka, głównie na nielicznych włóknach elastycznych. W błonie podsurowiczej i surowiczej widoczne są pojedyncze ziarenka.

W kiszce grubej panują te same stosunki, jedynie osad srebra w błonie mięśniowej jest obfitszy. Na błonek przewodu pokarmowego nie był nigdzie pigmentowany.

Naczynia krwionośne krezki są słabo dotknięte srebrnicą: większe posiadają wcale złogów, mniejsze szczególnieją tętnice tylko skąpe osady. Błona wewnętrzna większych dróg chłonnych jest mało pigmentowana, reszta ścianki tylko minimalnie. Zato w gruczołach chłonnych leży obfity osad, usadowiony głównie w okolicy wnęki, na beleczkach i na wewnętrznej stronie torebki. Składa się on z drobnych ziarenek, skupionych przeważnie w grudki i paski. W zatokach gruczołu chłonnego widoczne są krótkie, delikatne, wijące się włókienka, pokryte ziarenkami. W grudkach złogi są

skape, jedynie w ścianie drobnych naczyń krwionośnych. Osad po większej części związany z tkanką elastyczną.

W wątrobie pochwy GLISSON'a trochę rozszerzone z rozsia-
 nym, drobnokomórkowym nacieczeniem, przeważnie wokoło dróg żółciowych. W świe-
 tle tych dróg, szczególnie większych, leżą obficie ropne ciała i złuszczone
 nabłonek. Komórki wątroby trochę tłuszczowo zwyrodniałe. W torebce na
 sieci włókien elastycznych leżą obficie drobne ziarenka. Rozgałęzienia żyły
 wrotnej w pochwach GLISSON'a mają wszystkie warstwy ścianki usiane zia-
 renkami. W tętnicach wątrobnych złogi mieszczą się w błonie zewnętrznej
 i na granicy pomiędzy nią a błoną środkową. Najmniejsze tętnice wątrobn
 pigmentowane są w całej grubości ścianki. Żyły wątrobn wykazują tyl-
 ko skąpy osad. Żyły środkowe są zupełnie wolne. W ściankach naczyń
 włoskowatych widać gdzieś pojedyncze drobne ziarenka. Tkanka łą-
 czna, otaczająca drogi żółciowe wyraźnie usiana osadem, błonki zaś
 podstawne tych dróg są zawsze wolne od osadu. Ścianka pęcherza żół-
 ciowego przedstawia mikroskopowo typowy okres chronicznego zapalenia
 z silnym przekrwieniem i ogniskowym nagromadzeniem limfocytów we wszy-
 stkich warstwach ścianki. Sprawa srebrnicowa rozgrywa się również w całej
 grubości ścianki i polega, jak prawie zawsze, na osiadaniu drobnutkich okrą-
 głych i jednakowej wielkości ziarenek. W śluzówce pigmentowane są głębsze
 warstwy i ścianki małych naczyń, gdy tymczasem gruczoly śluzowe pozostają
 nietknięte. Szeroka warstwa mięśniowa posiada tylko rzadka rozsiane zia-
 renka, ale jej większe tętnice mają wyjątkowo bogatą pigmentację. Tu można
 ze szczególną dokładnością prześledzić rozmieszczenie złogów
 w oddzielnych warstwach ścianki naczyń krwionośnych, po-
 wtwarzające się prawie we wszystkich narządach. W większych tę-
 tnicach jest błona wewnętrzna prawie zupełnie wolna; w błonie środko-
 wej pigmentowany jest bogato pierścień mięśniowy zewnętrzny, a w obie stro-
 ny od tej warstwy ziarenka stają się rzadsze, pojedyncze. Najmniejsze
 tętniczki mają całą ścianę usianą ziarenkami. Natomiast naczynia
 żyłne wykazują nader skąpy osad. Bezpośrednio za warstwą mięśniową
 ściany pęcherza w błonie włóknistej, obfitującej we włókna elastyczne, osad
 staje się bogatszy. W błonie podsurowiczej i surowiczej leżą rozsiane nieli-
 czne ziarenka.

W nagłośni znajdujemy obfite złogi, umiejscowione przeważnie
 w trzech miejscach. W podśluzówce strony zwróconej ku językowi ziarenka
 leżą głównie w ściankach naczyń; o wiele obficie usadowione są w chrząstce
 i poniekąd w samej chrząstce, a mianowicie w mięszu tkanki chrząstkowej.
 Najbogaciej wyposażoną jest pośluzówka strony zwróconej ku krtani z jej
 silnie rozwiniętą plecionką włókien elastycznych.

Rozmieszczenie złogów w chrząstce pierścieniowej jest pra-
 wie to samo, intensywność pigmentacji jednak słabsza i chrząstka szklista jest
 zupełnie wolna.

W strunach głosowych prawdziwych, w miejscach odpowia-
 dających pajęczynie włókienek elastycznych leżą licznie rozsiane srebrne ku-

lecunki. Niemniej obficie upstrzone są mięśnie głosowe i tarczowo-nalewkowe. Błony podstawne skąpych w tych miejscach gruczołów śluzowych są bogato pigmentowane. Te same stosunki panują i w strunach fałszywych z wyjątkiem gruczołów śluzowych, w których osad jest słabszy. W tchawicy widoczne są jedynie nieliczne ziarenka w śluzówce i podśluzówce, gruczoły śluzowe są zupełnie nietknięte. Obfity osad znajdujemy tylko w ochrzęstnej pierścieni tchawicowych.

Ciałko nabłonkowe (*Epithellörperchen*), które znaleźliśmy w ścianie tchawicy, posiada słabą pigmentację naczyń krwionośnych, przedziałki łącznotkankowe pomiędzy pasmami nabłonka nie wykazują ziarenek srebra.

Gruczoł tarczowy jest siedliskiem nadzwyczaj obfitego osadu. W torebce leżą nieliczne równomiernie rozsiane ziarenka; o wiele obficiej spotykamy je w tkance łącznej, otaczającej grudki mięsowe. Większe szlaki łącznotkankowe są jeszcze mocniej pigmentowane. Głównym jednak zbiornikiem złogów są naczynia tętnicze od największych aż do najmniejszych z nadzwyczajnie obfitym osadem w zewnętrznej części błony środkowej u pierwszych i w całej grubości ścianki u drugich.

W płucach jest prawie niemożliwe bez pomocy środków chemicznych odróżnienie złogów srebra od cząsteczek węgla, poniekąd równie drobnych i okrągłych. Traktowanie skrawków cyankiem potasu i porównanie z chemicznie nietraktowanymi, pozwoliło odróżnić rozpuszczalne ziarenka srebra od nierozpuszczalnych cząsteczek węgla. Osadu srebra w opłucnej jest bardzo mało, o wiele więcej w ochrzęstnej pierścieni oskrzelowych i wązkim pasie na obwodzie samej chrząstki. Błona mięśniowa ściany oskrzela posiada nieliczne ziarenka.

W torebce śledziony rozsiane drobne ziarenka, najobficiej tuż pod powierzchnią; ziarenka pozatem towarzyszą beleczkom i leżą w nich równomiernie w wielkiej liczbie. W tętnicach usiane są błona środkowa i szczególnie błona zewnętrzna. Tkanka gruczołowata grudek i siatkowata mięszu są zupełnie nietknięte. W komórkach ani jednego ziarenka nie widać.

Torebka nadnerczy usiana równomiernie ziarenkami, które towarzyszą tylko na krótkiej przestrzeni promieniom łącznotkankowym, idącym od torebki włąb mięszu substancyi korowej; sam mięsz kory pigmentacji nie posiada. W substancyi rdzeniowej pigmentowane są dość silnie ścianki bardzo licznych w tem miejscu drobnych naczyń i włókien osnowy elastyczno-włóknistej. Komórki pigmentu nie posiadają.

W nerce wskutek połączenia dwu spraw patologicznych: srebrnicy i bardzo wybitnej marskości miażdżycowej, znajdujemy największe zmiany. Powierzchnia jej miejscami bliznowato wciągnięta. W obrębie blizn spostrzegamy rozrost tkanki łącznej, nacieczenie limfocytowe, szkliste kłębki i kanałiki zanikowe. W całej korze leżą rozsiane, pojedynczo lub grupami zmienne kłębki, począwszy od lekkiego zgrubienia torebki aż do zupełnej przemiany w skurzone szkliste kulki. Wokół nich przeważnie nacieczenie limfocytowe. Większość jednakże kłębków jest dużych rozmiarów i nie zdradza

żadnych zmian miażdżycowych. Kanaliki kręte zachowane są dobrze z dobrze barwiącemi się jądrami nabłonka. W niektórych jednakże miejscach kanaliki są rozszerzone i wypełnione szklistą masą, co spostrzegamy również w pętlicach HENLEGO i wewnątrz torebek BOWMAN'a. Nader rzadko spotykamy w kanalikach krętych masy wapienne.

Tkanka śródmiąższowa, kory z wyjątkiem wyżej wspomnianych miejsc bliznowatych, nie jest ani rozwinięta, ani nacieczona. Ilość tkanki łącznej piramid rdzeniowych trochę zwiększona i często szklista bez śladu nacieczenia. W wielu kanalikach prostych po części rozszerzonych, widoczne liczne, szkliste wałeczki, gdzieniegdzie masy wapienne i splaszczony nabłonek. Reszta kanalików posiada światło normalne z dobrze zachowanym nabłonkiem. Tętnice mają silne zgrubienie błony wewnętrznej i w ściankach złogi wapienne. Na tak zmienionem podłożu występuje nie mniej typowo sprawa srebrnicowa, Kłębkki są i tu ulubionem siedliskiem sprawy patologicznej, która nie oszczędzając żadnego z nich, przejawia się w postaci równych, gęsto rozsianych okrągłych ziarenek. W każdym ciałku MALPIGHI'ego pigmentowana jest tylko błonka pętliczek naczyniowych na jej całej przestrzeni; ziarenka leżą w niej warstwą pojedynczą i nie przenikają zupełnie do nabłonka kłębków. Rozmieszczenie to występuje najwyraźniej na przecięciach pętliczek naczyniowych, kiedy ziarenka tworzą pojedynczą linię kropkowaną. Poza formą ziarnistą osadu, istnieją jeszcze w rozmaitych miejscach kłębków jasno-żółto-brunatne lub ciemno-brunatne płatki rozmaitej formy i wielkości. Są one jednak zawsze mniejsze od od jąder śród- lub nabłonkowych. Pod immersją okazuje się, że ciemne płatki składają się z oddzielnych ziarenek, jasne atoli pozostają jednolite. Torebka BOWMAN'a nie posiada nigdy osadu, również naczynia doprowadzające i odprowadzające.

Jakkolwiek w każdym pojedynczym kłębku rozmieszczenie ziarenek jest równomierne, to jednak gęstość pigmentacji bywa w nich bardzo rozmaita: od barwy jasno-szarej do czarnej, jak węgiel. Nierówność zabarwienia kłębków nie jest zależna od mniej lub więcej silnego nagromadzenia srebra, ale jest skutkiem zmian miażdżycowych. Najmniejsze zgrubienie torebki BOWMAN'a wywiera ucisk na pętliczki naczyniowe i wywołuje tem samem ściślejsze zbliżenie się ziarenek srebra. Z tego powodu czarność kłębków jest w prostym stosunku do zgrubienia torebki i dlatego też w szklistych kulkach widać tylko w środku czarną, jak węgiel, masę, w której nawet przy najsilniejszym powiększeniu tylko częściowo odróżnić można oddzielne ziarenka. Z powyższego wypływa, jak zresztą z góry oczekiwać można było, że srebrnica poprzedzała zmiany miażdżycowe w nerce. Reszta elementów kory stoi pod względem pigmentacji w zupełnem przeciwieństwie do obfitujących w osad kłębków. Kanaliki kręte złogów wcale nie posiadają, pętlice HENLEGO, szczególnie ramiona schodzące, zawierają pojedyncze ziarenka w błonie podstawnej. W kierunku od promieni rdzeniowych aż do wierzchołka brodawki osad stopniowo się zmniejsza. Ziarenka pigmentu podobne są zupełnie do znajdujących w kłębkach, płytki natomiast nie istnieją. Złogi leżą w błonach podstawnych kanalików prostych i w śródmiąższowej

tkance łącznej. Rozmieszczenie ich nie jest równomierne—widać kanaliki z wolną od osadu błoną podstawną i okolicą przyległą, inne znów z pigmentowaną błoną, wreszcie takie, których błona zdaje się już być przesyconą ziarenkami i ich nadmiar osiadł w otaczającej tkance łącznej. W naczyniach nosicielką bardzo drobnoziarnistego osadu jest przeważnie błona zewnętrzna, o wiele mniej znajdujemy w błonie środkowej i tylko gdzieśgdzie, i nieliczne w błonie wewnętrznej. Natężenie złogów nie stoi w żadnej zależności od kalibru naczyń, jednak bardzo małe tętnice i żyły, a także naczynia włoskowate tkanki śródmięszkowej nie posiadają żadnych ziarenek. Torebka nerkowa usiana jest licznymi ziarnkami prawie w tym samym stopniu, co błona zewnętrzna.

W pęcherzu moczowym odpowiednio do dość szerokiej warstwy włókien elastycznych tuż pod nabłonkiem leżą obficie, stosunkowo duże, okrągłe, czarne ziarenka. O wiele drobniejsze i mniej liczne znajdują się w całej grubości ścianki pomiędzy oddzielnymi włóknami mięśniowemi. Tętnice wykazują typowe rozmieszczenie złogów: w małych naczyniach usiana jest cała ścianka, w większych zewnętrzna połowa błony środkowej.

Gruczoł krokowy posiada liczne, bardzo drobne ziarenka, rozsiarne po całej tkance podstawnej, związane wyraźnie z elastycznymi włóknami i nitkami i ich najbliższem otoczeniem. Niektóre kanaliki gruczołowe otoczone są gęstym osadem, inne zaś nie posiadają żadnego—jest to w związku z rozwojem włókien elastycznych w ściance kanalików. Małe tętnice mają bardzo silną pigmentację. Nabłonek gruczołów jest zupełnie wolny.

W śródmjadrzu i w błonie białawej jądra leżą rozsiane na włóknach elastycznych liczne, nadzwyczaj drobne ziarenka. W otoczce elastycznej kanalików nasiennych są one również liczne, ale trochę większych rozmiarów. Przegrody jądra nie mają żadnego osadu. Naczynia krwionośne zadziwiają ubóstwem pigmentacji.

Przewód nasienny (*ductus deferens*) złogów nie posiada. W ściance wyrostka pachwinowego (*processus vaginalis*) osad jest obfity, szczególnie pod śródbłonkiem i składa się z falistej, wąskiej warstwy grubszych ziarenek. W tem miejscu właśnie ciągnie się pasmo tkanki elastycznej.

Naczynia wielkie: aorta piersiowa i brzuszna wykazują miejscami bardzo silne zgrubienia błony wewnętrznej, szkliste zwyrodnienie, pęcznienie tkanki łącznej i złogi wapna w błonie wewnętrznej i środkowej; w zgrubiałych miejscach błony wewnętrznej włókna elastyczne uległy zupełnemu zanikowi. Pigmentacji nie posiadają ani zwyrodniałe, ani dobrze zachowane jej części. Obfity jest osad w błonie środkowej, szczególnie w jej warstwie zewnętrznej i leży zawsze na elastycznych włóknach i listkach. W błonie zewnętrznej występuje on tylko w ściankach naczyń odżywczych naczyń. Tętnica szyjna zdradza też same zmiany miażdżycowe, brak jej tylko złogów wapiennych. W błonie wewnętrznej znajdują się pojedyncze ziarenka; obficie występują w zewnętrznych warstwach błony środkowej.

Opona miękka mózgu zawiera nadzwyczaj nieliczne, pojedynczo

leżące ziarenka srebra. Zwraca na siebie uwagę brak minimalnej nawet pigmentacji w ściankach naczyń krwionośnych. Substancja mózgu jest również zupełnie wolna. W wielkim przeciwieństwie do tego ubóstwa stoją nadzwyczaj bogate złogi w spłotach naczyńki (*plexus chorioidei*), będące z całego ciała ludzkiego najwięcej ulubionem siedliskiem osadu. W błonie podstawnej, pod sześciennym nabłonkiem leżą bardzo gęsto drobne ziarenka. Ma się wrażenie, że nabłonek osadzony jest na gęstej czarnej siatce. Większe jednak naczynia krwionośne mają tylko skąpą pigmentację w błonie wewnętrznej. Wyściółka (*ependyma*) komór bocznych mózgu i ich otoczenie są zupełnie wolne.

W rogówce i siatkówce [badano tylko tylną połowę oka] osadu nie widać. W naczyniówce pomimo obecności obfitego zwykłego barwika wyraźnie odróżnić można ziarenka srebra w ściance naczyń tętniczych.

Mięśnie międzyżebrowe nie wykazują żadnego osadu ani w włóknach mięśniowych, ani pomiędzy nimi. Zato w ściankach naczyń i w pochwach nerwowych osad jest dość obfity.

W okostnej żeber leżą bardzo nieliczne ziarenka, w szpiku kostnym tylko gdzieniegdzie, pojedynczo. O wiele obficiej rozrzucone są w ściankach naczyń kanałów Havers'a. W części gąbczastej trzonów kręgowych osadu nigdzie nie widać.

Morfologia osadu. Osad składa się prawie wyłącznie z drobniutkich [wielkości ziarniaków], okrągłych, czarnych ziarenek, jednakowej wielkości. Już dzięki temu można je odróżnić od nieregularnych, zazięzionych cząsteczek węgla w płucu i gruczołach chłonnych i od wielokształtnego osadu formaliny, chwilami bardzo utrudniającego rozpoznanie. Jeszcze bardziej charakterystyczne jest zachowanie się wobec odczynników chemicznych: W kwasie octowym i ługu [rozcieńczonym i stężonym] ziarenka się nie rozpuszczają. Tak samo zachowują się one wobec amoniaku, który z łatwością rozpuszcza chlorek srebra. W stężonym roztworze cyanku potasu ziarenka tracą bardzo szybko swe zabarwienie, które na nowo zdobywają pod działaniem siarkowodoru. Dłużej trwa odbarwienie ziarenek srebra w stężonym kwasie saletrzanym. Opierając się na tych doświadczeniach, FROMMANN i KOBERT uważają osad za związek organiczny srebra.

Rozmieszczenie złogów w pojedynczych narządach jest następujące: W pierwszym rzędzie stoją spłoty naczyńki mózgu, nerki, potem idą gruczoły chłonne krezki, gruczoły potowe, gruczoł tarczowy, kiszki, nągłośnia, jądra i t. d. Z tkanek zwraca na siebie uwagę silna pigmentacja włókien elastycznych, błonek podstawnych i owłókni mięśniowej (*sarcolemma*). Tkanka łączna zawiera tylko niewiele osadu, a chrząstka nadzwyczaj skąpo. Komórki są zawsze i wszędzie wolne od ziarenek.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Ove Wulf [Kopenhaga]. Leczenie szczepionkowe zakażeń dróg moczowych przez *bact. coli commune*.

Od r. 1902-go, w którym WRIGHT ogłosił podstawy teoretyczne swojej terapii szczepionkowej [patrz Gazeta Lekarska r. 1909, str. 587], zaledwie nieliczne prace poświęcono sprawie zastosowania leczniczego szczepionki okrężnicowej (*colivaccin*). Należą tu spostrzeżenia angielskie: WRIGHT'a, WESTERNA, DUDGEON'a, CAMPBELL'a, HARRIS'a, EYNE'a, WHITE'a i innych. W r. 1909 SCHNEIDER przedstawił na Kongresie neurologicznym w Berlinie 10-iu chorych z zakażeniem dróg moczowych przez *bac. coli commune*, leczonych pomyślnie szczepionką swoistą. Następnie ROVSING przytoczył w krótkości 12 swoich spostrzeżeń odnośnych.

Autor w przypadkach swoich postępował, jak następuje: Z moczu, otrzymanego aseptycznie z pęcherza moczowego zapomocą cewnika, wyhodowywał od każdego poszczególnego chorego jego lasecznik okrężnicowy, co osiągnąć tem łatwiej, że *bac. coli* spotyka się zazwyczaj w czystej hodowli. Otrzymany zarazek różniczkował zapomocą prób fermentacyjnych, zapomocą posiewu na różnych podłożach, oraz próbą aglutynacyjną. Badania porównawcze, wykonane w ten sposób, dają miarę różnorodności poszczególnych okazów tego pasorzyta, która stanowi o niemożliwości przyrządzenia tak zwanej szczepionki standardyzowanej (*standardvaccin*) na wzór analogicznych szczepionek gronkowcowych. Po wyhodowaniu zarazka autor przyrządzał z 24-godzinnej jego hodowli agarowej zawiesinę w 1/2%-ej wodzie karbolowej, i zawiesinę tę zabijał przez ogrzewanie w ciągu godziny do 60°. Liczbę bakterii w 1-ym ctm. sz. emulsji obliczał metodą LEISHMANN'a, t. j. przez porównanie pod mikroskopem liczby bakterii z liczbą czerwonych krążków krwi nie-rozcieńczonej człowieka zdrowego. Po określeniu w sposób przytoczony gęstości jednej zawiesiny, inne szczepionki określał już tylko przez porównanie z pierwszą pod mikroskopem. Dawki początkowej autor szukał po omacku.

Autor angielscy proponują naogół zaczynać od 5-u do 10-u milionów. Autor rozpoczynał od 10-u do 25-u milionów, a dochodził do 1000 milionów i więcej. Najlepsze wyniki otrzymywał u dorosłych po dawkach od 100 do 500 milionów. Po wyższych dawkach mogą się zdarzyć powikłania nazbyt poważne. Określanie wskaźnika opsoninowego bodaj że nie daje wskazówek dość pewnych; stąd przy podnoszeniu dawek lepiej kierować się raczej przebiegiem objawów klinicznych.

Szczepionkę stosowano zawsze podskórnie, najczęściej na ramieniu. Z pomiędzy 23-ch chorych, u których autor przeprowadził całkowicie kurację szczepionkami, wyleczenie zupełne osiągnięto u 7-iu, u 11-tu zaś wyraźne polepszenie. Przykłady: 1) Dziewczynka 12-letnia, od kilku tygodni miewa gwałtowne bole napadowe w okolicy lędźwiowej z obu stron, z dreszczami i gorączką podczas napadu; mocz mętny z krwią. Leczenie zapomocą cewnikowania (*à demeure*), salolu i wody destylowanej pozostało bez skutku. Owszem, napady powtarzały się coraz częściej. W klinice prof. ROVSING'a stwierdzono przy badaniu mocz ciemny z dużą ilością białka, ropy i bakterii. Zastosowano w ciągu miesiąca 9 szczepień podskórnych szczepionki okrężnicowej w ilości od 10-ciu do 100 milionów. W ciągu leczenia stan ogólny wybitnie się poprawił, ciepota spadła do normy, mocz utracił czynniki patologiczne. Po

parokrotnem jeszcze przemyciu pęcherza moczowego roztworem lapisu, chorą wypisano z kliniki jako zdrową. Wyleczenie odtąd jest trwałe. 2) Chory 47-letni. Od 2-u miesięcy napadowo krwimocz, gorączka, bole gwałtowne w okolicy nerek. Prześwietlenie zapomocą promieni X nie stwierdziło kamicy. W moczu ropa i obfitość lasecznika okrężnicowego. Przejściowa poprawa przy leczeniu pospolitem. Po 12 tu wstrzyknięciach od 25—1000 milionów szczepień—wyleczenie trwałe. W obu przypadkach odporność czynna, zyskana dzięki szczepieniom, dała możność chorym zwalczyć ostre napady zapalenia okrężnicowego miedniczek nerkowych i nerek i zapobiegła nawrotom choroby. W innym przypadku leczenie szczepionkowe zakończyło napady zakażenia miedniczkowego po 6-in wstrzyknięciach od 100 do 500 milionów. Pozatem wyleczenie osiągnięto jeszcze w 4-ch przypadkach zapalenia okrężnicowego miedniczek. Dodać należy, że leczenie szczepionkowe nie wpływa samo przez się na zniknięcie bakterii z moczu, jakkolwiek uodporniało czynnie ustrój przeciwko nim. Dlatego autor zaleca parokrotne przepłukanie dróg moczowych na zakończenie leczenia roztworem lapisu.

W drugiej seryi spostrzeżeń, obejmującej przypadki mocno zastarzałe, od dawna leczone bezskutecznie zwykłemi metodami, terapia szczepionkowa mimo to dawała niejednokrotnie polepszenie. Autor opisuje przypadki ciężkich zakażeń dróg moczowych, trwające od lat 15-tu z poważnemi powikłaniami, w których osiągnięto wybitną poprawę po paromiesięcznem stosowaniu szczepionek. W 3-ch przypadkach kamicy nerkowej, powikłanej zakażeniem okrężnicowem, osiągnięto zupełne wyleczenie; *bacteriuria* zresztą pozostała. Mimo leczenia pospolitego, które najczęściej stosowano uprzednio w przytoczonych przypadkach, autor nie wątpi, że leczenie szczepionkowe przyczyniało się tu głównie do poprawy.

Odczyn miejscowy, czy ogólny, jaki widywano po zastosowaniu wysokich dawek [powyżej 500 milionów], nie miał złośliwego charakteru; bez dawek takich zresztą, zdaniem autora, obejść się można. Z tem zastrzeżeniem leczenie powyższe ma być najzupełniej niewinne.

(*La Presse médic.* 1910. Nr. 12).

W. Starkiewicz.

31. L. Jehle i M. Pincherle. O indywidualnej florze okrężnicy w wieku dziecięcym.

ESCHERICH pierwszy wyraził przekonanie, że flora jelit u ssawców nie stanowi przypadkowej mieszaniny grzybków, dostających się tu wraz z pokarmami, ale że powstaje ona poniekąd samodzielnie w samych jelitach i składa się z indywidualnie przystosowanych i zmienionych bakterii, przynajmniej w stosunku do laseczników okrężnicy. Prawdziwość tego poglądu udowodnić można zapomocą zjawiska aglutynacji, gdyż jak wiadomo, surowica o własnościach aglutynacyjnych działa zwykle tylko na ten gatunek bakterii, pod którego wpływem się wytworzyła. To też surowica każdego człowieka aglutynuje tylko ten szczep lasecznika okrężnicy, który przebywa w jego jelitach, przyczem krew noworodka nie zawiera zupełnie substancji aglutynujących, które tylko stopniowo z biegiem czasu wytwarzają się w ustroju na drodze autoimmunizacji.

Autorzy wyhodowali z stolca 2¹/₂-miesięcznego oseska osobno obok prawdziwego szczepu okrężnicy i t. zw. grupę *paracoli* laseczników, morfologicznie różniącą się od pierwszego. Przez zaszczepienie dwom królikom tych hodowli otrzymali oni dwie surowice aglutynujące; przyczem okazało się, że każda z nich aglutynowała oba szczepy bakteryjne, a pod względem morfologicznym różniące się między sobą dość wyraźnie, natomiast nie działały one zu-

pełnie na takie same bakterye, pochodzące od 20-tu innych dzieci, pomiędzy którymi było nawet jedno karmione tą samą piersią, co dziecko pierwsze. Widzimy więc, że nawet dwa różne pomiędzy sobą szczepy bakteryi—o ile tylko pochodzą od tego samego osobnika—są pod pewnym względem niejako spokrewnione, niż identyczne gatunki, pochodzące od dwu różnych osobników.

Dana surowica przez długi czas aglutynowała florę jelit danego oseska i dopiero zmiana pokarmu [dokarmianie] po pewnym czasie powstrzymała to zjawisko.

Jeżeli do danego ustroju wprowadzimy *per os* laseczniki okrężnicy lub morfologicznie do nich zbliżone bakterye (*paracoli*), pochodzące od innego osobnika, to zostają one szybko wydzielone z kałem, jakkolwiek w tym ostatnim nie udaje się znaleźć osobistych laseczników okrężnicy danego ustroju. Przy zarażeniu bakteryami, pod względem morfologicznym daleko stojącymi od laseczników okrężnicy, te pierwsze znacznie później zaczynają być ze stolcem usuwane.

(*Wien. klin. Woch.* 1910. Nr 3).

A. Lande.

32. J. Friedenwald i T. F. Leitz. Doświadczenia nad zawartością bakteryi w kale i poszukiwania nad wartością niektórych środków przeciwnilnych.

Autorzy przeprowadzili szereg badań kału nad zawartością bakteryi metodą STRASBURGER'a, opisaną w *Zeit. f. klin. Med.* 1902 str. 413, a polegającą na tem, że kał macerowany wodą poddaje się centryfugowaniu. Bakterye pozostają w wodzie, a cząsteczki kału opadają na dno. Płyn miesza się z alkoholem i na nowo poddaje centryfugowaniu. Wtedy bakterye opadają na dno i mogą być zebrane i zważone po wysuszeniu. W ten sposób S. doszedł do wniosku, że u człowieka zdrowego przy normalnem pożywieniu trzecia część suchej substancyi kału przypada na bakterye. Dzienna ilość wysuszonych bakteryi w kale wynosi u człowieka chorego przeciętnie 8 gramów, w różnych cierpieniach kiszki waha się od 14—20 gramów, w przewlekłym zaparciu stolca 5,5 grm, a nawet jeszcze mniej aż do 2,6 grm.

Wykonano w ten sposób 14 badań u ludzi przy prawidłowej dyecie i 14 badań u ludzi, cierpiących na rozmaite zaburzenia kiszki. Ze środków przeciwnilnych wybrano: β -naftol, bizmut salicylowy, salol, aspirynę, ichtalbinę, laktobacyllinę, tiokol, sublimat i tymol. Wnioski autorów są następujące:

- 1) Regulowanie diety i opróżnianie kiszki jest najlepszą metodą, zmniejszającą zawartość bakteryi w kiszki;
- 2) β -naftol i salicylan bizmutu okazały się najlepszymi środkami przeciwnilnymi dla kiszki u ludzi normalnych, aspiryna i ichtalbina działają słabo, salol wcale nie działa;
- 3) działanie antyseptyków kiszkowych w zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych jest tak nieznaczne, że daleko lepsze wyniki otrzymuje się przez uregulowanie diety.

(*The american Journal of the medical sciences*, 1909, listopad). A. Puławski.

33. Promienie ultrafioletowe i ich własności bakterycydyjne.

Dobroczynne działanie słońca na człowieka, zwierzęta i rośliny, jak również wpływ jego na zdrowotność są oddawna znane. Działanie to objaśniano własnościami światła słonecznego sprzyjającego utlenianiu. Teorya powyższa podlegała żywej dyskusyi i liczyła wielu przeciwników. Dopiero praca MARSCHALL-WARDA z roku 1894 posunęła sprawę naprzód. Badacz ten, rozdzie-

lając promień światła słonecznego zapomocą pryzmatu kwarcowego na części składowe widma, starał się określić własności bakteriobójcze nie tylko części dostrzegalnej, ale i ultrafioletowej. Doświadczenia wykazały, że działanie bakteriobójcze jest największe w części ultrafioletowej i stopniowo się zmniejsza w kierunku promieni o większych falach. Powstała potrzeba określenia bliżej charakteru promieni ultrafioletowych i ich własności fizycznych; nie znano jednak źródła światła, posiadającego dostateczną liczbę promieni. Światło słoneczne poza wieloma niedogodnościami zawiera tych promieni b. mało, znaczna bowiem liczba bywa pochłonięta przez atmosferę. FINESEN, jako źródła światła używał lampy elektrycznej z łukiem węglowym, a później z łukiem żelaznym; ta ostatnia dawała jednak zmienne światło i ulegała znacznym wahaniom. Poszukiwano więc dalej i w r. 1901 udało się COOPER-HEWITT'owi zbudować lampę o łuku rtęciowym, niezwykle bogatą w promienie ultrafioletowe. Lampa ta dla celów leczniczych i chemicznych posiada rurkę z kwarcu, anodę z węgla, katodę z płynnej rtęci. W chwili zapalania iskra przebiega przez rurkę i zmienia rtęć w parę, pierwotnie znaczny opór zmniejsza się nagle i przepuszcza prąd o napięciu 82—87 volt. Lampka daje linię świetlną długości 60 mm. i szerokości 10-u mm. przy 110-u voltach, a przy 220-u linia świetlna wydłuża się do 130-u mm.; lampki dają światło bardzo stałe. Co do własności fizycznych stwierdzono, że promienie ultrafioletowe są wynikiem falowania eteru i zajmują miejsce poza dostrzegalną częścią widma, pomiędzy promieniami o długości fali od $0\mu 4$ do $0\mu 1$; ulegają łatwo wchłanianiu; przechodzą przez kwarc, szpat, fluor, szpat islandzki, czystą wodę i specjalne szkło zwane uviol; powietrze częściowo je pochłania, znacznie promienie o mniejszej fali. Dzięki znajomości tych własności fizycznych można oddzielnie badać promienie ultrafioletowe o różnych falach. Co do własności ogólnych, to są one bardzo różne. Promienie te zabarwiają na kolor fioletowy szkło, co widać na długo używanych lampach elektrycznych, pobudzają do silnego świecenia ciała fosforyzujące, sprzyjają powstawaniu ozonu i tlenu i utlenianiu powierzchni metalowych. Ponieważ własności lecznicze dość obszernie zostały opracowane przez FINESEN'a i jego następców, przeto zwrócono się obecnie w kierunku wyzyskania ich własności bakteriobójczych. Przy tych badaniach należy zwracać uwagę na własności chemiczne i fizyczne podlegających oddziaływaniu płynów. HENRI i STODEL stwierdzili, że siła bakteriobójcza zwiększa się odwrotnie do odległości i wprost do siły lampy. Ciepłota nie wywiera wpływu; wrażliwość oddzielnych rodzajów bakterii jest różna. Lampa o 110-u voltach, ustawiona w odległości 20-u ctm. od naczynia ze 130 ctm. zawiesziny bakteryjnej, zawierającej 10.000—100.000 bakterii w 1-ym ctm. sz., zabija: gronkowca w 5—10", przecinkowca cholerycznego w 10—15", lasecznika okrężnicy w 15—20", lasecznika tyfusowego 10—20", lasecznika czerwonki 10—20", lasecznika zapalenia płuc w 20—30", zarodniki węgliką, tężca, lasecznika siennego, lasecznika obrzymiego w 20—30".

Promienie ultrafioletowe działają na same bakterie, ponieważ działanie to jest jednakowe w próżni, w atmosferze gazu obojętnej, jak również i w powietrzu, a wielogodzinne oddziaływanie na środowisko nie przeszkadza rozwojowi wprowadzonych do niego później bakterii. Doświadczenia te przeczą teorii opartej na utlenianiu. Promienie ultrafioletowe znalazły już zastosowanie w życiu praktycznym dzięki zbudowaniu odpowiednich aparatów do sterylizacji wody, masła i mleka, i jak stwierdzono, nie powodują żadnych dostrzegalnych zmian chemicznych. Działanie na oczy jest bardzo szkodliwe, a zabezpieczyć się od niego można przez użycie szkieł „euphos“, zawierających sole chromowe.

34. Ch. Elsberg, H. Neuhof i S. H. Geist [Nowy Jork]. Odczyn skórny u chorych na raka, otrzymywany zapomocą podskórnych zastrzykiwań czerwonych ciałek krwi ludzkiej.

W guzach złośliwych znajdują się substancje, które działają trująco na czerwone ciała krwi; natura tych jądów nie jest jeszcze poznana, ale o niektórych z nich wiadomo, że należą do kategorii lizyn.

Krew rakowatych, jak to wykazały badania CRILE'a, w 50% posiada własności hemolityczne, ale własności takie posiada i krew innych chorych nie można przeto zużyć tego faktu do celów rozpoznawczych. WEIL, jeden z pierwszych, który się tą sprawą zajmował, wyraził nadzieję, że to się może udać przy udoskonaleniu metod. Dotychczas wykonywano próby hemolizy *in vitro*. Autorzy proponują je wykonywać *in vivo*. W tym celu biorą krew z żyły osobników zdrowych¹⁾ [najlepiej dzieci], w ilości 5—10 ctm. sz., odwłókniają ją i przenoszą do wyjałowionych rurek, napełnionych roztworem fizyologicznym soli. Rurki poddają 4-krotnemu centryfugowaniu, za każdym razem po 10 minut, po każdym centryfugowaniu zdejmują górną warstwę, dodając na nowo roztworu soli. W ten sposób otrzymuje się mniej więcej 20%-a zawiesina (*suspension*) przemytych czerwonych ciałek. Rurki trzyma się 24—48 godzin w lodowni i zawartość ich powinna być zużyta w ciągu 3-ch do 4-ch dni.

Zastrzykuje się pod skórę 5 kropeł zapomocą zwykłej szprycy przy zachowaniu wszelkich przepisów aseptyki.

Odczyn zjawia się przeciętnie w 5 godzin po zastrzyknięciu i dochodzi do szczytu w 6—8 godzin. Odczyn polega na zaczerwienieniu skóry w postaci nieregularnego owalu, niekiedy z bladawą otoczką. Cała przestrzeń odczynu [$\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{5}$ ctm.] ma wyraźne granice i jest nieco wypukła, robiąc wrażenie wysięku. Odczyn znika po 6—12 godzinach, pozostawiając po sobie żółte lub zielonawe zabarwienie [siniak]. W razie braku odczynu na skórze znajdujemy tylko ślad ukłucia i nieznaczne plaskie wzniesienie. Odczyn najlepiej jest oglądać przy jasnym świetle dziennem.

Autorzy wykonali 684 zastrzykiwań u 432-u chorych, otrzymując odczyn dodatni w 62-u przyp. wyraźnego raka, stwierdzonego przez badania pośmiertne, operację lub widoczne objawy na 69 przypadków [w 5-u był odczyn ujemny, w 2-u—wątpliwy]. W 9-u przypadkach podejrzanym o raka, w 7-u otrzymano wynik dodatni, w 2-u wynik ujemny.

W 11-u przypadkach raka rozsialego lub rozpadającego się otrzymano odczyn ujemny.

W 325-u przypadkach nie podejrzanych o raka w 307-u otrzymano odczyn ujemny, w 15-u dodatni, w 3-ch wątpliwy.

Co do przypadków niewątpliwego raka, otrzymano odczyn dodatni w 21-m przyp. raka żóładka [na 22], w 3-ch przyp. raka przelyku [na 5], w 4-ch przyp. raka kiszki prostej [na 5], w 4-ch przyp. raka macicy [na 4] i t. d.

Autorzy wyliczają wszystkie przypadki nierakowe [15], w których otrzymano odczyn dodatni; znajdujemy wśród nich różne cierpienia—od neurastenii do niedokrwistości złośliwej zakończonej śmiercią.

Wnioski:

1) Zastrzykiwania czerwonych ciałek ludzkich, przygotowanych w sposób wyżej opisany, w pewnych przypadkach wywołują odczyn skórny w miejscu zastrzyknięcia bardzo charakterystyczny i dający się łatwo rozpoznać [podano 3 kolorowane rysunki];

¹⁾ Krew zwierzęca, ani krew od kilku osobników zmieszana—do tego się nie nadaje,

2) znaczna większość chorych, u których odczyn ten wystąpił [89,9%], cierpiała na raka;

3) znaczna większość chorych, u których odczynu tego nie było [94,3%], raka nie miała.

(*The american journal of med. sciences.* 1910, luty). A. Puławski.

35. M. Letulle. Leczenie gruźlicy płuc surowicą Marmorka.

Autor, za zgodą MARMORKA, wyłączył od prób chorych lżejszych i ograniczył je tylko do chorych z gruźlicą postępującą, z codzienną znaczną gorączką i lasecznikami KOCHA w płwocinie. Stosowanie surowicy rozpoczynał po kilkotygodniowym co najmniej spostrzeganiu chorych w warunkach zwykłego leczenia szpitalnego, kiedy w terminie tym nie ujawnił się pomyślny wpływ samego wypoczynku i lepszego żywienia.

Z pomiędzy kilkunastu takich spostrzeżeń przytoczono szczegółowo jedno tylko, w którym wynik doświadczenia osiągnięto najbardziej pomyślny. Chory lat 24-ch przybył do szpitala Boucicaut w dniu 20. X. 1908 z objawami znacznie posuniętej gruźlicy prawego szczytu i nacieczeniem obu strun głosowych z rażąca anemią, wybitnem osłabieniem ogólnem, gorączkowemi podniesieniami wieczornemi powyżej 39°. Waga 59 kgm., w płwocinie stale liczne laseczniki.

Do grudnia, mimo wielkich wahań gorączkowych, chory cokolwiek się poprawiał, zyskał na wadze; od stycznia 1909—już stale postępujące pogorszenie, szybkie chudnienie.

Od dnia 22. I. rozpoczęto wstrzykiwania podskórne surowicy MARMORKA, których wykonano do dnia 15. III. ogółem 12. Wobec lekkich objawów anafilaksy [wysypka rumieniowa w pobliżu miejsc ukłucia] od dnia 17. III. stosowano surowicę w postaci lawatyw i do dnia 25. X., t. j. w przeciągu ośmiu miesięcy, zużyto w ten sposób 560 cm. sz. surowicy.

Wynik leczniczy był uderzający. Poczynając już od końca marca [t. j. po miesiącu leczenia] ustały podniesienia gorączkowe ciepłoty wieczornej, która odtąd zaledwie 2—3 razy w miesiącu dosięgała 38°. Waga wzrastała stopniowo aż do 66-u kgm. Objawy wierzchołkowe zmniejszyły się niewiele, krtańowe w znacznym stopniu ustąpiły. Laseczników w płwocinie znajdowano coraz mniej, a od października nie znajdowano wcale. Poza tem jednak wyjątkowym spostrzeżeniem autor wydatniejszych polepszeń pod wpływem surowicy MARMORKA u swych suchotników dotąd nie zauważył.

(*Bulletin de la Société des hôpitaux.* 1910. Nr 41).

W. St.

36. Muralt. O leczeniu ciężkiej jednostronnej gruźlicy płucnej przez sztucznie wywołaną odmę piersiową.

Opierając się na spostrzeżeniach, dotyczących przypadków samowyleczenia gruźlicy płucnej w następstwie odmy piersiowej naturalnej, CARSON podał myśl [w połowie ubiegłego stulecia] zastosowania sztucznej odmy piersiowej w celach leczniczych. Myśl ta jednocześnie i niezależnie została wprowadzona w wykonanie przez MURPHY'ego w Ameryce, FORLANINIEGO we Włoszech i BRAUERA w Niemczech. Najodpowiedniejszym gazem do zabiegu okazał się azot. Sam zabieg może być wykonany cięciem metodą BRAUERA [Schnittmethode], której używał sam autor w swoich przypadkach, lub też przekłuciem metodą FORLANINIEGO [Stichmethode], która jest prostszą pod względem technicznym, przedstawia jednak większe niebezpieczeństwo. Następne operacje,

gdy już jest gaz w opłucnej, można wykonywać zapomocą trójgrańca, lub igły SAHLI'ego. Do wprowadzenia gazu służy aparat SAUGMANA, który daje możliwość dawkowania azotu i określenia zapomocą wodnego manometru ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej [podany jest rysunek i opis aparatu]. Połączysz aparat z jamą opłucnej, widzimy wahania oddechowe, które przy oddychaniu normalnem wynoszą 4—6 ctm. sz. wody, przy forsownem 12 i więcej. Przy pierwszym zabiegu ujemne ciśnienie początkowe w przypadkach autora wahało się pomiędzy 10 a 4 [zależnie od wielkości wolnej jamy opłucnej i miejsca otworu] przy zatrzymaniu oddechu. To ciśnienie ujemne daje nam wskazówkę, że nie w płucu, lecz w opłucnej jesteśmy. Najlepiej jest ograniczyć się jednorazowo do kilkuset ctm. sz. w celu uniknięcia powikłań, a następnie powtarzać zabieg. Nie należy przekraczać przy dawkowaniu wprowadzonego do opłucnej azotu 10 ctm. sz. ciśnienia [licząc od początku do końca zabiegu], a jeżeli wahania ciśnienia przy ruchach oddechowych stają się zbyt małe, to zabieg przerwać. Na początku leczenia można zabieg ten powtarzać co parę dni, później co tydzień, a następnie wciąż rzadziej. Podług doświadczeń autora zdrowa opłucna przy umiarkowanej odmie wysysa przeciętnie 100 ctm. sz. N. dziennie, chora znacznie mniej. W pomyślnych przypadkach dobre wyniki nie każą długo na siebie czekać: gorączka spada, samopoczucie poprawia się, waga przybywa i ciężko chory gruźliczy przeistacza się w ozdrowieńca. Na początku wskutek ucisku płuca ilość płwociny zwiększa się, a wraz z nią obficie wydzielają się laseczniki. Wkrótce następuje zwrot ku lepszemu. W kilku przypadkach autor zauważył, jak wybitna przedtem diazoreakcja znikła zupełnie w krótkim czasie. Wskutek ucisku na przeponę, zwłaszcza w przypadkach odmy lewostronnej, mogą powstawać dolegliwości żołądkowe, a wskutek przesunięcia serca—kołatanie serca. Wszystkie te jednak objawy szybko ustępowały w przypadkach autora. Zaburzenia trawienne pochodzenia toksycznego poprawiały się znacznie. Brak tchu, bez względu na ograniczenie powierzchni oddechowej, zmniejszył się po zabiegu, co dowodzi, że u chorych gruźliczych zależy on w dużej mierze od wpływów toksycznych. Odma podskórna, której czasami trudno uniknąć przy operacji, stanowi powikłanie nieznaczne i znika w ciągu dni kilku.

Pytanie teraz, jakie przypadki gruźlicy kwalikują się do podobnego leczenia? Tu zdania nieco się różnią. BRAUER, którego wskazówek ściśle trzyma się autor, radzi wybierać przypadki rozpaczliwe, w których już wypróbowano wszystkich metod leczniczych, a to ze względu na pewne niebezpieczeństwo omawianej metody. Jedno płuco obowiązkowo musi być zdrowe, lub przynajmniej wolne od czynnych ognisk gruźliczych. FORLANINI przekłada przypadki świeższe, gdzie niema zrostów i gdzie można przeto wywołać zupełny ucisk płuca. Ścisłe zbadanie chorego jest ważne i dla wyboru miejsca do operacji, którą wogóle najlepiej jest wykonywać w dolnych częściach płuca pomiędzy linią pachową przednią a tylną.

Na czem polega wpływ leczniczy zabiegu? Przedewszystkiem chodzi tu o wpływ mechaniczny: chory narząd jest tu postawiony w warunkach zupełnego spokoju, jamy w płucach ściśnięte do *minimum*, a wydzielina z nich usunięta przez ucisk. Warunki do aspiracji nie istnieją. Nie bez znaczenia pozostają też zmiany w krążeniu, wywołane przez ucisk płuca.

Jak długo należy podtrzymywać sztuczną odmę piersiową? Zależy to, rzecz prosta, od wypadku. Najkrótszy jednak termin od 6-u miesięcy do roku. Po zakończeniu właściwej kuracji chory taki powinien przez długi czas pozostać pod obserwacją lekarską, dopóki odma nie zniknie, lub nie przejdzie w stan stały.

W końcu pracy przytacza autor 12 spostrzeganych przez siebie przypadków i 6 zdjęć fotograficznych klatki piersiowej [RÖNTGEN]. Przypadki te

dały wyniki wielce zachęcające i upoważniły autora do wniosku, że sztuczna odma piersiowa zdobędzie sobie należne stanowisko w rzędzie innych metod leczniczych w gruźlicy płuc.

(*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 50 i 51).

M. Gliński.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie dnia 18-go stycznia 1910 r.

1) Sekretarz Stały odczytał wspomnienie pozgonne o długoletnim członku czynnym, drze APTEM.

2) LANDAU ANASTAZY demonstrował 48-letniego mężczyznę dotkniętego rozszaniem zapaleniem nerwów. Przypadek zasługuje na uwagę wobec ograniczenia się sprawy do kończyny dolnej prawej, oraz braku wyraźnych danych etyologicznych.

3) HEYMAN ALFRED przedstawił 5-letnią dziewczynkę z martwakiem ncha, wielkości bobu, usuniętym przez przewód słuchowy zewnętrzny.

4) RZĘTKOWSKI w imieniu swoim i KARASIOŃNY odczytał rzecz p. t.: „O odczynie CAMMIDGE'a.”

Sprawozdanie z tego odczytu, oraz z dyskusji pomieszczone niżej w sprawozdaniu z sekcji gastrologicznej.

Posiedzenie dnia 25-go stycznia 1910 r.

1) KNAPPE demonstrował chorą 22-letnią z twardziłą skórą (*sclerodermia*); przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle zmiany skóry, charakterystyczne dla wszystkich okresów rozwoju choroby według KAPOSI'ego; pewne światło w danym przypadku na charakter sprawy może rzucić dodatni wynik próby CAMMIDGE'a [schorzenie gruczołów wewnętrznych] oraz PIRQUET'a [podłoże gruźlicze].

2) ŁAPIŃSKI TEODOR wygłosił odczyt: „Uraz a, choroby umysłowe“. W pracy tej, opartej na literaturze 20-u lat ostatnich i na 28-u własnych przypadkach, autor dochodzi do wniosków następujących: 1) uraz w wywiadach nie wystarcza, by psychozę nazwać urazową, gdyż sam przez się tylko w razach wyjątkowych może powodować cierpienie umysłowe; 2) zwykle wespół z urazem istnieją jeszcze inne czynniki etyologiczne; 3) zwracać przeto należy baczną uwagę na wywiady; 4) uraz bywa często skutkiem choroby umysłowej, względnie — choroba umysłowa istnieje przed urazem; 5) wobec braku objawów charakterystycznych, większość t. zw. psychoz urazowych mieści się swobodnie w ramach innych cierpień umysłowych. Niema przeto potrzeby wyodrębniać takie przypadki w oddzielne postaci chorobne; 6) rozwojowi symulacji i przesadzaniu swych dolegliwości wiele sprzyja brak szczegółowych opisów przypadków z jednej strony, i starannych oględzin lekarskich poszkodowanego z drugiej.

W dyskusji RYCHLIŃSKI, zbaczając od właściwego tematu, podnosi sprawę o odszkodowaniu, sądząc, że tak zwana natrętna myśl otrzymania tegoż (*Begerungsvorstellungen*) gra nie małą rolę w przejawach nerwowości u poszkodowanych i zaznacza, że lekarze [biegli] mają możność zmniejszenia granic rozwijającego się w tym kierunku pieniactwa.

PRĘGOWSKI wyraża przekonanie, oparte na spostrzeżeniach swoich, że uraz u zupełnie zdrowego i nieobarczonego osobnika nie jest w stanie wywołać choroby umysłowej; ani nerwicy, a może być w poszczególnych przypadkach tylko czynnikiem ostatnim w liczbie wielu innych.

Wiceprezes HEWELKE zapytuje dlaczego prelegent wbrwał wywodom

swoim zaznacza, że w przypadkach wyjątkowych uraz może wywołać psychozę.

ŁAPIŃSKI zaznacza, że nad nerwicami nie zastanawiał się w swej pracy, i wobec stosunkowo niewielkiej liczby własnych obserwacji, wstrzymuje się od wniosków zbyt kategoriycznych.

A. L.

SEKCJA GASTROLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 17 listopada 1909 r.

I) TUCHENDLER przedstawił chorego z samoistnym rozszerzeniem przełyku, spowodowanym przez przewlekły skurcz wpustu. [Patrz Nr. 6-y Gaz. str. 142].

KNAPPE przedstawił 124 kamienie żółciowe, które wyszły *per vias naturales*. Przypadek dotyczył mężczyzny 47-letniego, który od 1½ roku doznawał napadów kolki żółciowej, powtarzających się mniej więcej raz na miesiąc i trwających 2—3-ch dni. W ostatnich czasach ataki występowały jeszcze częściej, aż wreszcie wystąpiła żółtaczką. Przy badaniu znaleziono powiększenie wątroby [4 ctm. pod łukiem żebrowym], bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego. Kuracja polegała na stosowaniu okładów gorących, morfiny i soli karlsbadzkiej. W dwa dni później nastąpiła nagle poprawa, poczem w wypróżnieniu znaleziono 37 kamieni żółciowych; żółtaczką i powiększenie wątroby szybko ustąpiły. W tydzień później obraz kliniczny powtórzył się z poprzedniem natężeniem, poprawa nastąpiła również raptownie, i w stolcu znaleziono 87 kamieni żółciowych. Kamienie wielkości grochu polnego i mniejsze, są barwy jasno-żółtej z licznymi fasetkami na powierzchni, o ciemnym jądrze wewnątrz. Przy badaniu chemicznem otrzymano kryształ cholesterolu. Chory przechodził tyfus brzuszny w 18-ym roku życia. Badanie przedmiotowe zmian w innych narządach nie wykryło. Chory podobno wkrótce przeszedł 3-ci atak choroby i znowu wynalazł parę kamieni w wypróżnieniach. O tego czasu [2 mies.] czuje się zupełnie zdrowym.

SIERPIŃSKI przedstawił kamienie żółciowe, pochodzące od chorej, która leczyła się u niego w lecznicy. Chora, lat pięćdziesiąt kilka mająca, od dwudziestu kilku lat ma już napady kamicy żółciowej.

Pierwszy atak wystąpił w kilkanaście dni po porodzie. Wszystkie ataki przechodziły bez gorączki i były bezskuteczne. Ostatni atak, jaki miał miejsce przed rokiem, był bardzo silny i trwał dni 4. Po ustąpieniu ataku w następstwie przez dni 9 chora nie mogła oddać stolca z powodu przeszkody, którą odczuwała w kiszce stolcowej.

Wreszcie zdecydowała się sama sobie usunąć tę przeszkodę i wydobyla kamień wielkości orzecha włoskiego z fasetkami na dwu biegunach, lekki, koloru ciemno-brunatnego. Po usunięciu kamienia chora oddała znaczną ilość stolca, w pośród którego siedziało jeszcze 13 mniejszych kamieni różnej wielkości.

Widzimy więc, że kamień, względnie niezbyt duży, spowodował czasowe zatkanie kiszek i dzięki tylko temu, że zatkanie nastąpiło w miejscu dostępnem, łatwo usunięte być mogło.

EIGER pokazał kamień, tkwiący we wspólnym przewodzie żółciowym, wielkości kurzego jaja. Przewód wspólny był wybitnie rozszerzony. Pęcherzyk żółciowy zmniejszony znacznie, o ściance zgrubiałej, wypełniony żółcią.

W dyskusyi REJCHMAN uważa przypadek KNAPPEGO za dość rzadki; sam również spostrzegł podobny przypadek, w którym całymi tygodniami wychodziły drobne kamyki żółciowe, ogółem kilkaset.

REJCHMAN z powodu mającej nastąpić na posiedzeniu demonstracji preparatów mikroskopowych, przedstawiających skrawki, otrzymane z cząstki nowotworu, usadowionego w dolnym odcinku kiszki zgiętej—wypowiada kilka słów objaśnienia, w jaki sposób udało mu się rozpoznać chorobę.

Chory 50-kilkoletni mężczyzna, dobrze odżywiony i czerstwo wyglądający, doznaje od lat 10-u zaburzeń w defekacji: stolce bywały dość często rozwolnione, zawierały znaczną ilość śluzu, a w ostatnich czasach bardzo często były krwią świeżą zabarwione. Badanie fizykalne narządów brzusznych i badanie odbytnicy palcem nie dało żadnych wyników. Dopiero zapomocą rektoskopu udało się ujrzeć w dolnej części kiszki zgiętej, tuż poza *plica recto-romana*, w głębokości 15—16-u ctm. od odbytu, na przestrzeni 4—5-u ctm. wgłąb, kilka łatwokrwiąjących guzków, z których jeden wielkości małego orzecha laskowego, a inne mniejsze. Guziki te mają tak miękkie utkanie, że koniec rektoskopu odrywa z nich po każdorazowym badaniu dość duże cząstki. Mikroskopowe badanie tych cząstek, dokonane przez kol. EIGER'a, wykazuje, iż przedstawiają one budowę polipów kiszkowych z tendencją w niektórych miejscach do wytworzenia się tkanki charakterystycznej dla gruczolaka złośliwego (*adenoma malignum*). REJCHMAN zaznacza, że rozpoznanie choroby w danym przypadku stało się możliwe dzięki jedynie rektoskopii i że fakty tego rodzaju wykazują wysoką wartość tej nowej metody rozpoznawczej.

Przy tej sposobności REJCHMAN przedstawia dwa ulepszenia, które wprowadził do rektoskopu i do terapii rektoskopowej.

Dla otrzymania prądu elektrycznego do rozżarzenia lampki rektoskopowej zastosował małą baterję, złożoną z pięciu suchych elementów, która daje napięcie prądu równe 6-u woltom, zupełnie dostateczne do otrzymania dobrego oświetlenia. Taka bateria mała może oddać rektoskopii wielkie usługi i przyczynić się do rozpowszechnienia tej metody badania, dając możność stosowania jej w miastach i w domach, gdzie niema światła elektrycznego, tudzież zastępując kosztowne i prędko wyczerpujące się akumulatory. Jest łatwa do przenoszenia, tania i dobrze funkcjonuje przez długi przeciąg czasu. Bateria, na posiedzeniu przedstawiona, działa przez 2½ miesiąca, 2 lub 3 razy tygodniowo, za każdym razem po 20—30 minut. Obecnie daje takie same światło, jak przed dwoma miesiącami. Drugie ulepszenie wprowadził REJCHMAN do urządzenia insuflatora, mającego za zadanie pokrywanie leczniczymi proszkami błony śluzowej odbytnicy i kiszki, zgiętej za pośrednictwem rektoskopu. Taki insuflator urządził w bardzo łatwy sposób, nasuwając na koniec zwykłego małego insuflatora rurkę gutaperkową długości 40-u ctm.; za pomocą tego prostego przyrządu dają się pokryć proszkiem różne miejsca, do których rektoskop dojść może.

EIGER opisuje zjawisko *polyposis intestinalis* z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego, przytacza zapatrywanie HAUSER'a i RIBBERTA i zwraca uwagę, że klinicysta zawsze powinien być ostrożnym, gdyż *polyposis intestinalis* jest często źródłem uporczywych krwawień, nieraz wywołuje stany zapalne i zwężenia światła kiszki. Ważny jest fakt, stwierdzony przez autorów, że z *polyposis* powstają gruczolakoraki.

II. RZĘTKOWSKI i KARASIÓWNA. O odczynie CAMMIDGE'a.

Streszczając istniejące w piśmiennictwie poglądy na wartość odczynu CAMMIDGE'a dla rozpoznawania chorób trzustki, podają autorowie własne spostrzeżenia przy badaniu pięćdziesięciu kilku przypadków rozmaitych chorób trzustki.

Na zasadzie 9-u przypadków sekcyjnych i operacyjnych, oraz na zasadzie badań wyciągów z narządów wewnętrznych, jak trzustka, śledziona, wątroba, poddanych bądź samotrąwieniu, bądź gniciu, dochodzą autowie do następujących wniosków:

1) Odczyn CAMMIDGE'a występuje najczęściej przy zmianach chorobnych trzustki;

2) występuje on i w innych stanach chorobnych, związanych z większym rozpadem jąder komórkowych narządów mięsowych;

3) ciało, dające charakterystyczne dla odczynu kryształowy, jest prawdopodobnie produktem rozpadu jąder komórkowych narządów mięsowych, zwłaszcza zaś glukonu—eleoproteridu, który po zagotowaniu z kwasem solnym rozszczepia się na pentozę i inne jeszcze ciała. Pentoza zaś z fenylhydrązną daje kryształ pentozanu—kryształ CAMMIDGE'a.

W dyskusji EIGER na podstawie swoich doświadczeń na psach i na zasadzie rozważań teoretycznych sądzi, że obecnie jeszcze jest przedwcześnie wydawać sąd o wartości odczynu CAMMIDGE'a i zwraca uwagę na często dający się spostrzeżeć brak krytycyzmu w wyciąganiu wniosków z danych doświadczalnych i klinicznych; zarówno sama trzustka, zaburzenia czynnościowe trzustki, jak i same kryształy CAMMIDGE'a są jeszcze dotąd mało zbadane, stanowi to jeszcze pole do dalszych zmuśnych dociekań.

RÓBIN sądzi, że próbę CAMMIDGE'a winniśmy uważać za jedno tylko ogniwo w łańcuchu objawów chorób trzustki i w każdym przypadku stosować wszystkie dostępne nam metody badania cierpień trzustki, jak oto—poszukiwać cukru w moczu, tłuszczu i trypsyny w kale, wykonać próbę glutoidową z jodem, próbę woreczkową SCHMIDT'a i t. d. Opierać się na samej tylko próbie CAM. nie powinniśmy już choćby dlatego, że nie potrafimy stanowczo poznać owych kryształów: w jednym przypadku te same kryształy uważane były przez jednego badacza za typowe kryształy CAM., drugi zaś wyraził w tym względzie wątpliwość.

LANDAU wątpli, czy pentoza jest owym ciałem, które daje odczyn CAM. i sądzi, że na zasadzie wyglądu samych kryształów nie można przyznawać dodatniego wyniku próbie CAM. Wogóle dopóki ciało otrzymane przy odczynie CAM. nie będzie ściśle zbadane i nosić będzie cechy pewnego mistycyzmu, nie można opierać się na próbie CAM. Wartość kliniczna próby CAM. jest, zdaniem L. przesadzona, większość autorów odmawia tej próbie znaczenia klinicznego, gdyż okazała się nieswoistą dla cierpień trzustki. LANDAU otrzymał dodatni wynik w przypadku lumbago. Tem mniej można opierać się na próbie CAM. przy wskazaniach do leczenia operacyjnego kamieni żółciowych. Co się tyczy próby woreczkowej, to L. i jej odmawia wartości.

KNAPPE uważa, że jakkolwiek daleko przyjemniej jest wykonywać próbę chemiczną, gruntownie zbadaną co do przebiegu odczynu chemicznego, tem niemniej zyskały sobie prawo obywatelstwa w laboratorium klinicznym liczne próby, zupełnie ciemne pod względem chemicznym. Do takich należą wszystkie niemal próby barwne, jak diazoreakcja, próby na pentozy, na barwki żółciowe KROKIEWICZA, na urobilinę i t. d. Z tego też względu nie można lekceważyć sobie próby CAMMIDGE'a, pomimo, iż kryształy, przy niej otrzymane, są niezawsze jednakowego kształtu, jednakowej topliwości i że powstają w moczu wraze obecności w nim niewiadomego ciała.

Przypadki spraw chorobnych trzustki, w których próba wypadła ujemnie, mówca tłumaczy sobie w ten sposób, że sprawa chorobna nie przeszkadzała widocznie sokowi trzustkowemu wydostawać się przewodami niezajętymi. Próba wypadła dodatnio jedynie wtedy, kiedy ma miejsce wewnątrz rezorbcyja produktów trzustki. Czy przewody były drożne, o tem nie tylko na podstawie badania makroskopowego, ale i mikroskopowego sądzić nie można.

MUTERMILCH zwraca uwagę na to, że absolutnie pewnych metod rozpoznawczych niema i sądzi, że w ocenianiu próby CAMMIDGE'a należy trzymać się zasady, że dodatni wynik jej nie przesądza sprawy, zaś ujemny—prze-

mawia przeciwko cierpieniom trzustki. Należy zawsze wykonywać próbę z moczem świeżym.

EIGER dodaje jeszcze, że trzustki w 30% przyp. mają dodatkowe przewody, nieraz nawet u psów są dodatkowe trzustki.

MALINIAK sądzi, że próba CAM. należy w każdym przypadku wykonywać kilkakrotnie, spostrzegł bowiem przypadek, w którym dwa razy był wynik ujemny, a za 3-im razem — dodatni.

REJCHMAN również sceptycznie odnosił się do próby CAMMIDGE'a, obecnie jednak badania RZĘTKOWSKIEGO i KARASJÓWNY przekonały go, że robić próbę w każdym podejrzanym przypadku należy, jednocześnie stosując wszelkie inne nowoczesne metody badania czynności trzustki, jak oto: poszukiwać trypsiny w kale i żołądku i t. d.

RZĘTKOWSKI odpowiada, iż inne metody badania czynności trzustki są celowe w tych tylko przypadkach, w których mamy do czynienia z bardzo silnym schorzeniem tego narządu, że próba CAM. wobec tego nie może być porównywana z innymi metodami, gdyż ma za zadanie wykazanie zmian w trzustce wtedy, kiedy inne metody dają wyniki ujemne. Opinia BRUGSCH'a w sprawie wartości próby CAM. nie jest miarodajna, wreszcie, że BRUGSCH stoi na zarzuconym już dziś zupełnie punkcie widzenia, jakoby odczyn CAM. spowodowany był przez obecność gliceryny w moczu. Do mistycznych reakcyi, jak słusznie zauważył KNAPPE, należy także dyazoreakcyja, która oddaje często
W. Robin.

Towarzystwo Hygieniczne.

WYDZIAŁ ZDROJOWISK.

Dnia 11-go b. m. kol. B. MALEWSKI wygłosił odczyt p. t. „O dyetetycznym leczeniu chorych w zakładzie w Grodzisku.“

M. przedstawił seryę opracowanych przez siebie tablic wartości spożywczej zarówno produktów surowych, używanych w polskiej kuchni, jak i gotowych potraw, podawanych chorem w zakładzie grodziskim. Tablice te mają ułatwić przystosowanie zwykłej naszej kuchni do wskazań dyetetyki. Uważając wraz z innymi autorami, że kuchnia polska obfituje w nadmiar tłuszczu i mięsa, usiłował M. usunąć tę jej wadę, przez wprowadzenie do kuchni grodziskiej szeregu potraw jaskich, wziętych z rozmaitych ksiąg kucharskich, wypróbowanych i zaakceptowanych ze względu na swój skład i smak. Dotychczas posiada M. już sto kilkadziesiąt potraw, które mu pozwalają na układanie odpowiednich dyet. Dyeta zwykła, przystosowana do najczęściej spotykanego typu chorych neuroartryków z upośledzonym odżywieniem, leniwym trawieniem, zawiera 110 grm. białka, 160—180 grm. tłuszczu [w tem 93 grm. w postaci nabiału], 400 grm. węglowodanów, 3800 kal. Dyeta ta, obfitująca w drzewnik, modyfikuje się u chorych anemicznych i z rozszerzeniem żołądka. Poza dyetą zwykłą są stosowane dyety: tuczająca, ochudzająca, sucha, małosolna, lekkostrawna i bezwęglowodanowa. Pracownia chemiczno-mikroskopowa, typu przeciętnego szpitalnego, pozwala na szczególne analizy moczu i kału. Tablice i odczyt będą ogłoszone w „Zdrowiu.“

Następnie kol. JAWORSKI mówił o projekcie opodatkowania w Austrii wód mineralnych naturalnych [nieleczniczych] i sztucznych, po 6 i 10 halerzy od litra. Projekt ten dotyka wody polskie, źródła: Józefiny i Magdaleny w Szczawnicy, jako szczawy alkaliczne, źródło Naftusi w Truskawcu, a także

wodę Krościeńską i z Wysowej. Projekt ten ze stanowiska ogólnego uważać trzeba za nieetyczny: jest to usiłowanie opodatkowania niejako zdrowia ogółu. Ze stanowiska higieny jest on szkodliwy, zmniejsza użycie wód gazowych i naturalnych t. zw. wód stołowych, które mają znaczenie i lecznicze, a używane w zastępstwie nie dobrej wody do picia, stanowią środek zapobiegawczy przeciw zachorowaniom przewodu pokarmowego. Użycie wód tych, jako napojów bezalkoholowych wpływa na zmniejszenie spożycia przez ludność alkoholu. Wydział postanowił przyłączyć się do protestu Komisji przemysłowo-lekarskich w Galicyi przeciwko projektowi temu.

Dr Jaworski.

List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

Z powodu pracy dra BOHDANOWICZA: „O surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA” [Nr 7-my Gaz. Lek.] muszę wypowiedzieć parę uwag, które mi się nasuwają przy stosowaniu surowic wogóle.

Przy cierpieniach przewlekłych surowica nie będzie mogła nigdy dać wyników zadowalających, gdyż każda surowica wywołuje stan nadwrażliwości. Szczególniej dotyczy to podskórnego stosowania przez czas dłuższy. Ani leczenie gruźlicy, ani leczenie nowotworów nie zyska, zdaniem mojem, nic na surowicy, jeżeli nie będą wynalezione sposoby pokonania nadwrażliwości posurowiczej. Przy małych ilościach i *per rectum* wpływ ten będzie mniej wyraźny wprawdzie, ale pomimo to może chorych i lekarza zniechęcić.

Co do zmian morfologicznych w prątkach gruźliczych - to nie zależą one tyle od leczenia surowicą, ile od metody barwienia, która jeżeli nawet będzie zupełnie jednakowa, możemy otrzymać bardzo rozmaite obrazy. Charakterystyką bakteryi gruźliczych jest ich ziarnistość, która występuje zawsze, staje się jednak mniej lub więcej wyraźną zależnie od sposobu i czasu barwienia i odbarwiania. Bakterye w hodowlach starszych trudniej się barwią, łatwiej odbarwiają i z tego powodu mogą częściej przedstawiać się jako ziarniste. Bakterye ze świeżych hodowli mniej wyraźnie przedstawiały ziarnistości. Nie jest wykluczonym wpływ odporności ustroju na wygląd bakteryi gruźliczych, nie można jednak nadawać temu zbyt wielkiego znaczenia.

Kraków, 22. II. 1910.

Prof. O. Bujwid.

Wiadomości bieżące.

— Ministeryum Spraw Wewnętrznych wydało pozwolenie na urządzenie w r. b. w Warszawie Zjazdu chirurgów polskich.

— W Polskiem Towarzystwie Okulistycznym w Warszawie wybrani zostali na r. b. na prezesa kol. B. ZIEMIŃSKI, na wiceprezesa kol. B. GERNER [syn], na sekretarza i skarbnika kol. L. ENDELMAN.

— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem utworzono sekcję pedyatryczną.

— Kasa chorych lekarzy w Stowarzyszeniu lekarzy polskich rozpoczęła swe czynności w d. 1-ym lutego. Z po między tych, którzy wyrazili chęć należenia do kasy, 120-u wpłaciło wpisowe po 5 rubli, co utworzyło fundusz zapomogowy 600-rublowy. W ciągu tego pierwszego miesiąca dwu członków otrzymało odszkodowanie: jeden rub. 35 za 7 dni choroby i drugi rub. 50 za 10 dni choroby.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od dnia 13-go do 19-go lutego do szpitali warszawskich przybyło 118 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 32, płonice 9, błonicą 5, różą 4, tyfusem plamistym 10, tyfusem brzuszny 11, grypą 7, zapaleniem płuc 36, kokluszem 2 i biegunką krwawą 2.

W tymże czasie zmarło osób 18, mianowicie: na ospę 6, płonice 1, błonicę 2, tyfus brzuszny 1, zapalenie płuc 8.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 13-ym lutego 3281, a w dniu 19-m lutego 3223 osób.

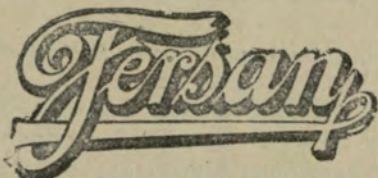
— Posiedzenie ogólne Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w dniu 16-m lutego roku bież. uchwaliło zasady ogólne zwalczania chorób zakaźnych, opracowane i przyjęte przez Komisję higieniczną. Za najważniejszą zasadę uznano słusznie, iż walka z chorobami zakaźnymi będzie wtedy skuteczną, jeż eli weźmie w niej udział całe społeczeństwo. Poprawa warunków higienicznych pod każdym względem, donoszenie o każdym przypadku choroby zakaźnej, dopilnowanie izolacji i dezynfekcyi, nadzór nad rekonwalescentami po chorobach zakaźnych, stworzenie posad lekarzy szkolnych, budowa nowych pawilonów dla chorych zakaźnych, zorganizowanie należyte służby zdrowia, oto są zasady proponowane przez Komisję higieniczną dla uzdrowotnienia Krakowa. Słowo w słowo moglibyśmy tego samego żądać dla Warszawy, tem bardziej, że posiadamy już jeden z warunków zdrowotności, t. j. kanalizację i dobre wodociągi. Pozatem kulejemy na wszystkich punktach tak samo, jak Kraków.

— Dnia 16-go kwietnia r. b. będzie otwarta w salach kontraktowych przy ulicy Senatorskiej [galerya LUXENBURGA] wystawa: „Czystość to zdrowie“, mająca na celu rozpowszechnienie zasad higieny wśród szerokich warstw społeczeństwa. Wystawa ma obejmować następujące działy: 1) Czystość w życiu dziecka. 2) Czystość w szkole. 3) Czystość osobista. Kąpiele, natryski, mycie rąk, bielizna, ubranie. 4) Czystość kuchni. Czystość pokarmów. 5) Czystość w mieszkaniu. Ściany, podłogi, sprzęty, przewietrzanie, ogrzewanie. 6) Czystość w biurach, urzędach, teatrach i salach publicznych. 7) Czystość w warsztatach i fabrykach. 8) Czystość na ulicy i w ogrodach publicznych. 9) Czystość na kolejach, w tramwajach i dorożkach. 10) Brak czystości a choroby. Wszelkich informacji udziela Biuro Wystawy przy ul. Senatorskiej Nr. 29.

— Podług wiadomości pism codziennych, cztery akademie francuskie, tworzące „l'Institut de France“, nie przyjęły zaproszenia do udziału w uroczystości z powodu setnej rocznicy istnienia uniwersytetu w Berlinie.

— Akademia Umiejętności w Bolonii ogłasza konkurs z fundacyi CYONA o nagrodę 3000 lirów za prace na tematy następujące: 1) Czynności serca, nerwów sercowych i naczyń ruchomych. 2) Czynności błędnika. 3) Czynności gruczołu tarczowego i przysadki mózgowej. Wyjaśnień udziela sekretarz Akademii EDO. GIACOMINI, Bologna, via Zamboni 33.

ŻELAZO!



FOSFOR!

**Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor
(Acidoalbumina)**

około 90% subst. białkowych, rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk.)

Kołaczyki fersanowe

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk.)

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.
Otrzytać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne pudełka opatrzone są różową banderolą z podpisem: Dr. Bengué

Rtęć z Resorbina

Szara

Czerwona

Najezyściejsze leczenie wcieraniami.

Miareczkowane rurki szklane

15 i 30 grm. — 25 i 50 grm.

$33\frac{1}{3}\%$

50%

Próby i piśmiennictwo na żądanie.

ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION.

PHARMACEUT. ABTEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

WYDAWNICTWA GAZETY LEKARSKIEJ

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rossbach'a*. Cena Rb 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofercie złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothe'go* Dzieło oryginalne.. Cena Rb. 1 kop. 80 z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof *F. A. Hoffman'a*. (wyczerpane)
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana* Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie. Wydanie drugie opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autora opracowane i powiększone dodatkiem części pierwszej „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego*, ordynatora szpitala Sw. Ducha w Warszawie. Cena Rb. 5 kop. 50. (wyczerpane).
11. **Histerya** — *Gilles de la Touree* — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*.
Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
Tom. drugi. Cena. „ 4 „ 50, „ 5 „ —.
13. **Wykłady chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A Sokołowskiego*.
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysukami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40.
II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3. w oprawie 3 kop. 50. Przes. kop. 50.
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przesyłka kop 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosekatora Uniwers. Warszawskiego Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskiem *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysukami w tekście. Cena Rb. 4, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez *D-ra T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4 z przesyłką Rb. 4 kop. 50.