

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. O WYLEWACH MLECZKA do jam surowicznych ciała.

PODAŁ

*Stanisław Kamieński.*

*(Ciąg dalszy).*

III.

Jeżeli na zasadzie powyższych spostrzeżeń zechcemy sobie wyrobić pojęcie o przyczynach powstawania, rozpoznaniu, przebiegu i rokowaniu wylewów mlecza do jam ciała, to rzeczywiście nie wiele powiedzieć będziemy w stanie. Widzieliśmy, że można podzielić przyczyny te na dwie kategorie według tego jak je zaznaczali autorowie: 1-o przerwanie ciągłości, pęknięcie którego z naczyń mleczych i 2-o przesiek zawartości tych ostatnich do jam ciała.

Co do pierwszej kategorii przyczyn, to z przytoczonych historyj chorób widzieliśmy, że zaledwie raz (nie licząc przypadku Mortona, gdzie łatwo przypuścić, iż rana była zadana nożem anatoma przy preparowaniu przewodu) w przypadku Whitla'y mieliśmy rzeczywiście do czynienia z otworem w przewodzie piersiowym. Pęknięcia drobniejszych naczyń mleczych widzieli w jednym wypadku Quinke i Strauss. Nie mam powodu kwestyonować prawdziwości tych danych, zawsze jednak niezrozumiałym pozostanie mechanizm owych pęknięć. I w jedynym i w drugim przypadku pękły naczynia krezkowe, chociaż przesko-

da w krążeniu mleczka znajdowała się znacznie niżej, bo w naczyniach samej ścianki kiszek; w obu przypadkach przewód piersiowy i naczynia wierzchołka krezki były prawidłowe.

W ogóle cała sprawa pękania naczyń limfatycznych jest zupełnie niejasną. Dla tętnic i żył dowiedziono oddawna, że pękają samodzielnie przy ciśnieniach znacznie przewyższających normalne. Tak np.: podczas, gdy ciśnienie w tętnicy szyjowej wynosi średnio 200 mm. rtęci <sup>1)</sup>, ta sama tętnica pęka przy ciśnieniu 7—8 atmosfer t. j. prawie 29 razy większem. Żyły pękają jeszcze przy nieco większem ciśnieniu niż tętnice szyjowe tego samego zwierzęcia <sup>2)</sup>. Ciśnienie w przewodzie piersiowym (u źrebięcia) wynosi 11,5 mm. rtęci <sup>3)</sup> t. j. równa się mniej więcej ciśnieniu w żyłach szyjowych, które wynosi  $\frac{1}{20}$  ciśnienia odpowiedniej tętnicy <sup>4)</sup>. Otóż przypuściwszy, że nastąpiła zupełna niemożność wlewania się limfy do żył, przy pozostałych równych warunkach (jednakowem ciśnieniu tętniczem, żylnem i jednakowej produkcyi limfy i mleczka), to ciśnienie w przewodzie piersiowym zależeć będzie jedynie od ilości wyprodukowanej limfy. Otóż, przypuścimy, że dziennie wytwarza się dwa razy tyle limfy i mleczka ile ich w danej chwili znajduje się w naczyniach limfatycznych <sup>5)</sup>. Wtedy na drugi dzień po zatkaniu zupełnem obydwóch przewodów piersiowych ciśnienie w naczyniach limfatycznych powiększyłoby się 3 razy, na trzeci — 5 razy i t. d., to szóstego dnia ciśnienie w nich byłoby zaledwie 11 razy większe od nor-

<sup>1)</sup> Vierordt Physiologie d. Kindesalters w Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheiten. B. I, str. 316.

<sup>2)</sup> Grehand i Quinquaud Journal d'anatomie et de physiologie 1895, str. 287.

<sup>3)</sup> Weiss Experimentelle Untersuchungen über d. Lymphstrom. Virchow's Archiv 1861, XII p. 526.

<sup>4)</sup> Vierordt Anatomische Daten Tab. 1888, str. 112.

<sup>5)</sup> Obliczenie to nie jest naturalnie ścisłem, opieram je jednak na następujących danych. Ilość limfy i mleczka, znajdująca się w danej chwili w naczyniach limfatycznych wynosi średnio  $\frac{1}{10}$  wagi ciała. (Bidder i Schmidt cyt. u Vierordt'a l. c str. 153). Otóż według doświadczeń Weiss'a (Experimentelle Untersuchungen über d. Lymphstrom — Virchow's Archiv 1861. T. 22, s'r. 547 i 554—557) wypada, że przez naczynia limfatyczne i przewód piersiowy, zależnie od rodzaju pożywienia wypływa limfy resp. mleczka przez dobę ilość odpowiadająca  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$  wagi ciała. Według Colin'a, (Traité de Physiologie comparée des animaux 2-e wyd. Paryż. T. II. 1873, str. 227 i 232) ilość ta równa się u konia  $\frac{1}{6}$  wagi ciała; u człowieka  $\frac{1}{10}$ . Przyjmując że średnia ilość ta wynosi  $\frac{1}{6}$  nawet przy pożywieniu bardzo obfitem w tłuszcz, zdaje się, że nie omyłę się na niekorzyść ilości wlewającej się dziennie do żyły podobojczykowej limfy. A właśnie  $\frac{1}{6}$  wagi ciała równa się podwójnej ilości limfy znajdującej się stale w naczyniach.

(Przyp. autora).

malnego, a więc, sądząc z analogicznych faktów, co do żył nie wystarczałoby do przerwania ścianki naczyń limfatycznych. Rzeczywiście, A. Cooper<sup>1)</sup> przekonał się, że cysterna chyli nie pękała pod ciśnieniem 2 stóp rtęci, czyli 600 mm., a więc prawie pod ciśnieniem 50 razy wyższem od normalnego. Jeżeli ten sam A. Cooper przy podwiązywaniu żywym psom przewodu piersiowego znajdował, że cysterna chyli była przerwaną to słusznie powiada Schmidt-Mühlheim, że niewiadomo w jaki sposób przekonał się o tem, gdy nie robił nastryknięć przewodu piersiowego. Wtedy tylko albowiem twierdzić można, że naczynie zostało przzerwane, gdy masa iniekccyjna dostanie się do przestrzeni periwaskularnych; sama obecność mleczka w jamach brzucha i piersi niczego nie dowodzi. Tak Schmidt-Mühlheim podwiązywał psom obydwia przewody piersiowe, prócz tego wszystkie żyły szyjowe i podobojczykowe z obu stron i gdy psy zabijał, po 6-iu, 7-iu dniach, przy zupełnem ich zdrowiu, znajdował wprawdzie przestrzenie periwaskularne kanału piersiowego i górnej części pni limfatycznych biodrowych, przesiąknięte płynem mlecznym i nagromadzenie mniejszej lub większej ilości płynu mlecznego w jamach brzusznej i piersiowej, lecz nastrykując naczynia mleczne błękitem Berlińskim, przekonał się że nigdzie pęknięte nie były. Co więcej owe rozszerzono i przez tyle dni pod zwiększonym ciśnieniem pozostające naczynia były na tyle odporne, że mogły przez parę godzin pozostawać pod ciśnieniem 40—50 mm. rtęci, a więc 3—4 razy większem od normalnego i nie pękły<sup>2)</sup>. Zauważyć tu należy, że tego rodzaju stosunków, jak w doświadczeniach Schmidt-Mühlheim'a, w żyjącym organizmie być nie może. Zatorów ani w naczyniach limfatycznych ani żylnych nie bywa; zakrzepy zaś tworzą się powoli i nim nastąpią może się bardzo łatwo utworzyć krążenie oboczne. W samej rzeczy, jeżeli Schmidt-Mühlheim w swych doświadczeniach podwiązywał tyle żył, to dla tego, że się przekonał, iż od przewodu piersiowego idą często gałązki do żył prawej strony szyi. Meckel twierdzi, że ductus thoracicus nigdy, albo bardzo rzadko jest pojedynczy, że owszem towarzyszą mu zawsze gałązki uboczne, które to wpadają do niego, to wychodzą zeń. Oprócz tego naczynia wątroby, prawej strony piersi, szyi i głowy wpadają do ductus thoracicus dexter i żyły

<sup>1)</sup> Cyt. u Schmidt-Mühlheim. Getangt das verdoute Eiwers durch den Brastgany in's Blat-Du-Bois-Reymond Archiv (Anat.) n. Phylol. 1877, str. 557.

<sup>2)</sup> Schmidt-Mühlheim l. c. str. 557.

podobojczykowej prawej; jeżeli więc krążenie mleczka dla jakiegokolwiek przyczyny (zatkanie przez skrzep przewodu piersiowego lub żyły podobojczykowej lewej, ucisk przewodu przez nowotwory i t. d.) zostanie powstrzymane, to naczynia mleczne łączące się z naczyniami limfatycznymi wątroby mogą tworzyć krążenia oboczne <sup>1)</sup>. Dla tego to proste zatkanie przez skrzep duct. thoracicus albo żyły podobojczykowej lewej zwykle przechodzi bez następstw, jak było w powyżej przytoczonym wypadku Oppolzera. Tego samego rodzaju wypadki spostrzegali: A. Cooper trzy razy (krążenie oboczne utworzyło się przy pomocy naczynia, które wychodziło i wpadało do duct. thoracicus poniżej i powyżej przeszkody <sup>2)</sup>). Andral, (który nie spostrzegł żadnych zaburzeń w krążeniu limfy przy zatkanium zupełnem przewodu piersiowego masami rakowatemi i jednoczesnym skrzepie w żyłę podobojczykowej), Rust (przy przerośnięciu masami nowotworowemi duct. thoracici i cysterna chyli), Otto, Hopfengärtner u chłopca 8-letniego <sup>3)</sup>.

Bardzo ciekawym pod tym względem jest przypadek Scherb'a <sup>4)</sup>. Na sekcyi chorego, który za życia miał nieznaczny zresztą ascites chylosus, znalazł on w cisterna chyli rozerwanej kamień, poprzerzynany kanałami. Oczywiście zanim kamień przedziurawił zbiornik mleczny, mleczko zdołało sobie wytworzyć kanały w kamieniu (prawdopodobnie było to zwapnienie skrzepu). Z tego widzieć można, jak są odporne ścianki naczyń limfatycznych i z jaką trudnością pękają one pod ciśnieniem zawartości w nich.

Lecz nawet przypuściwszy, że pęknie którekolwiek naczynie limfatyczne, to nie idzie za tem, aby koniecznie wypływ z otworu był ciągły i obfity. W samej rzeczy krążenie oboczne przychodzi, dzięki wyżej wspomnianym stosunkom anatomicznym, bardzo łatwo do skutku. Że tak jest świadczą oprócz powyższych faktów klinicznych i doświadczenia robione nad zwierzętami. Naprzód co do dojścia do skutku krążenia obocznego Quinke <sup>5)</sup> robił mnóstwo podwiązań naczyń mlecznych w kreskach i nie otrzymał żadnych zaburzeń w krążeniu, raz widział on tylko rozszerzone i żyłakowate naczynia limfatyczne powyżej podwiązania.

<sup>1)</sup> Dr. V. Gjorgiewic. Ueber lymphorrhoe und Lymphangiome (Arch. f. Klin. Chir. 1871, XII, 689.

<sup>2)</sup> Cyt a Giorgjevic'a l. c.

<sup>3)</sup> Bögehold. Ueber Verletzungen d. ductus thoracicus Arch. f. Klin. Chir. 1883, XXIX, str. 451—452.

<sup>4)</sup> Cyt. u Boegehold'a l. c. str. 455.

<sup>5)</sup> Choroby naczyń i t. d., str. 263.

Jeżeli pomimo tego twierdzi Quinke dalej <sup>1)</sup> że „można przyjąć”, iż z powodu cienkości cianek drobnych naczyń limfatycznych te ostatnie rozrywają się łatwo przy zastojach w wielkich pniach, jak również, że wielkie pnie, gdy są uprzednio rozszerzone i ścięte, ulegają rozdarciu, to, zdaje mi się, że nie uwzględnia on swoich własnych doświadczeń, gdyż przecież w drobnych naczyniach krążenie oboczne powstaje natychmiast, a nim wielkie ulegną ścięciu, to rozszerzą się dostatecznie gałązki dla krążenia obocznego. Leuret i Lassaigne <sup>2)</sup> utrzymywali psy przy życiu pomimo podwiązania przewodu piersiowego. Jeden z tych psów żył 50 dni. Colin tak samo utrzymywał psy przy życiu przez 20—23 dni <sup>3)</sup>. Flandrin <sup>4)</sup> podwiązał u 10 koni przewód piersiowy i przez dni 14 nie wychudły one. Gdy konie zabito, przekonał się F. że duct. thor. nie miał gałęzi ubocznych, więc krążenie limfy musiało się odbywać przy pomocy naczyń wątroby, przepony i duct. thor. dexter. To samo znaleźli Dupuytren i Magendie <sup>5)</sup>. Jeden z koni z podwiązanym duct. thor. żył 6 tygodni. Tu wspomnieć również należy zaznaczane wyżej doświadczenia Schmidt-Mühlheim'a.

Co się tyczy ran przewodu piersiowego, to doświadczenia na zwierzętach doprowadziły do następujących rezultatów. Spinola <sup>6)</sup> zrobił 4 doświadczenia na psach ze zranieniem duct. thoracici. Rozdzierał on opłucną, wyjmował przewód na zewnątrz i ranił go pincetą. W pierwszym doświadczeniu, ductus był napełniony skrzeplą limfą, ale zranienie było tak nieznaczne, że mleczko nie wypływało. W drugim pies w zupełnym zdrowiu żył 6 dni, po zagojeniu się rany był zabity, lecz w okolicy rany znaleziono tylko nieznaczne wynaczenie mleczka, sama rana przewodu była zagojoną. W trzecim pies zdechł wskutek ropnia opadowego, wychodzącego z rany przewodu. (Oczywiście nastąpiło tu zakażenie wskutek operacji). Sam przewód był zapchany skrzeplą limfą, tak, że nie można było przechać przezeń masy iniekcyjnej. Tak więc nawet ropienie w pochwie nie sprowadziło wylewu zawartości do jam. W czwartym

<sup>1)</sup> L. c., str. 264.

<sup>2)</sup> Leuret et Lassaigne. Recherches physiologiques pour servir à l'histoire de la digestion Paryż. 1825, str. 178.

<sup>3)</sup> Colin l. c., str.

<sup>4)</sup> Flandrin cyt. u Nassc. Handwörterbuch d. Physiologie. Art. Chylus. B. I, str. 246.

<sup>5)</sup> Journal de Physiologie T. I, pag. 21.

<sup>6)</sup> Cyt. u Boegeholda l. c. str. 463.

wreszcie, pies, widocznie wskutek operacji, dostał zapalenia opłucny, z którego wyzdrowiał. Na sekcji znaleziono ductus thoracicus zagojony i wylewu soku mlecznego do opłucny nie było.

Boegehold powtórzył doświadczenia Spinali z zachowaniem ostrożności antyseptycznych. W pierwszych dwóch doświadczeniach zwierzęta żyły przez 8 dni w pełnym zdrowiu; gdy je zabito okazało się, iż mleczka wyciekło bardzo mało, otwór zaś w przewodzie był zatkany skrzepem tak silnie, że można było wpędzić pod wysokim ciśnieniem rtęć do żył. W trzech innych doświadczeniach, zwierzęta zdechły wskutek ucisku płuc, przez wielkie ilości nagromadzonego w opłucny mleczka. Najciekawszem jest ostatnie doświadczenie Boegehold'a. Psu według metody Schmidt-Mühlheim'a podwiązano wszystkie żyły szyjowe i przewód piersiowy. Na czwarty dzień po tej operacji przecięto przewód. Pies przez 72 godziny po przecięciu miał się dobrze i gdy go zabito znaleziono następujące stosunki. Przewód piersiowy i zbiornik mleczowy przepełnione były mleczkiem. Miejsce zranione zatkanie przez skrzep. Mleczka wypłynęło nadzwyczaj mało z powodu, że otwór w ductus był bardzo mały <sup>1)</sup>.

Powyższe fakty dowodzą, że jeżeli pęknięcie samodzielne przewodu piersiowego lub innych zdrowych naczyń limfatycznych nie jest absolutnie niemożliwem, to w każdym razie należy ono do faktów bardzo rzadkich, że, nawet gdy to pęknięcie nastąpi, limfa znajduje sobie drogę po naczyniach obocznych, samo zaś pęknięte naczynie szybko zatyka się skrzepem i zarasta. „Rany naczyń limfatycznych, mówi Weber <sup>2)</sup>, goją się bardzo łatwo. Trudność w gojeniu powstaje wtedy, gdy zranienie poprzedzało żylakowate rozszerzenie naczyń limfatycznych. Prócz tego gojeniu resp. ściągnięciu się ścianek naczyń, przeszkadza może opór otaczającej je tkanki, np. twardej mała podatnej powięzi. Dla tego to limfotoki zdarzają się najczęściej na grzbiecie stopy, na udzie, lub ręku”. Takiej powięzi wokół przewodu piersiowego i naczyń mlecznych i chłonnych w jamie brzusznej niema; tam więc naczynia chorobowo niezmienione powinny się goić łatwo.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń i faktów doświadczalnych wnioskować można, że, jakkolwiek pęknięcie samodzielne zdrowych naczyń mlecznych zdarzyć się może, to jednak uważać

<sup>1)</sup> Boegehold l. c. str. 463 — 465.

<sup>2)</sup> Weber Krankheiten d. Lymphgefäessystems w Pitha-Biltroth Chirurgie. T II cz. 2, str 63 — 64.

je za przyczynę wylewów mleczka do jam ciała można tylko w bardzo rzadkich przypadkach, wtedy mianowicie, gdy wszelkie inne przyczyny tych wylewów wykluczyć się da z pewnością. Zdaje mi się, że przebieg kliniczny przypadku może tu również być pomocnym przy postawieniu rozpoznania. W samej rzeczy, jeżeli choroba trwa długo, jeżeli ilość mleczka wylanego zwiększa się ciągle, to nawet w przypadkach gdzie istnieją zaburzenia w krążeniu żylnem nie mamy prawa wnioskować o pęknięciu zdrowego naczynia limfatycznego. Wybitnym tego dowodem jest ostatnie z przytoczonych wyżej doświadczeń Boegeholda. Pomimo możliwie niekorzystnych warunków krążenia limfy, takich, jakich prawie w naturze być nie może, rana przewodu mlecznego zasklepiała się szybko i wypływ mleczka był nieznaczny. Tem więcej wnioskować nie możemy o samodzielnem pęknięciu naczynia limfatycznego w tego rodzaju wypadkach jak mój i Wilhelm'a, gdzie mieliśmy do czynienia z osobnikami zdrowymi i po za wylewem mlecznym nie przedstawiającym i żadnych innych zbroczeń.

Jeżeli więc pęknięcie naczynia limfatycznego w rzadkich tylko przypadkach objaśnić nam może przyczynę wylewów mlecznych, zobaczmy jak rzecz się ma z drugą możliwością t. j. przesiąkaniem mleczka przez nienaruszone naczynia limfatyczne. Że takie przesiąkanie może mieć miejsce przy zatamowaniu zupełnem i długotrwałem dróg limfatycznych, dowodzą wspomniane wyżej doświadczenia Schmidt-Mühlheima. Na sekcji psów, którym podwijał oba przewody piersiowe i żyły szyjowe znajdował on zawsze nacieczenie tkanki okołonaczyniowej mleczkiem i bardzo często płyn mleczny w jamach brzucha i piersi<sup>1)</sup>. Prócz tego infiltracja występowała w tkance podopłucnowej i podotrzewnowej, mleczko po przestrzeniach okołonaczyniowych splaywało ku dołowi, odbywało drogę znaną chirurgom przy ropniach pozaotrzewnowych ku powięziom uda i brzucha, przepelniało gruczoły limfatyczne i t. d.<sup>2)</sup> To mleczko wynaczynione czy przesiąknięte pod jednym przynajmniej (bo analizy jego chemicznej S.-M. nie robił) względem różniło się od tego, jakie zwykle spotykamy przy hydrops chylosus. Oto krzepło ono nadzwyczaj łatwo na powietrzu, podczas gdy przy hydrops chylosus wszyscy autorowie zaznaczają małą zdolność krzepnięcia płynu mlecznego. Że płyn mleczny w doświadczeniach Schmidt-Mühlheima krzepł szybko (natychmiast po wypuszczeniu go z jamy surowiczej) pojąć łatwo: przewód

1) Schmidt-Mühlheim l. c. str. 562—566.

2) L. c. 555—556.

piersiowy i inne naczynia mleczone zawierały masę białych ciałek krwi, które zwykle dostają się do żył. Jeżeli jednak te białe ciała krwi przechodziły przez nienaruszoną ściankę naczyń limfatycznych, to chyba mieliśmy do czynienia z czemś więcej niż ze zwykłym przesiąkaniem.

Był to już co najmniej t. z. hydrops inflammatorius, być może spowodowany zmianami w śródbłonku naczyń limfatycznych uciśniętych. Lecz tego rodzaju wylewy płynu mlecznego nie zdarzają się wcale. Przynajmniej nie były one obserwowane. Owszem krzepnięcie wylanego mlecza dochodzi z trudnością do skutku, może jeszcze większą niż limfy i mlecza, wydobytego wprost z naczyń. Druga jeszcze okoliczność zasługuje tu na uwagę. Największa ilość płynu mlecznego, jaką znalazł Schmidt-Mühlheim w swych doświadczeniach w jamie surowiczej, wynosiła 70 ctm. sz. <sup>1)</sup> Licząc, że dwa razy tyle znajdowało się w przestrzeniach okolonaczyniowych, otrzymamy, że przez dni 7 przesiękło 210 ctm. sz. limfy resp. mlecza, czyli dziennie 30 ctm. sześć. Otóż ilość ta ani w przybliżeniu nie odpowiada ilości płynu mlecznego, jaka się zbiera przy ascites i hydrothorax chylosus. Wynosiła ona np. w przypadku Winiwartera 3 litry na miesiąc t. j. 100 ctm. sz. dziennie, a więc przeszło 6 razy tyle, licząc że waga dziecka była dwa razy mniejszą od wagi psa. Ta sama mniej więcej ilość wypuszczaną była co miesiąc w przypadku Letulle'a u dziecka 1½ rocznego. W innych przypadkach np. w drugim Quinke'go chorej co parę dni wypuszczano po 10 litrów płynu. Jeszcze trzecią okoliczność uwzględnić należy to jest to, że w doświadczeniach Schmidt-Mühlheim'a odpływ limfy był zupełnie zatamowany i krwiobieg oboczny wytworzyć się nie mógł, czego naturalnie w przypadkach patologicznych nie bywa nigdy. Tak więc i przesiąkanie zdaje się rzeczą dosyć wątpliwą jako czynnik, mogący utworzyć nagromadzenie mlecza w jamach ciała.

Rzeczywiście, aby przesiąkanie mlecza przez naczynia mogło w warunkach, jakie stwarza natura wywołać obfite i szybko odnawiające się nagromadzenia mlecza w jamach ciała, musiałyby w tych jamach panować zupełnie inne stosunki w naczyniach limfatycznych, niż to ma miejsce na powierzchni ciała, t. j. musiałyby naczynia limfatyczne być mniej liczne i mniej z sobą powiązane.

(C. d. n.).

<sup>1)</sup> Schmidt-Mühlheim l. c. str. 563.



## II. PRZYCZYNEK

do

## KAZUISTYKI GUZÓW KRWAWIĄCYCH

## PRZEGRODY NOSOWEJ

NAPISAŁ

D-r Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych  
w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

34-letni nauczyciel zasięgał mojej porady w końcu grudnia 1894 roku z powodu częstych i uporczywych krwotoków z nosa, trwających już mniej więcej od roku. Przy bliższem rozpytywaniu dowiedziałem się, że krwawienia te zawsze występowały z prawej strony nosa — z początku nie były zbyt silne i nie tak częste, lecz od pół roku stawały się coraz obfitszemi i zdarzały się po parę razy dziennie, tak że najmniejsze podrażnienie w nosie (prawej połowie), czy to przez dłubanie palcami, czy też po prostu przy mocniejszym wycieraniu nosa — wywoływało już nie krwawienie lecz formalny krwotok nosowy. W ostatnich też czasach chory zauważył, że prawe nozdrze staje się coraz więcej niedrożnem dla powietrza. W następstwie owych krwawień stan ogólny zaczął coraz bardziej podupadać — chory schudł, stracił apetyt, cera stawała się coraz bledszą — żółtawą. Stan nerwowy przytem w wysokim stopniu podrażniony (neurasthenia). Wszystkie te objawy skłoniły chorego, a więcej jeszcze jego żonę, do zasięgnięcia porady specjalnej. W tym też celu przybył on do Warszawy i zgłosił się do mnie.

Przy badaniu ogólnem stwierdziłem bardzo nędzny stan ogólny — bladość skóry niezwykłą, wpadającą w odcień żółtawo-ziemisty — bladość błon śluzowych. W narządach wewnętrznych zmian nie znalazłem, natomiast w nosie, mianowicie w jego prawej połowie, mało dla powietrza drożnej — guz wielkości conajmniej orzecha włoskiego, mięki, bardzo unaczyniony — koloru ciemno-czer-

wonego—niezwykle silnie krwawiący przy sondowaniu. Przyczep dość szeroki guza na przegrodzie w górnej części mniej więcej na wysokości średniej muszli. Choremu zaproponowałem operację, na którą się chętnie zgodził. Rozpytawszy się w kwestyi t. zw. haemophilii, której na szczęście u naszego chorego nie było, przystąpiłem do operacji wycięcia guza, postanowiwszy w każdym razie użyć pętli galwanokaustycznej i to bardzo ostrożnie w przewidywaniu krwotoku.

Ponieważ najmniejsze dotknięcie resp. kokainowanie na wacie, wywoływało, jak się o tem uprzednio przekonałem dość znaczne krwawienie — użyłem do operacji pulweryzacji z 15% kokainy — poczem nałożywszy odpowiednio przygotowaną pętlę galwanokaustyczną, którą bardzo ostrożnie, zwolna, niezbyt silnie i to z przerwami rozpalałem, udało mi się guz, a raczej większą jego część—jak się to później okazało—wielkości małego orzecha włoskiego—usunąć prawie bez krwawienia i bez bólu. Pozostałą część mało co mniejszą, usunąłem w tenże sam sposób po paru dniach. Przebieg pooperacyjny za każdym razem doskonały. Po ponownem szczegółowem zbadaniu jamy nosowej, okazało się, że miejscem przyczepu była górna część przegrody chrząstkowej, prawie na granicy kostnej. Miejsce to dla pewności resp. uniknięcia ewentualnej recydywy, dokładnie wypaliłem zapomocą płaskiego żegadła.

Przegroda nosa po usunięciu guza okazała się znacznie skrzywioną (*deviatio septi angularis sin.*). W średnim przewodzie po stronie prawej, w okolicy *hiatus semilunaris* przy starannem zbadaniu sondą udało mi się wykryć maleńki jak pieprz, polipek, mający cechy zwykłego śluzaka.

Ponieważ chory zmuszony był wyjechać, a przytem poprzedniami operacjami dosyć był zmęczony, zaniechałem usunięcia tego polipa, tem więcej, że nie mógł on wywoływać żadnych zaburzeń.

Zaleciłem choremu maść z rozorcyny, t. zw. kąpiele nosowe, oraz zawiadomienie mnie listowne o rezultacie kuracji, co też i w parę miesięcy nastąpiło. Według relacji chorego stan jego ogólny znacznie się po operacji poprawił—zatkania w nosie niema, krwawienia ustały w zupełności.

Przypuszczając już z makroskopowego wyglądu jakąś niezwykłą budowę anatomiczną, poprosiłem kol. Miklaszewskiego o przeprowadzeniu odnośnych badań drobnowidzowych, za co mu niniejszem serdecznie dziękuję.

Rezultat jego badań przedstawia się pokrótce w sposób następujący: oba kawałki guza na przekroju mocno czerwone, prawie czekoladowe. W zwykły sposób w parafinie zatopione, oraz

barwione hematoksyliną i eozyną, a także płynem Ehrlich Biondi'ego wykazują pod drobnowidzem przedewszystkiem wielką ilość naczyń, wypełnionych krwią, znacznie rozszerzonych i połączonych między sobą za pomocą jedynie cienkich przegródek. Obraz cały bardzo przypominał budowę gąbki. Każda przegródka składa się z tkanki łącznej włóknistej z obfitemi komórkami wrzecionowatymi, a także okrągłymi, zwłaszcza na obwodzie naczyń. W tych miejscach gdzie naczyń mniej i mniej prawidłowo są obok siebie ugrupowane, gdzie mniej są one rozszerzone — mianowicie w tylnej części guza—tkanka łączna zawiera o wiele więcej komórek resp. jąder i to wszelkiego rodzaju: długich, słabobarwiających się, wrzecionowatych, mniejszych i większych owalnych, okrągłych etc.

W ogóle ilość ich jest o wiele znaczniejsza, niż w zwykłej tkance łącznej. Prócz tego w wielu miejscach znajdujemy bardzo znaczne ich skupienia. Te ostatnie miejsca wzbudzają podejrzenie, że mamy do czynienia z budową mięsakowatą (sarcoma), a więc ze złośliwym charakterem guza, którego główną podstawą jest tkanka naczyniowa jamista (angioma cavernosum).

Szan. Dziekan prof. B r o d o w s k i do któregośmy się zwrócili z prośbą o łaskawe przejrzanie preparatów, w zupełności potwierdził nasze rozpoznanie anatomiczne (angioma cavernosum sarcomatodes).

W ostatnich czasach wiele pisano w kwestyi t. zw. krwawiących guzów przegrody nosa (Schadewaldt, Alexander, Scheier, Heymann, Garel, u nas Lubliner etc.). W większości przypadków są to zwykle włókniaki z mniejszem lub większem unaczynieniem (fibroma telangiectodes, s angiomatodes). Już o wiele rzadziej istotę tych guzów stanowi tkanka naczyniowa gębczasta (angioma cavernosum).

W roku 1893 Schwager z kliniki Seiferta w Würzburgu, napisał bardzo ładną w tej kwestyi pracę (Ueber cavernöse angiome der Nasenschleimhaut, Arch. f. Laryng I) w której opisuje szczegółowo 6 odnośnych przypadków, ani jednego jednak na przegrodzie nosa. Te ostatnie ogłosili między innymi C o b b (Bost. med. and Surg. Jour. 23/XI, 93), oraz S t r a z z a (Rev. int. de Lar. 10/III, 1894).

Jednak najwięcej do naszego przypadku zbliżone spostrzeżenie podali o ile mi się zdaje, dotąd jedynie G o u g u e n h e i m i H é l a r y (Ann. de mal. de l'oreil. IV i VI, 93). W jednym z nich D a n s a c

wykazał pod drobnowidzem sarcoma telangectodes septi narium, w drugim zaś angiosarcoma endotheliale septi nasi.

Na uwagę w naszym przypadku zasługują jeszcze 1) że dotyczył mężczyzny, podczas gdy prawie stale (Lange, Schadewaldt, B. Fraenkel, Heymann etc.) konstatowali to cierpienie u kobiet i 2) że guz nie był umiejscowiony w przednio dolnej części przegrody (na granicy septi membranacei i cartilagini, — jak to zwykle bywa (Schech, Schadewaldt), lecz w tylnej, górnej części partis cartilagini, w bliskości p. ossei.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

21. Dr K. Klecki. **O miejscowym działaniu gazów gnilnych na otrzewną oraz o ich działaniu ogólnem na ustrój.** (*Rozprawy wydziału matem. przyrodnicz. Akademii Umiejętności w Krakowie. T. 27.*)

Po przedziurawieniu jelita dostają się do jamy otrzewny oprócz bakteryi i rozmaitych stałych i ciekłych produktów trawienia także produkty lotne, t. j. gazy jelita.

Działanie patogenetyczne ciał stałych i ciekłych dla zapalenia otrzewny, głównie zaś bakteryi, było wielokrotnie zarówno klinicznie jak i eksperymentalnie badane, co do znaczenia patogenetycznego ciał lotnych, to większość autorów pomija je zupełnem milczeniem: jedni nie przypisują im żadnego znaczenia, nie podając najczęściej na to dowodów, inni przypisują tym gazom działanie miejscowe na otrzewną, ułatwiające bakteryom zakażenie tej błony lub też działanie ogólne, polegające na zatruciu organizmu.

W starszych pracach Friedrich zrobił dwa doświadczenia wprowadzania gazów z jelita trupów do jamy brzusznej królików, lecz prace to, jako zrobione nie aseptycznie, nie przedstawiają odpowiedniej wartości.

Z nowszych jedyną pracą jest praca Nowack'a i Braentigam'a, w której jest zebrana cała dawniejsza literatura tego przedmiotu. Ostateczne wnioski ich pracy są, że gazy jelitowe nigdy nie mają wpływu infekującego, chemicznego lub toksycznego, jedynie mogą mechanicznie wywoływać bardzo znaczne zmiany w organizmie jak ucisk na płuca, serce, wielkie naczynia, wywołując wtórnie zastoje, przesięki, naderwania małych naczyń, niedokrewności, zbo-

czenia w krążeniu limfy i t. p. objawy ucisku na inne organy jamy brzusznej, przez co zmniejsza się życiowa energia komórek otrzewny i zostają upośledzone własności rezorbcyjne tej błony.

Krytyczne rozpatrzenie pracy Nowack'a i Braetingam'a, nasuwa pewne wątpliwości. Używali oni do doświadczeń gazów z jelit cienkich i grubych trupów. Pomijając wielką różnicę w składzie chemicznym gazów z różnych odcinków jelita, analiza wykonana przez cytowanych autorów gazów u jednego osobnika za życia i po śmierci wykazała znaczne ilościowe różnice: zmienione warunki dyfuzji gazów, inne warunki życia bakteryi, wreszcie sam sposób konserwacyi trupa muszą oczywiście wpłynąć na różnicę gazów za życia i po śmierci. Bakterye produkują pewne lotne toksyny, których naturę i działanie zaczynamy dopiero poznawać. Szukać ich należy w jelicie grubym przeważnie. Klecki próbował produkować gazy jelitowe w większej ilości przez zaciśnięcie kiszki. Metoda ta okazała się jednak nieodpowiednią z powodu zbyt małej ilości gazu, który tą drogą można otrzymać, poszedł więc za przykładem Zumfta i zaczął sztucznie wytwarzać gazy, powstające w jelicie grubym podczas fermentacyjnego rozkładu istot białkowych przez zakażenie mięsa kałem ludzkim. Gazy te zawierają: bezwodnik kwasu węglowego, siarkowodór, merkaptan metylowy wodór, metan, azot, nadto indol, skatol, kwasy skatolctowy, skatolwęglowy oraz paraoksybenzoesowy.

Oprócz ostatnich kwasów, wszystkie te produkty rozkładu białka odpowiadają w zupełności ciałom, które znaleziono w treści jelita grubego.

Gazy te były wprowadzane ze zwykłego gazometru po ogrzaniu do 37° pod dowolnem ciśnieniem do jamy brzusznej zwierząt użytych do doświadczeń z zastosowaniem ścisłej aseptyki; dokładne zaszycie kanału wkłucia i opatrunek kolodyonowy zapobiegały wydostaniu się gazów na zewnątrz.

Działanie ogólne na organizm wyrażało się u świnek morskich przez drżenie bezpośrednio po zabiegu, oraz spokój po nadaniu pozycyi nienaturalnej; ustępowało to najdalej po 24 godzinach. Króliki znoszą działanie gazów gnilnych bez odczynu, koty stawały się smutne, apatyczne, traciły apetyt; objawy te również przechodziły po 24 godzinach. Wybitniejszych objawów zatrucia nigdy nie można było wywołać. Miejscowe zmiany patologiczne w otrzewny również ani sekcyjnie ani mikroskopowo stwierdzić się nie dawały. Przekrwienie, które zauważono w połowie przypadków było następstwem mechanicznego działania, które zwiększało światło naczyń przez ucisk, po rezorbcyi zaś gazów ustępowało. Badanie mikroskopowe komórek śródbłonkowych zarówno świeżych, jak utrwalonych 1% kwasem osmowym, nie wykazały w nich żadnych zmian, skurczeń lub jakichkolwiek objawów drażnienia. W celu wyświelenia roli, jaką podczas zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelit odgrywają gazy, kombinował K. wprowadzenie gazu z wprowadzeniem bakteryi do otrzewny (*bacter. coli commune*). Do każdej seryi doświadczeń używał on 3-ch zwierząt: jednemu wprowadzał pewną ilość kultury, drugiemu pewną ilość gazu, trzeciemu taką ilość gazu i kultury. Zwierzęta

zniosły wprowadzenie gazu bez odczynu; po wprowadzeniu bakterii jedno tylko zwierze padło na skutek użycia bardzo jadowitej hodowli; po kombinacji jedno tylko pozostało przy życiu, na skutek wprowadzenia bardzo niewielkiej ilości słabej kultury. Nie znaczy to jednak, by gazy gnilne wspierały działanie bakterii. Po wprowadzeniu do otrzewny zamiast gazu — filtrowanego powietrza, zwierzęta również padały wśród tych samych objawów i takiego samego rezultatu sekcyjnego. Gazy gnilne były rezorbowane z jamy otrzewny już po godzinie; powietrze można było wykazać jeszcze po upływie 24-ch godzin. Śmierć przy skombinowanym zakażeniu następowała tak szybko, że najczęściej zmiany zapalne w otrzewny nie zdołały jeszcze wytworzyć się w wybitnym stopniu. Mechaniczne działanie gazów tłoczy się przez utrudnienie rezorbeyi przez czas pobytu w jamie brzusznej. Pozostające więc w otrzewny drobnoustroje mogą się swobodnie rozwijać i wytwarzać toksyny, a ilość ich tak się może podnieść, że po przejściu bębniicy, organizm nie jest już w stanie ich pokonać i następuje zakażenie ogólne.

Ponieważ gazy jelitowe zawierają oprócz siarkowodoru jeszcze inne składniki trujące, badał Klecki ich działanie na krążenie. W tym celu łączył jedną z tętnic szyjnych z kimografionem Hürtlego, jamę brzuszną z manometrem i, przekonawszy się, że akcyja serca zwierzęcia (kota) zakuraryzowanego i przytwierdzonego w pozycji leżącej na grzbiecie, nie ulega zmianie w ciągu dłuższego czasu, wprowadzał niewielkie ilości gazów gnilnych, ogrzanych do 37° pod ciśnieniem słupa wody, mającego 40 cm. wysokości.

Rezultatem tych doświadczeń było zwolnienie tętna od 5 — 7 uderzeń w przeciągu 10 sekund, dochodząc do zwolnienia o 14 uderzeń, po upływie godziny. Te same doświadczenia, wykonane z filtrowanym powietrzem, nie wykazały żadnej zmiany w częstotści tętna. Po wprowadzeniu znacznie większej ilości powietrza chwilowo ilość uderzeń spadała, wkrótce jednak wracała do normy, podczas gdy w miarę rezorbeyi gazów gnilnych, zwolnienie tętna stawało się coraz wybitniejszym.

Jeżeli wprowadzano gazy gnilne zwierzętom zatrutym atropiną, zmiana akcyji serca nie występowała, ztąd wniosek, że działanie gazów gnilnych na serce polega na podrażnieniach ośrodków hamujących w sercu.

Co się tyczy parcia ościennego to podnosiło się ono nieznacznie, ale bardzo szybko opadało, tak, że należy objaw ten uważać za czysto odruchowy.

Rezorbcya z jamy brzusznej gazów gnilnych, powstałych podczas fermentacyjnego rozkładu istot białkowych, nie jest dla ustroju sprawą obojętną, gdyż komplikuje przebieg wszystkich zakażeń, powstałych po przedziurawieniu jelit i przyczynia się bardzo jako trucizna sercowa do wywołania ciężkiego ogólnego stanu chorego.

*Dr A. S.*

22. Dr A. L a z a r u s. (Berlin). **O rozpoznawaniu laseczników tyfusu brzuszego za pomocą metody Elsner'a oraz o klinicznej wartości tejże.** (*Berlin. Kl. Woch.* 49, 1895).

W XXI tomie „Zeitschrift f. Hygiene und Infections-krankheiten” ogłosił Elsner metodę, przy pomocy której z pewnością i szybko wyosobnić można laseczniki duru brzuszego. Za podłoże używał on żelatyny kwaśnej w połączeniu z wywarem z kartofli (Holz, Zeitschrift f. Bacteriologie 1889), do czego dodawał następnie 1% jodku potassu. Na podłożu tem rozwijało się bardzo mało gatunków drobnoustrojów, natomiast bacterium coli rozwijało się bardzo bujnie niekiedy w czystej hodowli. Dalsze badania wykryły, że i lasecznik duru brzuszego tworzy kolonie na tym podłożu i to w sposób łatwy do odróżnienia od bacterium coli, mianowicie w przeciwieństwie do tych ostatnich laseczniki tyfusowe rosną na wspomnianem podłożu Elsner'a tak wolno, że po 24 godzinach są prawie jeszcze niewidoczne przy słabem powiększeniu, gdy tymczasem kolonie bacterium coli są w tym czasie już zupełnie wyrosnięte. Po 24 godzinach kolonie tyfusowe przedstawiają się jako małe, jasno świecące, podobne do kropelek wody, bardzo drobno ziarniste kolonie, obok dużych, grubo ziarnistych szarawych kolonii bacterium coli.

Już w pierwszym swym komunikacie podaje Elsner 17 przypadków tyfusu brzuszego, w których metoda jego do rozpoznania użyta była. W 15 z tych przypadków otrzymano czyste hodowle lasecznika Eberth'a w różnych okresach choroby.

Chcąc sprawdzić metodę Elsner'a, autor przeprowadził szereg doświadczeń na oddziale prof. Renvers'a w miejskim szpitalu na Moabicie, korzystając z panującej na ów czas epidemii duru brzuszego.

U pięciu gorączkujących chorych, znajdujących się w 1—3 tygodni choroby, u których bez żadnej wątpliwości tyfus rozpoznano, udało się autorowi po 48 godzinach na płytkach wyżej opisany obraz otrzymać, oraz czystą hodowlę bez trudu wyosobnić. Lazarus podobnie jak i Elsner zwracają uwagę na to, że na płytkach bardzo gęsto usianych niekiedy trudno jest rozpoznać kolonie tyfusowe od kolonii bacterium coli, ponieważ te ostatnie przyjmują wygląd pierwszych. Natomiast przy dostatecznym rozcieńczeniu nawet niezbyt wprawne oko łatwo różnicę dostrzedz może.

Z pomiędzy chorych zdrowiejących, którzy już od 3 dni do 6 tygodni w stanie bezgorączkowym się znajdowali, u 3 tylko znaleziono laseczniki tyfusowe w stolcach, przy zupełnie prawidłowym stanie przewodu kiszkiowego, oraz normalnym wyglądem wypróżnień. Ciekawym jest fakt znalezienia laseczników u chorego, który już od 41 dni nie gorączkował.

Dla sprawdzenia badań autor stolce chorych z innymi chorobami przewodu kiszkiowego, oraz stolce personelu, pielęgniującego

tyfusowych chorych, nigdy jednak opisanych kolonii pomimo wielokrotnych poszukiwań nie znalazł.

Podług autora nowa metoda ta ma bardzo doniosłe znaczenie dla badań klinicznych. Pozwala ona bowiem względnie dość prędko bez wielkiego trudu rozpoznanie niezbite postawić.

Wykrycie laseczników tyfusowych w normalnym, nie stałym kale wskazuje, że nie tylko u rekonwalescentów po tyfusie, lecz i u zdrowych ludzi, którzy w jakikolwiek bądź sposób z wypróżnieniami tyfusowemi się stykają, laseczniki Ebertha w kiszkiach znajdować się mogą. Wreszcie, podobnie jak się to ma z cholera, pewna liczba lekkich zaburzeń przewodu kiszkiowego, które dotąd jedynie tylko ze względów anamnestycznych podejrzenie infekcyi tyfusowej wzbudzały, będą mogły być z całą pewnością rozpoznawane, co na terapię oraz profilaktykę nie pozostanie bez skutku.

*H. Kucharzewski.*

23. Prof. dr L. Brieger. (Berlin). **O klinicznej wartości Elsner'owskiej metody rozpoznawania tyfusu brzuszego.** (*Deut. Med. Woch.* 50, 1895).

Autor sprawdzał metodę Elsner'a na wypróżnieniach 11 chorych na dur brzuszny w różnych okresach choroby. Metoda ta pozwala na pewno w przeciągu 48 godzin, raz nawet w przeciągu 24, rozpoznać tyfus brzuszny, nabiera przeto szczególnego znaczenia i wagi w tych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z niejasnym obrazem chorobowym. Przypadek właśnie taki opisuje autor: Tęgi mężczyzna, niedomagający od 2 tygodni, przyjęty zostaje do szpitala. Przez pierwsze cztery dni ma on nietypową gorączkę do 39,5° C. Sensorium niezajęte, śledziona niepowiększona, nie ma różyczki, diazoreakcyi Erlicha wykazać nie można, od początku choroby zaparcie stolca. W wypróżnieniach wywołanych wlewaniem (irrygacyami) znajdowano wielokrotnie laseczniki Eberth'a, przez co wątpliwość rozwiązana została. Podobne przypadki spotykają się w praktyce bardzo często, tu więc metoda Elsnera bardzo będzie użyteczną.

W przypadkach tyfusu, spostrzeganych przez Brieger'a, dopóki trwała gorączka, znajdowano obficie laseczniki tyfusowe w wypróżnieniach. Gdy gorączka znikła, ilość laseczników znakomicie się zmniejszyła.

O ile nowa metoda da się zużytkować do wykrywania laseczników duru brzuszego w wodzie, w ziemi, o tem dopiero rozpoczęte badania w przyszłości orzec mogą.

Na zakończenie przypomina autor, że jodek potasu ma choć nieznaczny, jednakże statystycznie sprawdzony dodatni wpływ na przebieg tyfusu brzuszego. Przypadek zapewne chciał, że ten sam jodek potasu w połączeniu z pewnemi odżywkami, powstrzymując



rozmnażanie się innych drobnoustrojów, zapewnia lasecznikom tyfusowym pewny, choć powolny rozwój.

*H. Kucharzewski.*

24. Dr Engel. **O drobnoustrojach w moczu w zapaleniach nerek.** (*Duet. Arch. f. Klin. Med. Bd. LVI, 1895.*)

W moczu chorych na zapalenie nerek i miedniczek znajdowano bardzo często bacterium coli commune i przez wprowadzanie do pęcherza czystej hodowli tego drobnoustroju otrzymywano zapalenie ropne w drogach moczowych. (Schmidt, Albarrin, Lepine, Roux). We wszystkich przypadkach tego rodzaju można było wykazać wstępujące rozprzestrzenienie się zakażenia, czyli od pęcherza przez moczowody do miedniczek i nerek. W przebiegu ogólnych chorób, gdzie występowało między innymi zajęcie nerek—gdzie zatem miało ono charakter zstępujący—wykazywano w moczu i tkankach nerek drobnoustroje, właściwe pierwotnej chorobie: laseczniki gruźlicze, tyfusowe, koki i t. d.

Na pytanie, czy zapalenie nerek jest zawsze pochodzenia drobnoustrojowego i czy inne czynniki, np. zastój w nerce, nie są w możności same przez się spowodować jej zapalenia, różni badacze opowiadają rozmaicie; większość jednak skłania się do przypuszczenia, sprawdzonego licznymi próbami na zwierzętach, iż drobnoustroje grają tu zawsze ważną rolę.

Własne swe badania przeprowadził autor u 31 chorych z należytymi ostrożnościami, mającemi na celu uniknięcie zanieczyszczenia, autor wpuszczał moczu do probówek z podłożem żelatynowym lub agarowym i po pewnym czasie otrzymywał hodowle drobnoustrojowe. W badanych przypadkach znalazł 17 razy coccus pyogenes; 16 razy staphylococc. pyogenes albus et aureus; 6 razy streptoc. pyog. rozpuszczający żelatynę; 2 razy streptoc. pyog., nie rozpuszczający żelatyny; 3 razy — laseczniki gruźlicze; 1 raz tyfusowe; 5 razy bacterium coli commune; wreszcie w dwóch wypadkach nie wykazano drobnoustrojów.

Najczęściej otrzymywał autor hodowlę drobnoustroju, którego do chwili obecnej jakoby nie opisywano. Jest to coccus, wykonywający w kropli wiszącej dość szybkie ruchy drgawkowe, o 1/2 większy od staphylococcus'a, barwiący się mocno anilinowymi barwnikami. Rozwija się on na żelatynie w ciągu 2—3 dni przy 22° C. w postaci małych kolonii z ostrym brzegiem; zaszczerpienie przez ukłucie żelatyny, rozwijają się wzdłuż kanalika najczęściej oddzielnymi grupkami, podobnymi jak przy szczepieniu na powierzchni. Niekiedy rozwijał się żółtawy barwnik, który nadawał całej kolonii odcień czerwony; miało to miejsce zwłaszcza przy rozwoju hodowli w ciemności. Podobnie rozwija się hodowla na agarze przy 37° C. w ciągu 24 godzin; lecz barwnika nigdy nie

znajdowano. Odczyn hodowli w buljonie jest kwaśny. Dobrze hodują się te drobnoustroje w wyjałowionym moczu, lub w mieszaninie Jaksch'a ( $\frac{1}{8}$  grm. kali biphosphorici +  $\frac{1}{16}$  grm. magn. sulfur. + 5,0 salis Seignetti + 3,0 mocznika na litr wody). Najdłużej, bo nawet przez rok, zachowują swą żywotność żelatynowe hodowle, gdy inne zamierają znacznie wcześniej.

Własności ropotwórcze tych kokków są niezbyt wielkie: zaszczerpione do przedniej komory oka królika, koki wywoływały wprawdzie ropienie, lecz niezbyt szybko, dopiero po 2 — 3 dniach. Z 22-óch białych myszy, z których każdej zastrzyknięto 1,0 dwudniowej hodowli buljonowej, zdechło 5 w ciągu 1 — 3 dni, jedna po 8-iu i jedna po 14 dniach. W tkankach wszystkich myszy wykazane zostały koki mikroskopowo i przez hodowanie na odżywkach. We wszystkich przypadkach stwierdzono zapalenie nerek u tych zwierząt.

Ponieważ autor opisany drobnoustrój spotykał w łagodnych postaciach zapalenia nerek i szczepienia zwierząt wskazały, iż działanie jego jest niezbyt silne, przeto przypuszcza, czy nie jest on twórcą pierwszych przypadłości nerkowych, do których z biegiem czasu przyłączają się inne, wywołane przez silniej drażniące drobnoustroje.

Co się tyczy innych drobnoustrojów, to najważniejszymi są staphylococcus pyog. aur. et albus. Laseczniki gruźlicze i tyfusowe sprowadzają zbyt silne ogólne objawy przy zaszczerpieniu podskórnem hodowli; dlatego też zapalenie nerek ustępuje tu na drugi plan i śmierć poprzedza zupełny rozwój tej choroby.

Że można wykazać drobnoustroje w moczu i nerkach przy zapalnym stanie tego narządu, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Powstaje jednak pytanie, czy te drobnoustroje, czy też przetwory ich przemiany materii — toksyny — sprowadzają zapalenie nerek? Na to pytanie odpowiadają rozmaicie różni badacze. Autor zaś uważa, że nerka zdrowa wydziela drobnoustroje na równi z innymi nienormalnymi składnikami krwi; dopiero gdy jakiś bodziec wpłynie w poderwanie czynności tego narządu, drobnoustroje osiadają w tkankach nerki i sprowadzają jej zapalenie, drażniąc swą wydzieliną.

W. Miklaszewski.

25. Dr Pick. **O ślepotcie jednostronnej (hemianopsia) w mocznicy.** (*Deut. Arch. für klin. Medicin. Bd. LVI, Heft 1 u. 2, 1895*).

Od dawna wiadomo, że ślepotą jest jednym z pierwszych objawów mocznicy. Co do przyczyny powstawania tego objawu, różniły się bardzo zdania badaczy: gdy jedni objaśniali go zmianami w oku (obrzękiem siatkówki, zapaleniem jej), inni przypuszczali zaburzenia w układzie nerwowym, wynikające z samozatrucia ustroju (obrzęk, niedokrwistość mózgu, nerwu wzrokowego, ośrod-

ków wzroku). Autor skłania się ku ostatniemu przypuszczeniu i poszukuje zmian w korowych ośrodkach wzrokowych: jeśli są porażone obydwa, wystąpi ślepotą zupełną; w razie jednostronnego porażenia będzie nieczynną zewnętrzną stroną odpowiedniej siatkówki i wewnętrzną przeciwną.

Z czterech podanych obserwacji zasługuje na szczególną uwagę pierwsza, gdzie u chorej na przewlekłe zapalenie nerek wystąpiła zupełna ślepotą, trwająca 24 godziny a potem lewostronna ślepotą, trwająca do samej śmierci, którą poprzedziły napady drgawkowe, obrzęk płuc i wysięk opłucny. Na sekcji znaleziono: ognisko rozmiękczenia w drugim zwoju potylicowym prawym, długości 4 ctm., szerokości 2 i głębokości 1 ctm., zapalenie przewlekłe nerek, przerost lewego serca, zapalenie kiszek włóknikowe, zator lewej żyły udowej wielkiej, infarkt krwawy prawego płuca, ogniska zapalne w niem, obrzęk wszystkich tkanek.

Dane sekcyjne potwierdziły rozpoznanie kliniczne mocznicy. Zachodzi jednak okoliczność, że objaw ślepoty jednostronnej miał w danym przypadku podstawę niewątpliwie anatomiczną, polegającą na rozmiękczeniu tego właśnie określonego miejsca kory mózgowej, które odpowiada ośrodkowi jednostronnego widzenia. Rodzi się więc pytanie, w jakim związku stoją z sobą objawy mocznicy i ograniczonego rozmiękczenia mózgu? Ponieważ zostały wykazane skrzepy w żyłę udowej i zawał krwotoczny w płucach, autor przypuszcza, iż możebnem było zatkanie naczynia kory mózgowej przez mały zator pomimo że nie zostały wykazane skrzepy w sercu ani w dużych gałęziach głębokiej tętnicy mózgu. Można by, przyjąwszy to przypuszczenie, wytłomaczyć zupełną początkowo ślepotę — przez wstrząśnienie, jakie spowodowało zatkanie tętnicy; gdy zaś wstrząśnienie przeszło, pozostało tylko naruszenie czynności, odpowiadającej zajętemu ośrodkowi. Na poparcie tego przypuszczenia podaje autor dwa przypadki: jeden Schmidta, gdzie początkowo wystąpiła nagle zupełna ślepotą u chorej nerkowej, a potem ślepotą jednostronna; drugi — Dunina, gdzie choremu na nerki zaczęło się raptem dwoić przed oczami i po zbadaniu znaleziono porażenie mięśnia prostego wewnętrznego i jednostronną ślepotę — a na sekcji żadnych zmian w mózgu.

Prócz tego opisuje autor jeszcze trzy przypadki, gdzie w mocznicy występowała naprzód ślepotą zupełną, a potem jednostronna; jednak danych anatomicznych niema, bo chorzy wyzdrowieli. Nakoniec zwraca on uwagę, że przypadki ślepoty zdarzają się u dzieci w przebiegu szkarlatyny, lecz rozpoznanie tego objawu bywa dość trudnem ze względu na ogólny stan chorego.

Oprócz ślepoty powszechnym objawem mocznicy są drgawki, podobne do padaczkowych. Godnem jest uwagi, iż i one występują czasem tylko po jednej stronie ciała i że na sekcji nie znajdowano wyraźnych zmian w układzie nerwowym, wyjąwszy obrzęku mózgu. W obecnym stanie nauki za przyczynę mocznicy uważa się zatrucie ustroju niewydzielonemi składnikami przemiany materii. To zatrucie może uwydatniać się w jednych tkankach słabiej, w innych silniej. Objawy połowicznego podrażnienia lub porażenia, przemawiałyby w myśl tego za jednostronnem zajęciem

ośrodka nerwowego. W ten też sposób tłumaczy autor ślepotę całkowitą, która po jakimś czasie staje się jednostronną.

Co się tyczy ograniczonego rozmiękczenia mózgu, znalezione w pierwszym przypadku, to w obec wszystkich poprzedzających wywodów, wypadłoby je uznać za rozmiękczenie wskutek zatoru. Jednak możebnem jest i inne przypuszczenie: wiadomo, iż przy rozmaitych otruciach znajdowano skrzepy w różnych naczyniach; możliwem jest przeto, że i w tem samozatruciu ustroju utworzył się skrzep w miejscu, gdzie bodziec podziałał najsilniej, tembardziej, iż znaleziono taki skrzep w żyłę udowej i płucach. Czy zator, czy skrzep wywołały w danym przypadku ślepotę jednostronną i następnie rozmiękczenie mózgu ograniczone, dowieść trudno. Niewątpliwy jednak wniosek, iż niustępująca po przebytej mocznicy ślepotą jednostronną ma podstawy anatomiczne.

W. Miklaszewski.

26. Dr P. Marie. **O cukromoczu.** (*La semaine medicale* Nr 62, 1895).

Korzystając z bogatego materiału klinicznego, autor zajmuje się rozpatrzeniem rozmaitych postaci tej choroby, lub raczej wykazuje obecność cukru w moczu w rozlicznych chorobach i sprowadza cukromocz z godności samoistnej choroby, przeznaczając dlań skromne miano—objawu chorobowego.

Przedewszystkiem rozpatruje autor t. z. cukromocz artrytyczny. Ta postać spotyka się u ludzi cierpiących na artrytyzm ze wszelkimi jego objawami. Z pośród innych wyróżnia się cukromocz tego rodzaju powolnym rozwojem choroby, często bez obecności wzmoczonego łaknienia, pragnienia i zwiększonej ilości moczu. Wygląd chorego czasem bywa kwitnący tak dalece, iż tylko wypadkowo wykazanie cukru w moczu daje pewne usprawiedliwienie skarg chorego. Choroba ciągnie się niekiedy długie lata i chory traci bardzo powoli, lecz stale na wadze ciała. Dość często spotykają się wypryski skórne, bardzo uporeczywe przy leczeniu. Zgrubienia w stawach, właściwe artrytyzmowi i inne zmiany doprowadzają niekiedy do ropni stawowych, połączonych z próchnieniem kości, rozległych zmartwień i t. p. przypadłości nader bolesnych. Z powodu tych właśnie powikłań autor zastanawia się nad utartą formułą, która zabrania chirurgowi przystępować do łoża chorego na cukromocz. Parę obserwacji Marie'go dowodzą, iż pomoc chirurgiczna może być czasem bardzo zbawienną; niechęć do operowania diabetyków sięga czasów przed wprowadzeniem antyseptyki i aseptyki, kiedy zatem rana chorego na cukromocz przedstawiała nader dogodnie warunki dla rozwoju drobnoustrojów, które prócz wszystkich innych danych spotykały w ranie cukier i osłabione tkanki niezdolne do walki z mikroorganizmami, niedość żywotne, aby się zdobyły

na wytworzenie blizny. Bezwzględność w unikaniu diabetyków przez chirurgów uważa autor za zabobon lekarski, który nie wytrzymuje bezwarunkowo krytyki, gdy chodzi o artrytyka z cukromoczem.

Ciekawą postać cukromoczu przedstawia tu choroba, spotykająca się jednocześnie u obojga małżonków (diabetes conjugalis). Do chwili obecnej nagromadziło się w literaturze około 50-iu przypadków takiego małżeńskiego cukromoczu, co każe przypuszczać, iż chodzi tu nie o prostą wypadkowość, lecz o coś istotniejszego. Z góry można postawić dwa przypuszczenia: 1-o albo wspólność warunków życiowych małżonków jest zarazem wspólnym bodźcem rozwoju cierpienia, lub 2-o nabyta przez jednego z małżonków choroba udziela się drugiemu, czyli że jest to choroba zaraźliwa. Autor w swoich przypadkach skłania się ku ostatniemu przypuszczeniu, bo jego chorzy małżonkowie pozostawali w małej styczności z sobą, nie mieli wspólnych zajęć, kłopotów, pożywienia i t. d.; dozywczę zaś zbliżenie, choć niezbyt częste mogło być dostatecznym powodem rozwinięcia się u jednego z nich choroby, której mógł dawno już podlegać drugi.

Na korzyść zaraźliwości cukromoczu przytacza autor przypadki Teissier'a, gdzie dwie praczki, piorąc bieliznę diabetyków, zapadły na cukromocz, i dwie osoby, mieszkające razem, podległy tej samej chorobie.

Dalej przedstawia Marie chorego na cukromocz trzustkowy. Tę postać cechuje brak dziedziczności, nagły początek choroby, znaczne wzmoczenie pragnienia, łaknienia, ogromne ilości wydzielanego moczu, które zawierają dużo cukru, szybki upadek odżywiania i wagi ciała. Po całkowitem wycięciu trzustki rozwija się u zwierząt cukromocz. Na tej zasadzie próbował autor leczyć chorych na trzustkową postać tej choroby za pomocą podawania gruczołu trzustkowego zdrowych zwierząt; lecz wyniki próby były ujemne, pomimo iż chory użył 250,0 gruczołu w ciągu 18-u dni.

Nakoniec mówi autor o cukromoczu nerwowym, który różni się od trzustkowego głównie przez masę najrozmaitszych przypadłości nerwowych, mających swą rację w organicznych chorobach mózgu, opon, rdzenia, splotów sympatycznych, lub w chorobach czynnościowych układu nerwowego. Dość często spotyka się paraliż połowiczny, który odróżnia się pewnymi swoistymi cechami: 1-o zjawia się nagle lecz bez utraty świadomości, 2-o odznacza się nieprawidłowością co do umiejscowienia, rozciągłości, stopnia wyrazistości objawów i t. d. 3-o ma skłonność do szybkiego wyrównania się zaburzeń.

Największą odsetką chorych na cukromocz stanowią żydzi. Zależy to zapewno od nienormalnego położenia ich politycznego, złego odżywiania i nadmiernej pracy nerwowej.

*W. Miklaszewski.*

27. Prof. Babes. **Przyczyny zgorzeli płuc.** (*La Semaine Med. Nr 63, 1895*).

Wtargnięcie drobnoustrojów saprogennych do mięszu płuc jest niedostatecznym do wywołania zgorzeli tego narządu, chyba że już poprzednio grunt był przygotowany przez inne mikroby. Niema tu konieczności, aby płuco było w stanie zapalnym: ani zapalenie włóknikowe, jak chce Leyden, ani nieżytowe jak przypuszcza Netter, nie są bezwarunkowym powodem zgorzeli, autor widział przypadki zgorzeli bardzo rozległej bez wszelkiego uprzedniego zapalenia. Jednak i ta sprawa chorobowa miewa za swe zejście zgorzel; — prawie zawsze idzie w takich razach o zapalenie zrazikowe nieżytowe z przeważnym udziałem oskrzeli, a nie o włóknikowo-płatowe. Zgorzel może przejść na płuca z wrzodziejących migdałków, gruczołów chłonnych, jeśli do nich dostały się saprofity. Zdarza się to również w przebiegu suchot, gdzie znajdujemy miejsca zgorzelinowe jednocześnie z jamami. Obce ciała, przedostające się do dróg oddechowych naturalnymi drogami czy też przez chorobowe połączenia oskrzela z sąsiednimi narządami, mogą również sprowadzić zgorzel.

Autor rozróżnia następujące postaci zgorzeli płuc: 1-o Zgorzel rozlana z jednoczesnym obrzękiem, często krwawym, jednego lub obu płuc. 2-o Zgorzel rozlana z jamą. 3-o Zgorzel ogniskowa często z zapaleniem gnilnym oskrzeli i tkanek okołooskrzelowych. Prócz tego należy wyróżnić zgorzel pochodzenia urazowego, sprowadzoną przez obce ciała, zastoinową, przeniesioną z sąsiednich narządów.

W zgorzelinowej tkance płuc znajdowano i wyosobniano rozmaite drobnoustroje, które jednak przy hodowaniu traciły własności sprowadzania zgorzeli płuc po zaszczepieniu zwierzętom, co osiągało się po bezpośrednim zastosowaniu tkanki zgorzelinowej. Zawsze drobnoustroje są mieszane; najczęściej prócz saprofitów spotykał autor stophylococci, streptococci i bardzo jadowite pneumococci, lasecznika obrzęku złośliwego i laseczniki wrzekomej błonicy.

Zgorzel płuc pierwotna jest niemożliwą: zawsze znajdzie się ognisko w płucach czy w sąsiednich narządach, które było źródłem tej choroby. Zapalenie płuc jest niebezwarunkowym poprzednikiem zgorzeli; natomiast gnilne zapalenie oskrzeli sprowadza zgorzel dość często. Wszystkie spotkane drobnoustroje odznaczają się swą jadowitością i same przez się sprowadzają zapewne zgorzel płuca; co się zaś tyczy soprofitów, to te ostatnie przedostają się zapewne z jamy ustnej i sąsiednich narządów do obumarłych już tkanek.

W. Miklaszewski.

## II. Choroby wieku dziecięcego.

28. C. Stamm. **Osteoperiostitis deformans jako następstwo przymiotu dziedzicznego późnego.** *Archiv für Kinderhilkunde.* Tom XIX S. 170).

Autor podaje następujący przypadek. Dziewczynka chora ma lat 12. Ojciec przechodził przymiot, matka dwa razy ronila, jedno z dzieci było leczone specyficznie z powodu cierpienia jamy ustnej. U dziewczynki, gdy miała 4 lata, wypadkiem spostrzeżono, że ma nogi za długie i nieforemne. Ponieważ nie skarżyła się na żadne bóle, więc wcale na to nie zwracano uwagi, chociaż trochę chromiała na jedną nogę. Żadnych chorób nie przechodziła i nie podlegała jakiemuś szczególnemu leczeniu. Dopiero w 12 roku życia udano się o pomoc lekarską, ponieważ chora przestała chodzić i skarżyła się na ból nogi.

Przy badaniu okazało się, że obydwie golenie są zniekształcone, mianowicie są bardzo wygięte ku przodowi, zwłaszcza prawa. Przy patrzeniu z boku można je porównać z klingami od szabli (en lame de sabre). Kości obydwóch goleni są bardzo zgrubiałe. Na prawej goleni zgrubienie obejmuje całą długość goleni, a na lewej jest miejscowe. Zgrubienie na lewej goleni jest liczne główkowate nierówności, nad którymi skóra jest bardzo cienką i silnie zaczerwienioną. Goleń prawa jest na 2 centymetry dłuższą od lewej. Oprócz tego znaleziono u dziewczynki narośl kostną wielkości orzecha laskowego na czole nad korzeniem nosa.

Wykonano cięcie prawie na całej długości przedniej powierzchni prawej goleni. Pod skórą w zgrubiałej okostnej znaleziono bardzo liczne kostne narośle i pomiędzy nimi rozrzucone nekrotyczne ogniska z serową zawartością. Przy pomocy dłuta nawarstwienie okostnej i kości grubości palca wraz z ogniskami nekrotycznymi było oddzielone na całej szerokości przedniej powierzchni kości piszczelowej. Pozostała powierzchnia kości miała wygląd zdrowy. Kanał szpikowy wcale nie był otwierany. Miękie części zostały zaszyte. Zagojenie nastąpiło per primam. Wewnątrz zalecono jodek potasu. Narośl kostna na czole powoli znikła.

Dane anamnestyczne i wygląd anatomiczny cierpienia nie pozwalają na przypuszczenie innego cierpienia, jak tylko przymiotu. Fournier utrzymuje, że bardzo często trzeciorzędne cierpienia kości przy dziedzicznym przymiocie są uważane za gruźlicze i z tego powodu błędnie są leczone. Przy stawieniu rozpoznania należy zwracać uwagę na umiejscowienie cierpienia. Przy gruźlicy cierpienie zajmuje nasady kości i ma charakter rozmięk-

czający, karjetyczny, podczas gdy przy przymiocie cierpienie zajmuje trzon kości i odznacza się charakterem bujającym, zniekształcającym. Fournier twierdzi, że nogi podobne do kling od szabli są patognomiczne dla przymiotu dziedzicznego.

*Rabek.*

29. Dr. G. Liebe. **Przypadek choroby Barlow'a.** (*Muench. Med. Wochenschrift. Nr. 2. 1896.*)

Autor spostrzeżenie zrobił na własnym swem dziecku.

Dziewczynka, urodzona w sierpniu 1893 roku, była karmiona piersią 217 dni, a od tego czasu zaczęła używać mleka krowiego sterylizowanego w aparacie Soxleta. Z dniem 250-ym zaczęto dawać mąkę Rademanna, następnie zupę z jaj, a od 280 dnia sucharki. Po mału zakres potraw powiększył się innymi leguminami. Od 472 dnia mleko zaczęto gotować w aparacie Fluegge'go. Dziecko zaczęło jadać owoce. Stosunki higieniczne były sprzyjające. Dziecko było mocne i zdrowe. Pierwsze zęby pokazały się 212 dnia—a w krótkce i inne zęby. Dziecko zaczęło biegać bez cudzej pomocy 275 dnia. W każdym razie nie było żadnych objawów krzywicy.

W miesiącu października r. 1894 dziecko zaczęło cierpieć na katar i sapkę, wystąpiło osłabienie, senność, ciepłota ciała przez kilka dni dochodziła prawie do 39° C., wystąpiły wymioty i dziecko zrobiło się bardzo grymaśne. Na początku listopada spostrzeżono zgrubienie dolnej szczęki z prawej strony i plamy na goleniach, pośladkach i ramionach. Zgrubienie dolnej szczęki dochodziło do wielkości połowy orzecha włoskiego, dźwięła silnie zaczerwienione i przy dotykaniu silnie krwawiące. Plamy były barwy czerwonej, kształtu nieregularnego, rozmaitej wielkości. Kończyny zajęte plamami były zgrubiałe, poruszanie ich wywoływało ból.

Zalecone były obok mleka jarzyny, kartofle, owoce surowe i gotowane, lemoniada cytrynowa i czekolada Lahmanna.

W dni 10 po zastosowaniu tego leczenia objawy chorobowe znikły.

Choroba Barlow'a spostrzeżoną była przeważnie w klasie za-  
możnej. Przyczynę powstania tej choroby autorzy widzą w jedno-  
stronności pożywienia. Mianowicie w prawie lub zupełnie wy-  
łączeniem karmieniu mlekiem sterylizowanym. Według Starcka  
mleko za długo gotowane i za długo przechowywane zmienia swe  
chemiczne i fizyczne własności. Jakie są te zmiany, to dokładnie  
dotychczas nie jest wykazane; jest tylko wiadomem, że te zmia-  
ny dotyczą składu soli, znajdujących się w mleku. Jeżeli obok  
mleka sterylizowanego dawać dziecku jarzyny, owoce i tym podobne  
przetwory, to dziecko pozostanie zdrowem, ponieważ w ten sposób  
otrzyma obfity dowóz soli; w razie przeciwnym rozwinię się  
gnilec. Gnilec znacznie częściej się trafia, niżeli istotnie bywa



rozpoznawany; przy ścisłym badaniu bardzo wiele cierpień, połączonych z zajęciem błony śluzowej jamy ustnej, były by przyjęte za gnilec.

*Rabek.*

30. **Johann Bókaï. Trwanie intubacji u uleczonych chorych na dyfteryę przed leczeniem surowicą i obecnie.** (*Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor der Serumbehandlung und jetzt. Deutsche med. Woch. Nr. 46 1895 r.*)

Bókaï na podstawie 673 przypadków dyfterytu, leczonego przy pomocy intubacji (223 wyzdrowień,  $33\frac{1}{3}\%$ ) przed stosowaniem seroterapii, oraz na podstawie 90 przypadków, leczonych intubacją przy surowicy (45 wyzdrowień =  $50\%$ ), wyprowadza przeciętny czas pozostawiania tubusa w krtani u chorych wyleczonych i dochodzi do następujących wniosków:

1) Okres ostatecznej extubacji waha się w szerokich granicach od  $\frac{1}{4}$  godziny do 360 godzin.

2) Przeciętny czas pozostawiania tubusa w krtani przed seroterapią wynosi 79 godzin, zaś przy seroterapii 61 godzin (18 godzin krócej).

3) Ponieważ w przypadkach autora w  $16,2\%$  okres intubacji przechodził 120 godzin, nie podziela on przekonania innych klinicystów, że należy wykonać wtórną tracheotomię, skoro intubacja w ciągu 5 dób nie okazała się skuteczną, a to dla uniknięcia ciężkich odleżyn. Według zdania autora dla wtórnej tracheotomii nie można podać określonego terminu; obawa przed wystąpieniem odleżyny nie daje wskazania; dowodem ciężkiej odleżyny jest krwawienie.

*J. Bączkiewicz.*

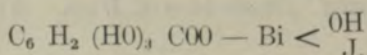
## V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

31. **Na nowy sposób leczenia chorób zakaźnych wpadł d-r L. Rekowski**, pracujący w Instytucie Medycyny doświadczalnej w pracowni prof. Marcellego Nenckiego w Petersburgu. D-r R. objaśnia tworzenie się antytoksyn we krwi uodpornianych zwierząt swoistem pobudzeniem elementów komórkowych, wywołanem przez wstrzyknięte toksyny. Wychodząc z tej zasady, przypuszcza on, że własność tę posiadają nie tylko wyłącznie toksyny, lecz że i niektóre związki chemiczne, wprowadzone do zdrowego ustroju, również w tymże ustroju antytoksyny wytwarzać mogą.

Oдноśne doświadczenie przeprowadził już badacz z rtęcią i arsenem. Surowica rtęciowa otrzymana z konia okazała się skuteczną w trzeciorzędnych objawach przymiotu, szczególnie przy gummatach, surowica arsenowa w przypadkach nowotworów złośliwych. O rzeczywistej wartości tej nowej metody obecnie jeszcze mówić nie podobna, szereg następnych badań i spostrzeżeń wykaże, czy zyska ona uznanie, czy też pójdzie w zapomnienie.

H. K.

32. **Airol** jest zasadowym związkiem oxyjodydu z bizmutem, wzoru:



Zawiera 44,5%  $Bi_2 O_3$  i 24,8% J., jest proszkiem szaro-zielonym bez smaku i zapachu, pod wpływem światła nie ulega zmianie. W zwykłych rozpuszczalnikach airol nie rozpuszcza się wcale, rozpuszcza się natomiast łatwo w ługu i słabych kwasach mineralnych. Na wilgoci rozkłada się. Badania na zwierzętach i minerałach dowiodły, że nieposiada własności trujących. Względem bakterii chorobotwórczych i ropnych zachowuje się jak jodoform.

W praktyce airol okazał się środkiem lepszym od jodoformu, nie działa bowiem trująco, a nadto jako związek bizmutowy na rany działa ściągająco. Używano go przeważnie w postaci przysypki na rany, gazy 10—20%, oraz 20% maści z waseliną. W cierpieniach gruźliczych używano z dobrym skutkiem 10% airolcolloidium, w zimnych ropniach 10% zawiesiny (woda i gliceryna w równych częściach). Od września 1894 w poliklinice w Bazylei leczono 2000 przypadków i przekonano się o wybornych jego własnościach leczniczych. (Haegler.—Ther. Woch. 1.)

J. Z.

33. **Amygdopheninum.** (Therap. Woch. Nr 47, 1895). Amygdophenina jest związkiem pochodnym od paramidefonelu; przedstawia się pod postacią szaro-białego proszku, lekkiego, krystalicznego; w wodzie trudno się rozpuszcza. Lecznicze działanie tego nowego środka wypróbowane zostało przedewszystkiem w ostrym gościecu stawowym, potem jako antipireticum i antineuralgicum.

Amygdophenina stosowaną była w 20 przypadkach gościeca stawowego, pomiędzy niemi w 11 z gorączką. W 7 przypadkach z tej grupy, już po 2 dniach wystąpiła znaczna poprawa, zaś po 4—6 dniach zupełne usunięcie miejscowych dolegliwości. W innych przypadkach również z dodatnim wynikiem nowy ten preparat stosowano, w jednym tylko przypadku skutek był zupełnie ujemny, dotyczyło to jedno-stronnego bolesnego wysięku w prawym stawie kołanowym, w przypadku tym i inne antirheumatica pozostały bez skutku, było to prawdopodobnie tryprowe zapalenie stawów.

Jako antipyreticum stosowano amygdopheninę u gorączkujących suchotników. Przekonano się przytem, że dawki 0,5 gr. nie wywołują żadnego wpływu na ciepłotę: po dawce 1,0 gr. spostrzegano w jednym przypadku spadek ciepłoty na 2° wraz z potami, ponieważ jednakże w innych przypadkach po takiej samej dawce

osiągnięto spadek jedynie na  $\frac{1}{2}^{\circ}$  —  $1^{\circ}$  lub też zupełnie ciepłota się nie obniżyła, wobec tego nie można mówić o przeciwgorączkowym działaniu środka w takiej dawce.

Jako antineuralgicum stosowano amygdopheninę z dobrym skutkiem. Działa ona najskuteczniej w bólach centralnego pochodzenia (wiąd mleczka, rozsiane stwardnienie mózgo-rdzeniowe).

Amydopheninę stosuje się w proszku lub też tabletkach komprimowanych, dawka jednorazowa wynosi 1,0; dzienna 6,0. Działania ubocznego nie spostrzegano.

Środek ten jako antirheumaticum okazał się bardzo skutecznym, co zaś do jego własności antineuralgicznych i antipyretycznych, z powodu niewielkiej, jak dotąd, ilości spostrzeżeń, nie stanowczego jeszcze powiedzieć nie można.

H. K.

34. Dr Caubet przedstawił na pos. Soc. méd. des hôpitaux **przypadek gruźlicy otrzewny, wyleczony przez przekłócie brzucha oraz przemycie jamy wodą gorącą wyjałowioną**. Chory 17-letni, w jamie brzusznej  $7\frac{1}{2}$  litra płynu. Od roku objawy po powyższem leczeniu znikły. C. używał wody  $46^{\circ}$  C. ciepłoty. (Un. med. 1, 96).

J. Z.

35. W Towarzystwie Kaukaskich lekarzy d-r A. B. Muchański, opisywał **przypadek przebywania pijawki w krtani** w ciągu 23 dni u pewnego żołnierza. Głównym objawem było krwiopłucie, którego naturę trudno było wyjaśnić. Kiedy przyłączyła się chrypka i napady duszności, przystąpiono do obejrzenia krtani. wziernikiem i wtedy pijawka została wykryta; wisiała przyczepiona w przednim kącie krtani pod prawdziwemi strunami, ogonem ku dołowi. Próby podziałania solą w postaci insuflacji i wziewań nie dały rezultatu. Dopiero, gdy podczas sztucznie wywołanych wymiotów chory wykrztusił pijawkę tak, że ogon jej wystawał nad wejście do krtani, usunięto ją szczypcami. (Protok. Kaw. Ob. 2—1895).

H.

36. Prof. E. Carleton z New-Yorku poleca **ocet** jako skuteczny środek przeciw **karbolowi**, czy to w działaniu zewnętrznem czy wewnętrznem. Miejsca spalone karbolem po zwilżeniu octem tracą swą białą barwę i znieczulenie ustępuje; nie dochodzi do utworzenia się strupa. (W Pr. 50).

37. D-r **Katzenstein** podaje **przypadek wyleczenia białaczki wrzekomej** za pomocą zastrzykiwań arsenu. Chory miał znacznie powiększone gruczoły na szyi, karku, w pachwinach i t. d., dużą, twardą śledzionę, objawy wyniszczenia, krwotoki z nosa; we krwi niewielkie zmiany: czerwonych krążków 4,720,000, białych ciałek 12,200 i nic osobliwego morfologicznie. Leczenie trwało 6 miesięcy. Chory otrzymał około 100 zastrzyknięć w okolice kręgosłupa, poczynając od 0,1 sol. Fowleri z wodą; co 3 dni dawkę powiększano o 0,05, dopóki nie doszła do 1,0 sol. Fow. Już przy tej dawce wystąpiła znaczna poprawa; jednak autor podniósł dawkę do 2-ch szprycek dziennie,—poczem ustąpiły wszystkie objawy chorobowe i osobnik był zdrów zupełnie 5 miesięcy po skończonem leczeniu. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. VI, 1895).

W. M.

38. **Ziemssen** radzi używać do **wstrzykiwań podskórnych arsenu** nie preparatu Fowlera, w którym łatwo rozwijają się grzybki i który sprowadza często silne miejscowe podrażnienie, — lecz następujący rozczyń: 1,0 Acid. arsenicosi gotuje się z 5 ctm. sz. normalnego ługu sodowego do zupełnego rozpuszczenia i rozcieńcza się wodą dystylowaną do 100,0; przed użyciem wyjaławia się w naczyniach po 2 ctm. Zaczyna się od zastrzykiwania 0,25 rozczyńnu i stopniowo dochodzi się do dwóch całych szprycek, czyli 0,02 Natri arsenicosi na dobę. W ten sposób arsen może być podawany przez długi czas bez obawy powikłań, jakie występują przy wewnętrznem przyjmowaniu. (Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. VI, 1895). W. M.

## Bibliografia.

### I.

**Prof. d-r R. Langerhaus.** Grundriss der Pathologischen Anatomie. Zweite Aufl. Berlin 1896 Verlag von S. Karger. Charité—str. Nr 3.

Autor jest długoletnim asystentem i uczniem prof. R. Virchowa i jemu też pracę tę poświęca z okazji jubileuszu 70-lecia urodzin mistrza. Dzieło to niewielkie, względnie do olbrzymiego przedmiotu jaki obejmuje (550 str.), jest podręcznikiem dla początkujących i zaledwie zapoznających się z anatomią patologiczną. Lekarz może zeń korzystać jako z „Repetitorium” zwięzłego, podającego jedynie rzeczy najgłówniejsze, poglądy ustalone w nauce, bez wszelkich cytaty i autorów.

W kwestyach spornych, autor ogranicza się do przytoczenia poglądu Virchow'a. W ogóle dzieło omawiane nie przedstawia cech oryginalnych, będąc odbiciem poglądów Virchow'a, jak to zresztą autor zaznacza, i innych wybitnych anatomo-patologów, z których dzieł (Birch-Hirschfeld, Klebs, Ort, Ziegler i inni) autor obficie korzystał.

Jedynie rozdział o raku ma być samodzielnie przez L. opracowany, jak mówi przedmowa. Niema jednak w nim nic nowego i oryginalnego.

136 rysunków, po części szematycznych, w części z natury rysowanych, zdobi to zresztą b. poprawnie wydane dzieło. Pierwsze wydanie wyszło w roku 1891, Książka omawiana jest wydaniem drugim. Tak szybkie rozejście się dziełka, przemawia za jego praktycznością. H.

### II.

**Ostatnie wydawnictwa z zakresu chorób narządów trawienia:**

I. Nothnagel. Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneum 1 Th. Wien. 1895. Cena M. 6.

II. Pick Alois: Vorlesungen über Magen und Darmkrankheiten. Leipzig 1895. Cena M. 5.

III. Wegele Carl. Die physicalische u. Medicamentöse Behandlung der Magen u. Darmerkrankungen. Jena 1895. Cena M. 4.

IV. Leo Hans. Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane. Berlin 1895. Cena M. 11.

Rok ubiegły przyniósł nam w ostatnich miesiącach kilka nowości, z których na tem miejscu zdać sprawę zamierzam.

W dziełach wymienionych w nagłówku nie znajdują czytelnicy rzeczy nowych, nowych idei w diagnostyce i terapii, ale za to znajdują zużytkowanie materiału umiejętne i ugrupowanie dostępnych źródeł w ten sposób, że każde z wymienionych wydawnictw może być uważane za pewien rodzaj podręcznika. Szczególniej dotyczy to chorób kiszek, dość po macoszemu dotąd traktowanych wśród patologii trawienia.

Większość badaczy do niedawnych czasów główną poświęcała uwagę żołądkowi. Badano szczegółowo ten narząd w stanie zdrowia i choroby, ale mało zwracano uwagi na stokroć może ważniejsze narządy trawienia — trzustkę i kiszki. Skoro liczne badania stwierdziły, że w sprawie trawienia nie żołądkowi pierwsze przypisać należy miejsce, zwrócono się do badań innych narządów, z powodu jednak niedoskonałości metod badania dotąd jeszcze zarówno fizjologia jak i patologia trzustki i kiszek jest w powijakach. Jesteśmy co do tych narządów w tej samej dobie, w jakiej byliśmy co do cierpień żołądka przed wprowadzeniem zgłębnika w użycie.

Nieliczne prace czasów ostatnich, rzucają trochę światła na tę kwestyę, zbyt mało jednak, aby uznać dotychczasowe wyniki za odpowiadające najmniejszym choćby wymogom.

Stwierdza to dokładnie pierwsza z cytowanych książek: choroby kiszek Nothnagla, choć autor jest jednym z niewielu co się poświęcali w pracowni i u łóżka chorego chorobom kiszek specjalnie.

Całość nie należy do Nothnagla, artykuł: Die chemischen Vorgänge im Darmcanale opracowany jest przez Obermayera z uwzględnieniem wszystkiego, co się dało zebrać w literaturze o tym przedmiocie. Zarówno trawienie trzustkowe jak i kiszkowe w ścisłem tego słowa znaczeniu, oraz sprawy chemiczne, odbywające się w kiszkach, niezależnie od zczynów znalazły tu szerokie uwzględnienie. Z przyjemnością zaznaczyć wypada, że i nazwiska naszych autorów, są cytowane choć nie zawsze poprawnie.

Drugi artykuł: die Bacterien des Darmes sumiennie wyczerpuje omawianą kwestyę, autor rozpatruje znane dotąd rodzaje drobnoustrojów znajdujące w kiszkach i opisuje ich cechy główne; brak rysunków stanowi ujemną stronę artykułu.

3-ci rozdział o ruchu kiszek jest znaną pracą Nothnagla. Na uwagę zasługuje artykuł: Faeces, opisujący własności stolców rozmaitych, któremu brak tylko ilustracji zarzucić można. Po tym wstępie N. przechodzi do opisu i leczenia rozmaitych chorób. Znajdujemy tu: zaparcie stolca, rozwolnienia, gdzie autor wypowiada

znane już czytelnikom naszym poglądy, niestrawność kiszkową, wzdęcia, bóle kiszkowe, krwawienia kiszkowe, nieżyt kiszek, zapalenie ropne, błonicowe kiszek, atrofię kiszek oraz t. z. enteritis membranacea, wreszcie sprawy wrzodziejące.

Jak widzimy podział to symptomatyczny, nader dla klinicysty dogodny, ale daleki jeszcze od ścisłości naukowej. Nie robię z tego zarzutu Nothnaglowi, owszem jest to jego zasługa, sztuczna klasyfikacja dziś sprowadzałaby tylko zamęt, zwracam tylko uwagę czytelnika na myśl wypowiedzianą na wstępie, że chorobom kiszek daleko nawet do tego stanu, w jakim się choroby żołądka znajdują.

Drugą książką, stanowiącą przedmiot niniejszego sprawozdania jest „Vorlesungen über Magen u. Darmkrankheiten, część I Magenkrankheiten.

Jest to szereg odczytów przez autora wypowiedzianych i spójnych w wydaniu książkowym dość luźno. Część nieznaczną autor poświęca anatomii żołądka i kiszek, treściwie opisanej, poczem przechodzi do metod badania, a więc wywiadów, symptomatologii, badania fizykalnego, badania treści żołądka. Dane przytoczone tutaj wyjęte są z ostatnich prac i opracowane nader sumiennie.

W VII-m odczycie zaczyna autor rozpatrywać poszczególne choroby. Przed dwoma laty na tem miejscu wypowiedziałem się co do klasyfikacji chorób żołądka, nie będę więc do tej kwestyi powracać, nadmienię tylko, że klasyfikacja Picka zbliża się do przyjętej przez Ewalda w jego podręczniku: mamy więc zapalenie ostre ze wszystkimi znanymi postaciami, nieżyt przewlekły, rozszerzenia, wrzód, rak. Oddzielny odczyt poświęca autor rakowi i zwężeniom przelyku. Nerwice żołądka traktowane są bardzo pobieżnie, a dzieli je autor na czuciowe, ruchowe i wydzielnicze. Enteroptocie poświęca zaledwie kilka kartek wzorem wszystkich autorów niemieckich.

Stosunkowo dużo miejsca w pracy niniejszej poświęcono leczeniu i praktycznym przy tym leczeniu wskazówkom.

Całość pisana przystępnie i treściwie, co zaleca tę pracę i z korzyścią może czerpać z niej wskazówki każdy lekarz praktyk.

### III. Wegele poświęcił swoją pracę wyłącznie leczeniu.

Znajdujemy tu zarówno terapię ogólną jak i szczegółową. Pierwszą dzieli na leczenie fizykalnymi metodami, a więc płókanie żołądka, tusze żołądkowe, lawatywy opróżniające i odżywcze, mięsienie, leczenie elektrycznością, wodolecznictwo, oraz ortopedia i gimnastyka; drugą część stanowi leczenie lekowe, więc rozpatruje tu działanie zasad i kwasów, środków pobudzających wydzielanie, zaczynów, emetica, carminativa, środków kojących, nasennych, ściągających i przeciw-gnilnych. Dużo tu szczegółów zebranych z ostatnich obserwacji.

Na szczególną uwagę zasługuje rozdział o wskazaniach do operacji na narządzie trawienia; zestawia tu autor rozmaite typowe operacje na żołądku i kiszkach i szczegółowo rozbiera dane statystyczne, dotyczące wyników operacji.

Rozbiera wreszcie w części ogólnej pod nazwą „unterstützende Kurmethode” takie metody lecznicze jak balneoterapię, leczenie psychiczne i t. p.

Część druga stanowi leczenie chorób poszczególnych żołądka i kiszek. Właściwą terapię poprzedza treściwe zebranie faktów z patologii, mogących mieć dla leczenia znaczenie. Autor zarówno tu jak i w części ogólnej zupełnie dyetetykę pominął milczeniem, a zajmuje się tylko metodami wyżej wymienionymi, ale za to krytycznie ocenia każdą z nich, sumiennie podając wszelkie w danej kwestyi zdania.

W ogóle rzecz to nader sumienna i nader dla lekarzy praktyków pożądana, tem bardziej, że w dziełku znajdujemy liczne formy recept, jakie wypróbowano oddawna.

Dyetetyka, pióra tegoż autora, wyszła dawniej, w ciągu więc niniejszej pracy autor odsyła często do niej czytelnika.

IV. Dyagnostyka narządów brzusznych L. wychodzi już w 2-gim wydaniu i zasłużenie między licznymi tego rodzaju wydawnictwami zajmuje miejsce poczesne. Oryginalnych poglądów tu nie ma wcale, ale zestawiono wszystko, co może ułatwić rozpoznanie w każdym pojedynczym przypadku cierpień jamy brzusznej, najtrudniejszych niewątpliwie do rozpoznania.

Na 2 części główne rozdziela L. swą dyagnostykę. W pierwszej zajmuje się danymi, których dostarczają nam badanie fizykalne oraz przebieg choroby, w drugiej rozpatruje mikroskopowe i chemiczne własności wydaliny i wydzieliny oraz płynów drogą sztuczną otrzymanych, jak np. za pomocą próbnego przekłócia.

W pierwszej części uwzględnił wszystkie znane dotąd cierpienia jamy brzusznej, podając sposoby rozpoznawania różniczkowego rozmaitych cierpień.

Jako podręcznik książka zaleca się sumiennem opracowaniem. Liczne rysunki jednokolorowe ułatwiają badania.

*Józef Zawadzki.*

---

## SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ.

---

### Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 26/XI 1895 r.

---

Na posiedzeniu tem oprócz odczytania sprawozdań z prac naukowych kolegów, którzy wnieśli podania o przyjęcie ich w poczet członków czynnych, wygłosił kol. Dmochowski odczyt p. t. „Przyczynę do kwestyi leczenia t. zw. Tonsillitis desquamativa chronica.“ Mówca, określiwszy przedewszystkiem, co rozumie pod tą nazwą, zwraca uwagę, że niezmiernie ważnym czynnikiem w etyologii Tonsillitidis desquamativae gra anatomiczna

budowa migdałów i stosunek ich do łuków. Względy ostatnie powodują, że autor dzieli migdałki na 4 grupy:

Do 1-szej zalicza migdały przerosłe okrągłe, wyraźnie inkapsulowane.

Ze stosunku takich migdałów do łuków wypływa często obecność t. zw. fossula supratonsillaris, do której otwierają się krypty.

Do 2-giej gr. zalicza autor migdały duże, przerosłe, lecz nie okrągłe. Niema wtedy fossulae supratonsillaris.

Do 3-ciej gr. zalicza mówca migdały nie przerosłe.

Do 4-ej gr. wreszcie — migdały bliznowato zwyrodniałe.

Omówiwszy następnie na czem polega istota cierpienia „Tonsillitidis desquamativae“, autor przystąpił do przeglądu metod leczniczych i podał swoją, którą już w wielu przypadkach wypróbował. Metoda ta polega na przecinaniu ścian krypt przygotowanym ad hoc nożykiem, zagiętym pod kątem prostym dla pewnych form migdałków i zagiętym sierpowato dla innych.

Po odczycie zawiązała się dyskusya, w której prof. Brodowski, zaznaczył, że nie widzi potrzeby wydzielenia tego cierpienia w nową grupę, gdyż jest ono zwyczajnem kataralnem zapaleniem, wice-prezes zaś i sam autor ze względów klinicznych, jak również anatomicznych przemawiają za utrzymaniem odrębności tego cierpienia. Kol. Srebrny zaznaczył, że dobre wyniki otrzymywał przy leczeniu omawianego cierpienia za pomocą przypalania galwanokaustycznego, kol. zaś Dobrowolski był zdania, że najradykałniej leczy się omawiane cierpienie przez usunięcie migdałka całkowite, a czasami tylko częściowe.

*K. Rychliński.*

### Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. d. 3/XII 1895 r.

Na posiedzeniu tem, oprócz sprawozdań, z prac kandydatów na członków czynnych kol. Dobrowolski przedstawił 2-ch chorych.

Pierwszy chory nie obarczony dziedzicznie, lecz ze stłumieniem w prawym wierzchołku i z oddechem zaostrzonym, od tygodnia cierpi na silny ból w gardle i chrypkę. Badanie krtani wykazało co następuje: prawy brzeg nagłośni nieco zaczerwieniony i opuchnięty, prawa fałda nagłośnio-nalewkowa mocno opuchnięta.

Błona śluzowa prawej chrząstki nalewkowej szarawego koloru, błyszcząca, zasłania prawą fałszywą i prawdziwą strunę głosową. Lewa połowa krtani oprócz miejscowego powierzchownego nadżarcia lewej struny fałszywej i zmętnienia nabłonka zmian innych nie przedstawia. Kol. D. sądzi, że ma w danym razie do czynienia z pierwotnym obrzękiem struny, zastrzega się



jednak, że musi najpierw drogą obserwacji i szczegółowego badania wykluczyć perichondritis arylhaenoidea tuberculosa.

Drugi chory, lat 11 liczący, ma na wargach, obok wędzi-dełek, w kątach ust oraz na górnej powierzchni języka, wyniosłości błony śluzowej na oko gładkie, szarawego koloru o równych brzegach. Specjalista-syfilidolog orzekł, że jest to sprawa przymiotowa, kol. jednak D., badając części tych wyniosłości pod drobnowidzem, przekonał się, że jest to fibroma papillare durum i radzi takowe wyciąć i wyskrobać i wreszcie przypalić galwanokauterem.

W końcu kol. Pruszyński w swym nader sumiennie opracowanym odczycie uprzytomnił zebrany niespożyte zasługi ś. p. Pasteur'a na polu naukowem i szczególnie uwydatnił ten wielce dodatni rys zmarłego uczonego, że bodźcem do odkryć jego służyła mu niemal zawsze gorąca miłość kraju własnego i chęć zaradzenia biedzie, trapiącej różnemi czasy to tę, to inną gałąź przemysłu rodzinnego.

*K. Ryehliński.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— Na posiedzeniu Paryskiej Akademii Lekarskiej z dnia 26-go listopada 1895 r. prof. Pinard zakomunikował ciekawe szczegóły o **przytułkach dla ciężarnych** w Paryżu. Pierwszy zakład tego rodzaju powstał z inicjatywy prywatnej w r. 1892, wkrótce potem zarząd miejski otworzył drugi podobny przytułek. W przytułkach tych znajdują schronienie kobiety ciężarne, pozbawione pomocy i opieki, bez względu na narodowość i stanowisko społeczne. Prawie wszystkie kobiety, które podczas ciąży przebywały w jednym z powyższych zakładów, odbyły następnie poród w klinice prof. Pinard'a. Miał on więc możność przekonać się dowodnie o dobroczynnych skutkach tego rodzaju instytucji. Przedewszystkiem stwierdził, że dzieci zrodzone z kobiet, które w ostatnim okresie ciąży przebywały w przytułku, odznaczały się doskonałym rozwojem fizycznym.

Przeciężta waga tych noworodków przewyższała znacznie wagę dzieci, zrodzonych z kobiet, które aż do chwili porodu zmuszone były pracować.

Obok tego prof. Pinard na zasadzie obliczeń porównawczych dowiódł, że czas trwania ciąży u kobiet, które przebywały w przytułku, był stosunkowo znacznie dłuższy niż u kobiet, które wstępowały do kliniki wprost z domu. „Dane powyższe, mówi Pinard, wskazują, co czynić należy, ażeby posiadać ludność silną i dzielną. Jeżeli pochwalamy usiłowania, skierowane ku wspieraniu słabych

i chorych, powinniśmy również czuć wdzięczność dla tych ludzi, którzy wynaleźli środek, oszczędzający cierpień matkom i pozwalający im rodzić tegie potomstwo."

Do słów powyższych pozwolimy sobie ze swej strony dołączyć kilka uwag wysnutych z obserwacji życiowej.

Dla kobiety samotnej, zmuszonej pracą zdobywać środki do życia, ciąża jest istotną klęską, gorszą od choroby. W chorobie bowiem znajduje ona pomoc i opiekę w szpitalu, w ciąży zaś sama musi myśleć o sobie. Pracuje więc, dopóki może, a gdy nadejdzie chwila, w której zmuszoną jest zaprzestać pracy, utrzymuje się przez pewien czas z zasobu swych skromnych oszczędności. Ostatnie tygodnie ciąży, w których kobieta najwięcej potrzebuje wygód i spokoju, spędza zwykle w nędzy i poniewierce. Pomoc znajduje dopiero w chwili porodu. Jakże stąd wynikają skutki dla potomstwa tych kobiet, ten tylko może mieć wyobrażenie, kto widział dzieci w naszym domu podrzutków. Są to po największej części istoty nędzne o starczych, pomarszczonych twarzach, z wielkiego brzucha i cienutkich kończyn podobnych do olbrzymich pajaków. Warunki, w których się te dzieci wychowują, bynajmniej złe nie są; a jednak śmierć zbiera wśród nich obfite żniwo; wśród tych zaś, które przy życiu pozostają, uderza stosunkowo bardzo wielka ilość dzieci niedorozwiniętych i kalekich. Z dzieci tych wyrastają ludzie, którzy zamiast wywdzięczyć się społeczeństwu pożyteczną pracą za okazaną im pomoc, stają się dlań ciężarem.

Prof. Pinard wskazał, na jakiej drodze można osiągnąć poprawę tych niepomysłnych warunków. Byłoby rzeczą ze wszech miar pożądaną, ażeby społeczeństwo nasze zechciało skorzystać z powyższej wskazówki.

A. K.

— „Gazeta Radomska” aza nią kilka pism warszawskich („Głos”, „Kurier Codzienny”) pomieściło odezwanie się publiczne (w radzie zarządu drogi) naczelnego lekarza drogi żelaznej Dąbrowieckiej w Radomiu, p. Ż., motywującego potrzebę **urządzenia szpitalików kolejowych** tem: „że pp. lekarze (warszawscy), utrzymujący lecznice, oprócz wygórowanych cen za najmniejsze operacye, umyślnie trzymają chorych czas dłuższy, niż tego wymaga potrzeba, li tylko dla celów swych handlowych.” Odnośne komentarze wspomnianych gazet podają bądź poważną krytykę tego faktu („Głos”), bądź też są tylko echem niesympatii, odczuwanej przez ich redakcyę względem lekarzy wogóle. Co do nas musimy na razie wstrzymać się z komentarzem i ograniczyć do zwrócenia się do p. Ż., naczelnego lekarza drogi Dąbrowieckiej w Radomiu (pomyłka co do osobistości chyba zająć nie może) z prośbą o użyczenie nam wyjaśnienia w tej kwestyi.

— Zarząd Warsz. Szpitala dla dzieci na posiedzeniu odbytem w dniu 4 stycznia r. b., zamianował **młodszymi ordynatorami** tegoż szpitala kolegów: E. Dytla, Al. Gruzewskiego, Wł. Rodysa, Wł. Sawickiego i D. Wojerskiego.

— Na propozycyę przewodniczącego Petersburska Rada miejska postanowiła powitać uroczyście głównego lekarza szpitala św. Mikołaja, d-ra Czeczota, w dniu 1 stycznia 1896, jako w rocznicę 30-lecia jego działalności lekarskiej.

— **Wydział lekarski w Odessie** wkrótce będzie urzeczywistniony. Ministerjum oświaty na r. b. przeznaczyło 400,000 rs., na budowę gmachów.

— Rada lekarska postanowiła prawo noszenia **obecnego znaku dla doktorów medycyny** rozciągnąć na wszystkich lekarzy, mężczyzn i kobiet.

— **Osobiste.** 28 b. m. prof. Krassowski obchodził 25-cio letni **jubileusz** dyrektorstwa Instytutu położniczego w Petersburgu. W r. 1875 prof. K. obchodził 25 lecie działalności profesorskiej. W jubileuszu przyjmowały udział korporacje lekarskie całego Państwa, zarówno jak i szerokie koła społeczeństwa.

— Prof. **Wicherkiewicz** mianowany został zwyczajnym profesorem okulistyki na wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie.

— Dr **V. Grazi** mianowany został nadzwyczajnym profesorem rhino-laryngologii na uniwersytecie w Pizie.

— Wydział lekarski w Berlinie powierzył prof. **P. Erlichowi** wykład Patologii i terapii szczegółowej.

— Znany ginekolog berliński, prywatny docent d-r **Dührsen** dostał tytuł profesora od wydziału lekarskiego wszechnicy w Berlinie.

— Nowomianowany następcą zmarłego Bardelebena prof. **König** rozpoczął w dniu 3 grudnia r. z. wykłady w klinice chirurgicznej w Charité. Uświęconym zwyczajem König uczcił pamięć swego poprzednika odpowiednim przemówieniem.

— **Zjazdy lekarskie.** XIV zjazd dla wewnętrznej medycyny odbradować będzie w Wiesbaden pomiędzy 8 a 11 kwietnia.

Trzeci międzynarodowy Zjazd dla psychologii odbędzie się w Monachium od 4 do 7 kwietnia. Wszystkie prace kongresu podzielone być mają pomiędzy cztery sekcje: 1) Psychofizjologiczna. 2) Psychologia normalnego osobnika. 3) Psychopatologia. 4) Psychologia porównawcza. Odczyty i obrady odbywać się mają w czterech językach: francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim.

— W Wiedniu zawiązał się komitet w celu założenia **zakładu** dla leczenia, wychowywania oraz kształcenia **dzieci epileptycznych**.

— Belgijska akademja lekarska wyznaczyła **premium** w kwocie 8,000 fr. za najlepszą pracę na temat: Nowe odkrycia w dziedzinie patologii i terapii chorób ośrodków nerwowych, specjalnie zaś padaczki na podstawie badań klinicznych i doświadczalnych.

— **Behring i Roux** otrzymali od Akademii Paryskiej po 25,000 fr. każdy za wynalezienie środka przeciwko błonicy.

— W Stanie New-York przyjęte zostało nowe b. ważne prawo. Dotąd w sprawach sądowych **eksperci** powoływani byli przez strony. Zdania ekspertów i kontrekspertów, często wbrew sobie przeciwne, nieraz wprowadzały w błąd sędziów. Oprócz tego ekspertów mogli powoływać tylko ludzie bogaci. Według nowego prawa ma istnieć osobna niezależna komisja ekspertów, która obradować będzie poza posiedzeniami sądowymi i sądowi podawać będzie tylko ostateczne wnioski. Ekspertyza na żądanie stron nie będzie dopuszczaną. Niezawodnie, że prawo to podniesie znaczenie ekspertyzy i ekspertów.

— **Reforma nauczania w Austrii.** W końcu r. z. pod przewodnictwem ministra oświaty rozpoczęto prace w Wiedniu nad reformą wydziałów lekarskich. Do komisji należą prócz delegatów rozmaitych władz lekarskich, profesorowie uniwersytetów.

Na posiedzeniach oświadczo się za wypuszczeniem programu nauk botaniki, mineralogii i zoologii, ustanowieniem obowiązkowych kolegów oraz ustanowieniem 20 obowiązkowych lekcji w semestrze.

Przedmioty wykładane podzielono na 4 grupy, przedzielone egzaminem ścisłym. Do 1-ej grupy: rozdzielona na 2 półrocza anatomia, sekcye anatomiczne, fizyologia z zajęciami praktycznymi, fizyka, chemia teoretyczna i praktyczna, histologia, nieobowiązkowo: hodegetyka lekarska, biologia, historia medycyny. Z końcem 4 półrocza — egzamin ścisły z anatomii, fizyologii, fizyki, chemii i histologii.

Do II-ej grupy należą patologia ogólna, farmakologia i katarfologia, anatomia patologiczna, zajęcia sekcyjne, klinika wewnętrzna, dermatologia i nauka o chorobach wenerycznych, chirurgia, położnictwo, okulistyka, medycyna sądowa, higiena, pedyatria, psychiatria, laryngologia, otyatria, szczepienie ospy, dentystryka, operacye chirurgiczne, zajęcia w klinikach; nieobowiązuujące przedmioty: ustawodawstwo sanitarne, weterynarya, epidemiologia, toksykologia, chirurgia wojenna, ortopedya, nauka o instrumentach i aparatach chirurgicznych. Egzamin ścisły 2-gi po 10 półroczach obejmuje: patologię ogólną, farmakologię, anatomię patologiczną, medycynę wewnętrzną, pedyatrię i psychiatrię. Egzamin można zdać najwcześniej w 3 tygodnie po 2-im 3-ci dermato i syfilidologia, ginekologia i położnictwo, okulistyka, medycyna sądowa i higiena. Najdłuższy termin między 2 i 3 egzaminem, rok.

Prawo do praktyki uzyskuje lekarz dopiero po rocznej służbie szpitalnej.

Takim jest szkic reform, które po dalszem przedyskutowaniu przez wydziały lekarskie będą wzięte pod ostateczne obrady.

Licząc czas potrzebny do egzaminów, odtąd dla uzyskania dyplomu lekarz będzie musiał pracować 6½ lat, czyli mniej więcej tyle co w Szwecyi.

Zdaje się, że za przykładem austriackich muszą iść i inne uniwersytety, 5-letnie bowiem studia są dziś niewystarczające.

— **Jak wchodzić na schody.** Annales d'hygiene zwracają uwagę, że przy wchodzeniu na schody zazwyczaj opieramy podszewę jednej nogi na schodzie, później drugiej nogi na następnym i t. d. Ruchy te powodują zmęczenie, gdyż ciężar ciała wspiera się dzięki napięciu jednej tylko grupy mięśni. Racyonalne wchodzenie będzie następujące: należy stanąć całą stopą na schodzie, opierać się zarówno na międzystopiu jak i na pięcie i powtarzać to ciągle, wtedy zmęczenie będzie mniejsze, gdyż ciężar ciała spada na mięśnie łydki i biodra.

— **Sprawa Lebaudy** tak szeroko omawiana obecnie w prasie politycznej przeniosła się nawet do szpał pism lekarskich. „Bulletin Médical”, „Union Médical” oraz niektóre inne pisma medyczne podnoszą głos w obronie lekarzy wojskowych, którzy, rozpoznawszy u Lebaudy'ego ciężkie cierpienie, żądali dla niego urlo-

pu dla przeprowadzenia odpowiedniej kuracji. Władza jednak wojskowa nie wierzyła lekarzom, naznaczała coraz to nowe oględziny, przerzucała często chorego człowieka z jednego miejsca na drugie, przez co bezpośrednio skon jego przyspieszyła.

— Wiadomo, że **Jameson**, który w ostatnich czasach tyle tyle hałasu w polityce narobił, jest lekarzem. Z urodzenia jest on szkotem, medycynę studjował w University College w Londynie, gdzie w r. 1875 dostał dyplom doktorski oraz medal złoty za rozprawę z dziedziny medycyny sądowej. W 1878 r. udał się do południowej Afryki i osiadł w Kumberley, gdzie zdobył sobie znaczną praktykę lekarską. Tu poznał się z Sir Rhodesem, który go do swych zaborczych zachcianek stopniowo zaprawiał. W ostatnich czasach pełnił on obowiązki administratora kraju Maschona, z kąd nieszczęsną wyprawę na Transvaal przedsięwziął. Obecnie wojowniczy doktor płynie do Anglii, jako więzień rządu brytyjskiego.

— Pewien spostrzegacz angielski zauważył **wpływ instrumentu na włosy grającego**. Tak np. fortepian powstrzymuje wypadanie włosów i konserwuje czupryny. Można temu łatwo uwierzyć wspomniawszy bujną grzywę Paderewskiego, i dobre uwłosienie różnych znanych fortepianistów (Fr. Dawson, L. Borwich, Pachman, Sapelnikof, Richard, Bird), nie mówiąc już o Józefie Hoffmannie, którego jeszcze i młody wiek chroni od łysiny. Rubinstein także miał b. silne włosy, a i Śliwińskiemu rzeczywiście nie grozi łysina. Poważny wyjątek stanowi jednak Michałowski. Podobny wpływ wywierają i skrzypce, chociaż nie tak stanowczy. Joachim, Sarasate, Isaye, Barcewicz (nieboszyk Kątski) odznaczają się dobrymi czuprynami.

Niektóre kobiety grające na skrzypcach posiadają wyjątkowo piękne włosy (Fride Scottac, Szwedka, G. Wietrowetz, Austriaczka). Z innych instrumentów wiolonczela, altówka, harfa, basetla dobrze chronią włosy, zato dęte instrumenty wpływają ujemnie. Fatalny zaś wpływ wywiera rówek, a zwłaszcza trombon, na którym grający łysieją w ciągu 5 lat. W wojskowych orkiestrach przeważnie dętych, spotyka się b. wielu łysych.

— Prof. d-r Bozzolo z Turynu zaleca następującą **mieszaninę środków przeciwgorączkowych**, która ma być znacznie skuteczniejszą od pojedynczych składników, oraz ma znakomicie ciepłotę obniżać:

Rp.	Antipirini	2,0.
	Phenaceti	1,0.
	Antifebrini	0,5.

M. f. p. Div in dos Nr IV.

S. Użyć w ciągu dnia.

(Therap. Wochenschrift).

H. K.

# Nekrologia.

## Ś. p. D-r Franciszek Jawdyński.

Świat nasz lekarski znów pozbawiony został jednostki, która umysłem świątłym, sercem zacnem, a nadewszystko charakterem prawym górowała ponad wieloma. Jeszcześmy nie znaleźli pociechy po stracie Wł. Matlakowskiego, gdy śmierć nieubłagana wyrwała z pośród nas tego, co do ostatniej chwili stojąc na stanowisku, padł ofiarą swego powołania.

Franciszek Jawdyński urodził się w Warszawie roku 1851; po ukończeniu szkół wstąpił na uniwersytet warszawski na wydział lekarski; otrzymawszy stopień lekarza, został w r. 1876 ordynatorem kliniki chirurgicznej szpitalnej; w roku 1878 przeszedł na stanowisko ordynatora kliniki wydziałowej chirurgicznej w szpitalu św. Ducha, gdzie w ciągu lat 8-iu pracował pod kierunkiem prof. Kosińskiego. W roku 1886 otrzymał na konkursie godność ordynatora szpitala Praskiego, a przed trzema laty przeszedł na także stanowisko do szpitala Dziec. Jezus. Jako ordynator kliniki zdobył sobie uznanie i wdzięczność studentów za świątłe rady udzielane im; jako ordynator szpitalny, samodzielnie prowadzący leczenie chorych, doszedł do wielkiej praktyki, będącej owocem jego niezmordowanej pracy i wytrwałości oraz znakomitej techniki operacyjnej. Nadto brał czynny i żywy udział w dyskusjach na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którego członkiem czynnym był od lat 15, wreszcie zasilął pracami swemi „Pamiętnik Towarz. Lekar. Warszawskiego”, „Gazetę lekarską” i „Przegląd Chirurgiczny”. Liczny zastęp młodych lekarzy, studujących bliżej chirurgię, otaczał Jawdyńskiego, jako ordynatora szpitalnego, a wszyscy oni korzystali ze świątłych Jego wskazówek, uczyli się, jak stosować w praktyce najnowsze zdobycze w dziedzinie chirurgii nowoczesnej.

Nie tyle jednak zasługują na wspomnienie pośmiertne przytoczone szczegóły z życia Fr. Jawdyńskiego, ile pewne strony i rysy jego charakteru, wyróżniające go od całego szeregu innych: był to, w całym znaczeniu tego wyrazu, człowiek uczciwy, prawy, przejęty do głębi zasadami etyki lekarskiej i ogólnoludzkiej, człowiek z żelazną wytrwałością, niezmordowany w pracy, wreszcie pojmujący spełnianie rzetelne swych obowiązków, nawet z narażeniem własnego życia. To poczucie obowiązku i gotowość niesienia pomocy choremu stały się powodem, że społeczeństwo straciło w ś. p. J. jednego ze swych lepszych synów, a my — lekarze — wzór kolegi i lekarza.

W. Ż.

## Z M A R L I.

— Dr. Raźniewski, lekarz powiatowy w Sieradzu, zmarł na klinice prof. Mikulicza we Wrocławiu. Zmarły cieszył się szczerą sympatją kolegów.

— Dr. Kaczkowski, b. ordyn. szpitala św. Łazarza, zmarł w majątku własnym, gdzie wycofawszy się z praktyki od dawna zamieszkał.

— Dr. G. H. van der Mey, profesor akuszerii i chorób kobiecych w Amsterdamie.

— Dr. J. Edwin Michael b. profesor anatomii i chirurgii w Marylandzie.

— Prof. Charles Fauvel w Paryżu, znakomity laryngolog francuski.

— Dr. Louis de Brun, profesor fakultetu francuskiego w Beyrouth (Mała Azja).

## NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Pamiętnik Zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim 1885—1895. Kraków, 1895.

**L. Lubliner:** O cierpieniach dróg żłowych. (Odb. z Przegl. Chirurg.).

**J. Tchórznicki:** Pilne sprawy higieniczne. Warszawa 1895, nakład kassy Mianowskiego.

**J. Tchórznicki:** Mieszkania dla robotników. (Odbitka ze „Zdrowia”, 1896).

D-r med. **A. A. Sicinski** K Kazuistykę centralnych rozrywów promieźności. (Odb. z Zor. akusz. i Ż. B. 1895).

**L. Krynski:** Zur Beeinflussung maligner Tumoren d. künstlich hervorgerufene asept. Eiterung. (Odb. z Cent. f. Chirurgie).

**L. Krynski:** O leczeniu wycisowania pęcherza moczowego. (Odb. z Przegl. Lek.).

**Prof. B. Wicherkiewicz.** Wstrzykiwania roztworów rtęci do żył. (Odb. z Now. Lek.).

**Prof. d-r R. Langerhans.** Grundriss der Pathologischen Anatomie. Berlin, 1896. Verlag von S. Karger. Charite, str. 3.

**J. Grundzach.** En Fall v. Zurücktreten der Prodromalsymp tome e. acuten Darmocclusion nach Entfernung d. Fremdkörpers aus dem After. (Odb. z Wien. M. Presse).

## Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzony również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możności rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobliwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władze rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Misiewicza o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.
2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.
3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.
4. Sprawozdania z posiedzeń.
5. Bibliografia.
6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.
7. Wiadomości pomniejsze.
8. Kronika bieżąca.
9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bie-



żącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na oltarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilanie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmienając, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

*Redakcja.*

*Wydawcy.*

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

„ Administracyi: Marszałkowska 99.

*Na żądanie Administracya wysyła numery próbne bezpłatnie.*

## S P I S R Z E C Z Y.

### Tracę oryginalne.

- I. Stanisław Kamiński. O wylewach mleczka do jam surowicznych ciała, 97.—  
 II. D-r Jan Sędziak. Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosowej, 105.

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. **Patologia i medycyna wewnętrzna.** 21. Dr. K. Klecki. O miejscowem działaniu gazów gnilnych na otrzewną oraz o ich działaniu ogólnem na ustrój, 108.—22. Dr. A. Lazarus. (Berlin). O rozpowszechnianiu łaseczników tyfusu brzuszego za pomocą metody Elsner'a oraz o klinicznej wartości tejże, 111.—23. Prof. d-r L. Brieger. (Berlin). O klinicznej wartości Elsner'owskiej metody rozpoznawaniu tyfusu brzuszego, 112.—24. Dr. Engel. O drobnoustrojach w moczu w zapaleniach nerek, 113.—25. Dr. Pick. O ślepcie jednostronnej (hemianopsia) w mocznicy, 114. — 26. Dr. P. Marie. O cukromoczu, 116.—27. Prof. Babes. Przyczyny zgorzeli płuc, 118.

- II. **Choroby wieku dziecięcego.** 28. C. Stamm. Osteoperiostis deformans jako następstwo przymiotu dziedzicznego późnego, 119. — 29. Dr. G. Liebe. Przypadek choroby Barlow'a, 120. — 30. Johann Bókai. Trwanie intubacji u uleczonych chorych na dyfteryę przed leczeniem surowicą i obecnie, 121.

31 — 38. Wiadomości pomniejszych, 121.

- Bibliografia, 124. Sprawozdania z posiedzeń: Posiedzenie Towarzystwa Lek. Warsz. d. 26 XI 1895 r., 127. Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. d. 3 XII, 1895 r., 128.

Kronika bieżąca, 129.—Nekrologia, 134.—Od Redakcyi, 136.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

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

---