

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 13

Warszawa d. 1 kwietnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką | rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową | półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEN. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. — Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii, podał Prof. D-r L. Korczyński. Przyczynki do patologii przydatków sieciowych, podał D-r Med. Ludwik Krauze. (C. d.).—STRESZCZENIA—*Medycyna wewnętrzna.* 52 A. Jochmann. Objawy uboczne przy stosowaniu surowic. 53. A. Wolff-Eisner. O stosunku między teorią działania tuberkuliny i leczenia tuberkulinowego. 54. O. Roepke. Przyczynki do serodyagnostyki gruźlicy płuc. 55. B. Möllers. O typie prątków gruźliczych w płwocinie suchotników. — *Choroby gardła i nosa.* — 56. M. Senator. O leczeniu wilka błony śluzowej 57. Sturman. Usuwanie doszczętne migdałków. 58. O. Strandberg. Leczenie wilka jamy nosowej za pomocą jodku sodu i wody utlenionej sposobem S. A. Pfannenstiela. — *Chirurgia.* — 59. Erank. Leczenie zatrzymania moczu zastrzykiwaniem gliceryny do pęcherza moczowego. — Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii.

Podał

Prof. D-r L. Korczyński.

Poszukiwania początków leczenia zdrojowego i kąpielowego, a w pewnej części także klimatycznego wiodą nas do bardzo odległych czasów, niemal do zamierzchłej starożytności, uczą, jaki nadzwyczajny urok

otaczał to leczenie, jakim ono misteryum było w rękach magów, kapłanów i mędrców, tych szafarzów łask bogów. Sam fakt, że źródła wód mineralnych wraz z wznoszonymi w ich sąsiedztwie świątyniami poświęconymi były boskim istotom i same za poświęcone uchodziły, świadczy o wielkiem ich znaczeniu, tłumaczy tę cześć, jaką je otaczano. Ale ta cześć i ta tajemniczość nie przyczyniły się bynajmniej do pojmovania istoty leczenia, nie dopuszczały do jej badania. Wię-

rzono w cudowne skutki, nie pytano, skąd one się biorą. Nie inaczej było i w wiekach średnich. I wtedy jeszcze od t. zw. „ducha źródła” (Brunnengeist) zależeć miała skuteczność leczenia zdrojowego i kąpielowego.

Dopiero wiek XVIII przyniósł pewne zmiany zasadnicze, a przyniósł je dzięki dokładniejszym badaniom chemicznym. W połowie XIX wieku przez rozbiory, dokonywane w pracowniach LIEBIGA, FRESENIUSA, BUNSENA otwarło się wreszcie właściwe, szerokie pole do badań lekarskich. Wtedy i medycyna weszła już powszechnie w okres nowoczesnych, ścisłych, realnych dociekań, a znalazłszy w rozbiorach chemicznych wód mineralnych należyte podstawy, zająć się mogła bliższem określeniem działających w wodach składników według farmakologii i farmakodynamiki doświadczalnej. Po balneologii powstał drugi poniekąd dział balneologii—balneodynamika.

Z biegiem lat rozwinał się ten dział wspaniale i rozrósł tak, że wyszedł daleko poza granice tego, co czerpać można było z badań chemicznych. Nie przestając bynajmniej tworzyć jednej organicznej całości, rozpadł się jednak na części, obejmujące i właściwą dynamikę wód mineralnych, i działanie wody jako takiej i wpływy, wywierane przez siły, tkwiące w właściwościach klimatu. Powstały w ten sposób trzy działy: balneoterapia w ściślejszem tego słowa znaczeniu, hidroterapia czyli leczenie za pomocą wody, gdzie właściwymi czynnikami są ciepłota i wpływy mechaniczne, wreszcie trzeci klimatoterapia, posługująca się siłami, tkwiącymi w podniebiu.

Wszystko to nie mały zapewne zakres. A jednak nie obejmuje on jeszcze tego wszystkiego, czem współczesna balneoterapia rozporządza w zakładach zdrojowych, kąpielowych i klimatycznych.

Nieodzownym warunkiem należytego

i dokładnego wyzyskania sił leczniczych tkwiących w wodzie i w klimacie, jest odpowiednie celom i łatwe ich wyzyskanie. Siły te trzeba było poniekąd ujarzmić, poddać rozkazom medycyny. Zadanie ujarzmienia spełnia technika, kierowana ręką lekarza, — odgrywa ona ogromną rolę w balneologii, przyczynia się niemało do rozwoju samego leczenia; zupełnie też słusznie należy się jej osobne miejsce. Bez balneotechniki i bez urządzeń, stworzonych przez nią, nie mielibyśmy wprost zdrojowisk, bez jej współdziałania nie umiemy sobie wyobrazić zakładów zdrojowych kąpielowych i nawet klimatycznych.

Ale wszystkie te zakłady, jakkolwiek z natury rzeczy posługują się w pierwszym rzędzie siłami przyrodzonymi, czynnikami hydro-balneo-i klimatodynamiki, to jednak korzystają także w całej pełni z tego wszystkiego, co z rozwojem i postępem sposobów leczenia staje się powszechną własnością wykonawstwa lekarskiego i przyczynia do tem energiczniejszego i bardziej wszechstronnego działania na ustrój chorych. Cała nowoczesna mechanoterapia w najszerszem tego słowa znaczeniu, zacząwszy od działań ręką ludzką, a kończąc na specjalnych przyrządach i maszynach, gabinetach elektroterapeutycznych i pneumatycznych wiewalniach i t. d., służy w całej pełni celom leczenia, stosowanego w zdrojowiskach i uzdrowiskach. Z tego powodu łączy się ona ściśle ze zdrojownictwem, a od współczesnego lekarza — balneologa bezwarunkowo wymagać trzeba, aby w ramach, zakreślonych wskazaniem leczniczymi w danem zdrojowisku, posiadał dokładną znajomość mechanoterapii i umiał stosować ją umiejętnie w życiu praktycznym.

Wszystkie te rzeczy dobrze są znane, i mówić o nich właściwie zbytecznie. A jednak trzeba było o tem wspomnieć, aby tem dobitniej zaznaczyć, czem jest dzisiejsza bal-

neologia, jakich wymaga wiadomości od tych, co się nią zajmują, jak szerokie daje pole do pracy, a z drugiej znów strony, aby stawić przed oczy tę sumę pracy, jaka była potrzebna, aby stworzyć to, co dziś posiadamy.

Ażeby stworzyć, trzeba rąk do roboty i mózgów, które temi rękami kierują, trzeba materiału, środków i miejsca. I potrzebę należytych warunków odczuły i pojęły społeczeństwa, które chcą i umieją pracować prawidłowo, systematycznie i wytrwale, u których słowa „podział pracy” nie są czczym tylko frazesem. Lekarze, którzy część tych społeczeństw stanowią, powiedzieli sobie już dawno, że piecza o rozwój naukowy i ekonomiczny balneologii spoczywa w pierwszym rzędzie na barkach tych, co ze zdrojownictwem bezpośrednio się stykają, dla których zakłady zdrojowe są terenem pracy zawodowej; miejscem pracy powinny być przede wszystkim same zdrojowiska, one środków do roboty i warunków dla niej dostarczyć powinny. To też na Zachodzie u najbliższych naszych sąsiadów rok każdy przynosi cały szereg nowych spostrzeżeń i wiele wartościowych badań, a materiał, nagromadzony pracą lat wielu, jest tak znaczny i poważny, że w powszechnym piśmiennictwie lekarskim bardzo poczesne zajmuje miejsce. Z drugiej wszakże strony z wielkim naciskiem podnieść trzeba, że tam rzetelna i owocna praca spotyka się z właściwą oceną i z należytem uznaniem, że dla jej ułatwienia, dla nadania jej trwałości i jednolitego kierunku nie brak u czynników miarodajnych moralnej i realnej zachęty. W każdym większym zakładzie zdrojowym znajdzie się jakaś pracownia, znajdują się przyrządy do badań; kto chce pracować, znajdzie naukową pomoc i radę i kierunek. Znajdzie, bo ludziom, którzy dla badań, związanych z balneologią, poświęcili czasu wiele i trudu niemało, zapewniono od-

powiednie stanowiska, dając im za arenę działalności już co najmniej nadzwyczajne katedry uniwersyteckie w wydziałach lekarskich. Tam, gdzie są takie katedry, już każdy słuchacz medycyny ma sposobność zaznajomić się z balneologią, poznać jej znaczenie, każdy zaś lekarz chętny do pracy w tym kierunku może poszukać dróg dla niej. Jakże z tego rodzaju stosunków zrodziły się owoce, pokazuje bogate piśmiennictwo balneologiczne niemieckie i wysoki stopień rozwoju zakładów zdrojowych. Pierwsze pozna łatwo kto weźmie do ręki obszerne dwutomowe dzieło GLAXA, traktujące źródłowo balneoterapię. A prócz dzieła GLAXA mamy jeszcze prace WEBERA, LEICHTENSTERNA, KISCHA, FLECHSIGA, WINTERNITZA, MATHESA i bardzo wiele innych. I wszystkie mają pokup, budzą zajęcie. Jak jest ono wielkie, dowodzi spore dzieło MARTINA, „Deutsches Badewesen in vergangenen Tagen”. Nauczyć się z niego dla życia praktycznego nie można niczego: ma ono znaczenie czysto historyczne. — A jednak wydano je kosztownie, i chyba wydawca nie zrobił tego dla osobistej przyjemności.

A czy nie są żywym dowodem ruchu na polu balneologii częste zjazdy i kongresy balneologiczne i osobne czasopisma, poświęcone tej gałęzi nauki lekarskiej?

O stanie zdrojowisk obcych i o ich urządzeniu zbytecznie mówić. Zdrojowiska niemieckie zna, niestety, aż nadto dobrze całe zamożniejsze społeczeństwo polskie. Zna i porównywa stan ich ze stanem tego, co mamy u nas w kraju.

Tak jest u naszych sąsiadów. A jak jest u nas, jakimi drogami kroczyła nasza balneologia, co osiągnęła, jaki jej stan obecny, czego jej potrzeba?

Dawne czasy zostawić możemy na uboczu. I u nas w pierwszej połowie minionego stulecia rozpoczął się pewien ruch na polu balneologii, a od czasu do czasu ukazywały się

wiadomości o wodach mineralnych, o ich składzie chemicznym i o ich działaniu leczniczym. Właściwe jednak narodziny zawdzięcza zdrojownictwo polskie DIETLOWI, i nie bez powodu dostało mu się miano ojca balneologii polskiej. On pierwszy zwiedził dokładnie krajowe zakłady, opisał je szczegółowo, nakreślił racjonalne wskazania lekarskie na podstawie rozbiórów chemicznych wód i własnego doświadczenia i on pierwszy popierał je swoją powagą lekarską stale i skutecznie.

Za DIETLEM i z DIETLEM poszli i inni, i od tam rozpoczęło się właściwie polskie piśmiennictwo balneologiczne. Reprezentują je: DOBIESZEWSKI, ŚCIBOROWSKI, TREMBECKI, ZIELENIEWSKI i w. inn., z chemików zaś TOROSIEWICZ, ALEKSANDROWICZ, CZYRNIAŃSKI. Większość prac, należących do tego okresu, obraca się w granicach balneografii. Cel ich, główny niemal, to zaznajomienie ogółu lekarzy polskich z krajowymi zdrojami i działanie przez lekarzy na publiczność leczącą się, odciągnięcie jej od zakładów obcych. Nie można im jednak odmówić i naukowego znaczenia, chociażby już z tego powodu, że uzasadniają dokładniej wskazania lekarskie, a ponadto kreślą obraz fizyograficznych stosunków w krajowych zdrojowiskach.

Tradycja DIETLA utrzymywała się w piśmiennictwie balneologicznym prawie aż do roku 1880, w każdym razie poza rok 1875. Około tego czasu dopiero rozpoczął się nowy okres, okres badań i spostrzeżeń klinicznych, przeplatanych już zresztą i pracami ściśle doświadczałnymi. Przybyło także więcej pracowników, reprezentujących sobą i balneoterapię i wodolecznictwo i klimatoterapię.

W pierwszym z tych działów spotykamy kilka prac B. SKÓRCZEWSKIEGO o podkładzie wyraźnie klinicznym, ważną dla zdrojów morszyńskich rozprawę E. KORCZYŃSKIEGO, szereg prac W. JAWORSKIEGO, dalej prace DOBRZYCKIEGO, M. PIĄTKOWSKIEGO, E. KOWALSKIE-

GO, ARNSTEINA, L. KOPFFA, W. MALESZEWSKIEGO, J. LATKOWSKIEGO, L. KORCZYŃSKIEGO, Z. WĄSOWICZA, PRASCHILA, FLISA, CERCHY, FRĄCZKIEWICZA. W ostatnich najnowszych już czasach wstąpił do szeregu pracowników W. SKÓRCZEWSKI.

W dziale hidroterapii poważne miejsce zajmują St. SMOLEŃSKI, zmarły, niestety, przedwcześnie, i Edmund KOWALSKI. Na tem samym polu pracowali także CUELMOŃSKI i MIESIEWICZ.

W zakresie klimatologii i klimatoterapii spotykamy wcale liczny zastęp piszących. Należą do nich ŚCIBOROWSKI, DOBRSKI, DOBIESZEWSKI, DOBRZYCKI, PONIKŁO, W. JAWORSKI, MISIEWICZ, TCHÓRZNICKI, A. SOKOŁOWSKI, GOLDBAUM, JARUNTOWSKI, K. DŁUSKI, L. KORCZYŃSKI i w. inn.

Z większych dzieł, poświęconych balneologii, posiadamy nadto prace DOBIESZEWSKIEGO, SMOLEŃSKIEGO, KOWALSKIEGO, PAJEWSKIEGO, ZIELENIEWSKIEGO, L. KORCZYŃSKIEGO.

Poza tem mamy jeszcze prace nielekarzkie wprawdzie, ale o wielkiem znaczeniu dla zdrojownictwa krajowego pióra naszych geologów, między niemi cenną rozprawę SZAJNOCZY o powstawaniu galicyjskich wód mineralnych.

Dotknęliśmy tu w najogólniejszych tylko zarysach ruchu naukowego. Obok niego, jako o uzupełnieniu piśmiennictwa balneologicznego, wspomnieć jeszcze trzeba o wydawnictwach, noszących cechy raczej informacyjne, o t. zw. sezonowych pismach balneologicznych i przewodnikach. Mieliśmy je i dawniej, ale żywot ich był najczęściej nie trwały. Dopiero od kilku lat znalazły one grunt odpowiedniejszy i utrwaliły się dostatecznie. Z ważniejszych wymieniamy Przewodnik zdrojowo-kąpielowy, organ Towarzystwa balneologicznego polskiego, Nasze zdroje, Zdrojciechociński, po części także i Zdrowie, organ

A P T E K A E. G E S S N E R A

Jerozolimska 27, róg Kruczej

POLECA

DRAGÉES MENTHOLI (Antisepticum-Anestheticum)

zawierające: Mentholi 0,02, Natr. boraciei 0,10

stosowane przy katarze, zaflegmieniu kataralnym, zapaleniu dróg oddechowych, jak również i chronicznym krtaniowym katarze.

Doza: od 6 — 10 sztuk dziennie.
Pudełko 75 kop.

NOWE WARUNKI POLISOWE.

- Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.
- Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnymi.
- Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornymi.
- W razie śmierci ubez. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata
- Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie.

Kapitał
zakładowy
oraz rezerwy
przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCJI:
WARSZAWA, MAZOWIECA 22
pałac L. Kronenberga.

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń
„PRZEZORNOSC”
Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agencje we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.
Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA)
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŻLICY
LECZENIE CHOROZ UMYSŁOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
przed każdym posiłkiem. Lek roz-
puszcza się w wodzie

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—War-
szawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odes-
sa. Z. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—
Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Z. Lerne i Cie.—
Tyflis. Kaukazkie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie} 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

Mergal

Hydrarg. cholicum oxydat. 0,05—Tannalbin 0,1)

Nowe Antisypiliticum do użytku wewnętrznego.

Mergal działa również energicznie, jak leczenie wcieraniem, lub wstrzykiwaniami za pomocą rozpuszczalnych soli Hg.;

Mergal znosi się w większych dawkach szybko się wchłania i wydziela, nie wywołuje żadnego działania ubocznego. Kuracja Mergalem jest ze wszystkich sposobów leczenia syfilisu najprostszą, najwygodniejszą i najprzyjemniejszą, można ją wszędzie dyskretnie przeprowadzić.

Wskazania: Choroby syfilityczne i parasyfilityczne.

Dawka: 3 razy dziennie po 1 kapsułce, zwiększając do 4—5 razy dziennie po 2 kapsułki (0,05—0,1 pro dosi, 0,3—0,5 pro die).

Pudełka oryginalne po 50 kapsulek.

Gonosan

Według orzeczenia przeszło 120 autorów

Wybitny środek balsamiczny w leczeniu rzeżączki.

zawiera składniki działające Kawa-Kawa w połączeniu z najlepszym wschodnio-indyjskim olejkim santalowym.

Gonosan zmniejsza wydzielinę ropną, uśmierza ból zależny od sprawy rzeżączkowej i zapobiega powikłaniom.

Dawka: 4 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu.

W oryg. pudełkach po 50 i po 32 kapsułki.

Próby i literatura na żądanie pp. lekarzy gratis

J. D. Riedel A. G., Berlin N. 39.



TERMOGEN

Le THERMOGÈNE.



WATA ROZMIĘKCZAJĄCA I LECZNICZA

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczyzniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania-i okłady.

Stosowanie TERMOGENU jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach neuralgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Pudełko TERMOGENU wysyła się pp. doktorom na żądanie.

Biurow francuskich produktów farmaceutycznych: GABRIEL POMMIER, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu

BULGARINE

THÉPÉNIER

CZYSTA HODOWLA MLECZNYCH ZACZYNÓW

Zaleca się do leczenia biegunek; katarów żołądkowo-kiszczkowych, chorób skóry pochodzenia kiszczkowego (ekzema, furunculosis; jakne); potężny środek zapobiegawczy przed zarażeniem się cholera.

Wyssać dwie tabletki Bułgariany w pół godziny po jedzeniu.

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosyc.
Gabriel POMMIER w Petersburgu.

Towarzystwa Higienicznego w Warszawie i jego sekcji balneologicznej.

Spotykamy się w tych pismach nierzadko z poważniejszymi, jakkolwiek tylko popularnymi artykułami lekarskimi z zakresu balneologii. Służą one wszakże bardzo dobrze sprawie zdrojownictwa polskiego, bo szerokim warstwom społecznym mówią o niem, przypominają rodzime zakłady, objaśniają o znaczeniu leczniczym swojskich zdrojowisk i uzdrowisk.

Niestety, nie posiada balneologia polska aż do tej chwili własnego naukowego organu.

I to jest znamienne.

Pisma lekarskie, poświęcone wyłącznie tylko pewnym gałęziom nauki, służące ściśle celom, powstają wtedy, kiedy się stają potrzebą chwili, gdy gromadzący się materiał literacki tak jest już znaczny, że brak mu gdzieindziej miejsca, że trzeba przytem, dla ułatwienia dalszej pracy, zbierać go w jednym miejscu.

(D. n.)

Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.

Podał

D-r Med. Ludwik Krauze.

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu na Czystem.

(Rzecz zgłoszona na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie 6, 7 i 8 października 1910 r. i wygłoszona 17 stycznia 1911 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

(C. d.)

Sama obecność powrózka w jamie brzusznej, nawet przytwierdzonego do czegokolwiek, o ile tylko nie uciska jelita, nie wywołuje żadnych objawów, jak to w jednym przypadku spostrzegalem. Dotyczy on 38 letniej chorej, u której przy operacji wycięcia

wyrostka robaczkowego znalazłem znaczne zrosty między siecią i otrzewną ścienną a także między kiszka biodrową i ślepą. Po oddzieleniu zrostów zauważyć można było powrózek, przyrośnięty do powierzchni кишки cienkiej, idący w kierunku zlewa na prawo; przy bliższem badaniu okazało się, że jest to przydatek sieciowy esicy. Przydatek ów wyciąłem, również wyrostek robaczkowy i operację zakończyłem w sposób zwykły. Chora wyzdrowiała. Przydatek sieciowy przedstawiał się w kształcie taśmki długości około 6 cm., koniec obwodowy cienki, a ośrodkowy gruby, wychodzący z esicy, nieskręcony. Ponieważ przydatek sieciowy był nie skręcony, trudno przypuścić, aby koniec jego odosobnił się i jako ciało obce leżał gdzieś w jamie brzusznej; prędzej przypuścić należy, że z powodu zapalenia, jakie miało miejsce w okolicy wyrostka robaczkowego, koniec całego przydatku sieciowego przyrósł do кишки cienkiej, później dopiero stopniowo się wydłużał do wyżej oznaczonej długości i przyjął formę powrózka. W tym przypadku powrózek żadnych zaburzeń nie spowodował, a mogłyby wystąpić bardzo poważne zaburzenia, gdyby przypadkiem jakaś pętla кишки pod powrózek się dostała.

Oprócz zmian powyższych, w patologii przydatków sieciowych zasługuje jeszcze na uwagę skręcenie oraz przepukliny przydatków sieciowych.

Skręcenie przydatków sieciowych może być ostre i przewlekłe. Skręcenie ostre powstaje i cechuje się nadzwyczaj burzliwymi objawami, jakie zwykle występują przy skręceniu innych narządów w jamie brzusznej, np. sieci, torbieli jajnika i t. d. Stan taki chorego wymaga natychmiastowej operacji. Ponieważ ostre skręcenie przydatku sieciowego rzadko bardzo się zdarza i ciekawe jest ze względu na powstawanie skręce-

nia i na skutki, jakie ono wywołuje, pozwoli sobie nieco obszerniej przytoczyć przypadek LOEPPRITZA. Dotyczy on 20-letniego robotnika, od roku cierpiącego na bóle w krzyżu, zjawiające się przeważnie podczas podnoszenia ciężarów; przy przeginananiu się ku tyłowi bóle nieco ustępują. Od trzech tygodni cierpi na bóle w górnej części brzucha, rozprzestrzeniające się ku górze i ku linii środkowej. Pewnego razu w nocy chory dostał silnych bólów w górnej części brzucha, tak, iż zmuszony był długi czas przeleżeć w położeniu skurczonym. Wymiotów nie było. Przy badaniu okazało się: brzuch wpadnięty, mięśnie proste brzucha mało napięte, wskutek czego obmacywanie brzucha doskonale się udaje, odgłos opukowy bębunkowy. Najbardziej bolesne miejsce określa się na 2 do 3 palców powyżej punktu środkowego linii, łączącej kolec biodrowy przedni z pępkiem po stronie prawej. Przypuszczając zapalenie kiszki ślepej (*perityphlitis*), Z. przystąpił do operacji. Okazało się przy operacji, że wyrostek robaczkowy jest niezmienny. W górnym odcinku cięcia ukazuje się brunatno-siny twór, przyrośnięty do sieci. Twór ten wielkości śliwki przedstawia przydatek sieciowy poprzecznicy, skrecony na 180° w kierunku wskazówki zegarka. Ściana kiszki w bliskości przydatku nie zmieniona. Przydatek odcięto. Chory wyzdrowiał.

W przypadku tym, jedynym, operowanym z powodu ostrego skrećenia przydatku sieciowego, szczególnie zwraca uwagę bolesność, ograniczona do jednego punktu, wyżej opisanego, przy ciężkich zaburzeniach samopoczucia bez najmniejszego podrażnienia otrzewny.

Powstanie skrećenia w powyższym przypadku L. objaśnia w sposób następujący: na nagłe skrećenie ostatecznie złożyły się 3 okresy: Pierwszy okres zaczął się już 12 mie-

sięcy temu, kiedy chory odczuwał niewielkie bóle w krzyżu, zmniejszające się przy naginaniu w tył, powstałe wskutek skłonności skrećania się przydatku w położeniu wyprostnem ciała; przy pewnych zaś ruchach przydatek wraca do położenia normalnego. Skłonności tej do skrećenia objaśnić nie można. Być może przydatek sieciowy dostaje się do kąta, utworzonego między kiszka grubą wstępującą i poprzeczną, następuje niewielkie czasowe przekrwienie przydatku, i to powoduje nieprzyjemne uczucie, niewielki ból, jakiego chory w tym momencie doznaje. Przy naginaniu się ku tyłowi kąt ów wspomniany powiększa się, i przydatek wraca na swoje miejsce. W drugim okresie znajduje się choroba na 3 tygodnie przed wstąpieniem chorego do kliniki. Bóle znaczne powiększają się przy podnoszeniu ciężarów i rozprzestrzeniają się od górnej części brzucha do linii środkowej. Nieznaczne skrećenie, trwające już rok, wywołuje stan zapalny przydatku, który zaczyna się powiększać i dochodzi do coraz większych rozmiarów. Na 42 godziny przed operacją (3-i okres) chory dostaje silnego bardzo napadu bólu, wywołanego nagłem skrećeniem przydatku. Jaki był powód takiego skrećenia trudno wiedzieć; być może, powstało ono w czasie jakiegoś ruchu gwałtownego podczas snu chorego.

Skrećenie przewlekłe powstaje powoli, zwykle po poprzednim długotrwałem cierpieniu przydatku. Przydatek sieciowy w stanie przewlekłego skrećenia może przez długi czas nie wywoływać żadnych zaburzeń w ustroju albo tak małoznaczne, że chory wcale na nie uwagi nie zwraca. Zwykle występują niewielkie bóle podczas chodzenia długotrwałego lub pracy fizycznej, trwają one nie długo i występują napadami po dłuższej lub krótszej przerwie. Poważne zaburzenia występują dopiero wtedy, gdy z powodu długotrwałego

skręcenia następuje zastój w krwi obiegu, występują objawy zapalenia przydatku, tworzą się zrosty z otrzewną ścienną, i przydatek taki może ucisnąć pętlę кишки i wywołać objawy niedrożności jelit, jeżeli uciśnięcie nastąpiło ostro, lub też objawy zwężenia кишки, zmuszające chorego do szukania pomocy w interwencji chirurgicznej.

W roku 1901 miałem sposobność spostrzeżać przypadek, w którym rozpoznałem zwężenie кишки prawdopodobnie wskutek zlepnego zapalenia otrzewny. Przypadek dotyczył 57-letniego mężczyzny, tęgiego, z bardzo silnie rozwiniętą tkanką tłuszczową. Opowiada on, że 5 lat temu poddany został operacji przepukliny z prawej strony z powodu jej uwięźnięcia; przytem wyluszczone zostało prawe jądro z jakiego powodu, chory nie wie. Chorował wtedy ciężko, gojenie rany nie postępowało prawidłowo, i nareszcie po długotrwałym leczeniu chory wyzdrowiał.

Prawie 5 miesięcy temu u chorego wystąpił ból w okolicy кишки ślepej; brak wypróżnień, wymiotów nie było, moczu sam oddawać nie mógł, i trzeba było mocz wypuszczać za pomocą cewnika. Obecnie sam mocz oddaje, lecz często. Wypróżnienia miewa rzadko i z ogromną trudnością. Często występują przelewania w kiszkiach z bólami, trwającymi niedługo, lecz często się powtarzającymi. Przy badaniu brzucha wyczuwa się dość silne napięcie ściany brzusznej ze strony prawej. Ton opukowy w dolnej części brzucha tępy, w innych częściach bębnowy. Przy ucisku dolnej części brzucha chory uczuwa ból w miejscu ograniczonym nad spojeniem łonowym. Ruchów robaczkowych kiszki wywołać nie można. Chory nie gorączkuje; tętno dobre, 92 uderzenia na minutę. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Badanie moczu nic nienormalnego nie wykazuje.

Dnia 10 kwietnia wykonałem laparoto-

mię w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzić było można silne zrosty kiszki cienkiej z kiszka ślepa. Po stronie lewej stwierdziłem opuszczenie esicy ku jamie biodrowej lewej. Po bliższym zbadaniu tej okolicy okazało się, że 2 przydatki sieciowe, do esicy należące, bardzo zgrubiałe, w kształcie guzików, skręcone naokoło swej osi, długości około 4 cm., przyrośnięte są do otrzewny w dole biodrowym i przytwierdzają w tem miejscu esicę. Po oddzieleniu przydatków i uniesieniu esicy ku górze zauważyć się dało zgięcie, wzgl. zwężenie światła esicy w miejscu przyczepu przydatków. Otrzewna nie zmieniona. Oba przydatki odciąłem i zakończyłem operację sposobem zwykłym. W przebiegu pooperacyjnym nic nieprawidłowego spostrzeżać się nie dało, i chory wyzdrowiał. Odtąd prócz ztwardzenia, które zmusza chorego do używania środków przeczyszczających, żadnych dolegliwości nie doznaje.

Mieliśmy więc w tym przypadku zapalenie przydatków sieciowych esicy, będące prawdopodobnie w związku z zapaleniem otrzewny, które wystąpiło po operacji przepukliny. Nastąpił następnie przerost dość znaczny końców przydatków i skręcenie naokoło osi. Chory wskutek tego nie doznawał dolegliwości brzusznych; dopiero, gdy nastąpił zrost przydatków z otrzewną w dole biodrowym, wystąpiło zgięcie esicy, wzgl. zwężenie ze wszystkimi ztąd wpływającymi następstwami; w końcu zmusiły one chorego do poddania się operacji.

Podobny przypadek przyrośnięcia przydatku esicy do otrzewny miednicy spostrzegł HULKE z tą różnicą, że w jego przypadku nastąpiło uwięźnięcie pętli кишки, która się wślizgnęła pod przydatek. W pracy swej, o której powiem niżej, KRÜGER wspomina o przypadku, w którym przy sekcji kobiety, zmarłej z innych przyczyn, znalazł przyda-

tek sieciowy esicy, trzymający się na cienkiej szypule, skręcony naokoło swej osi; prócz tego znalazł dużą liczbę przydatków sieciowych esicy nieregularnego kształtu, mających skłonność do skręcania się naokoło swej osi. Zachowanie się takie przydatków często widywał *in vivo* przy laparotomiach. Również EBNER spostrzegał przypadek skręcenia przydatku sieciowego esicy, w następstwie którego wystąpiły objawy niedrożności jelit. Chory po operacji zmarł. Przy sekcji stwierdzono silny rozwój przydatków sieciowych esicy, mających wygląd długich, twardych guzów.

Przyczyny, powodujące skręcenie przydatków sieciowych, są mniej więcej te same, które wogóle powodują skręcenie narządów w jamie brzusznej naokoło swej osi; leżą one w samym narządzie, wzgl. guzie i nazewnątrz.

Zdaniem PAYRA, odgrywają tu dużą rolę nierównomierny rozrost narządu i naczynia, przechodzące w szypule, a mianowicie żyły, które są dłuższe od tętnic. Przy zastoju w układzie żylnym z powodu lekkiego zgięcia szypuły żyły mocno się napełniają, wydłużają i wężykowato okręcają szypułę, co powoduje skręcenie. W większych narządach odgrywają tu również rolę ciężar i spoistość. Według KÜSTNERA i CARIO siły, powodującej skręcenie narządu, szukać tu należy w ciężkości narządu, który przy ruchach zmienia swe miejsce, albowiem wiotka ściana brzuszna nie może go utrzymać na miejscu, przyczem nie bez znaczenia są również ruchy robaczkowe kiszek, silne i nagłe napięcie mięśni brzusznych, działanie tłoczni brzusznej.

Opuszczenie się przydatków sieciowych do worka przepuklinowego, tak, iż stanowią one jedyną jego zawartość, mogącą uleść uwięzieniu, należy do zjawisk, rzadko do-

tychczas spostrzeganych. Spostrzegano takie przepukliny pachwinowe i udowe ze strony prawej i lewej, częściej ze strony lewej, co zależy od większej ruchomości esicy i bliskiego jej położenia kanałów. Przydatki sieciowe, stanowiące zawartość worka przepuklinowego, mogą pozostawać w takim stanie, w jakim weszły, mogą skręcić się naokoło swej osi lub mogą zupełnie się odosobnić i znajdować się tam, jako ciało obce. Przypadki takie spostrzegane były przez RIEDLA. Znalazł on w worku przepuklinowym ciało obce tłuszczowe, łączące się z kiszka za pomocą cienkiej nitki włóknikowej i mające długości 1 ctm., a grubości 0,5 ctm. Następnie spostrzegali uwięzienie przydatków sieciowych w worku przepuklinowym LORENZ, BRUNS, MUSCATELLO, SCHWEINBURG, MOHR, SMOLLER, KRÜGER, LINKENHELD, SERVÉ, VULLIET, na koniec KENDIRDJY i SEJURNET.

Do nielicznych przypadków przepuklin przydatków sieciowych, dotychczas spostrzeganych, pozwolę sobie dodać jeszcze dwa przypadki, przeze mnie spostrzegane.

I. Pierwszy przypadek dotyczy 50-letniej kobiety, która przybyła do szpitala dnia 29 grudnia 1909 r. Opowiada ona, że od kilku lat ma guz w lewej pachwinie. Guz ten chorej nigdy nie dolegał, lecz dopiero 8 dni temu podczas miesiączkowania poczuła silny ból w tej okolicy. Wymiotów nie było, stolce nie zatrzymane. Przy badaniu znajdujemy w lewej okolicy pachwinowej poniżej więzu POUPARTA guz nieduży, twardy, płaski, kształtu nieprawidłowego, nieruchomy i na dotyk nieco bolesny. Skóra nad guzem nie zmieniona. Odgłos tępy. Chora nie gorączkuje. W płucach i sercu nic nienormalnego spostrzegać się nie daje. Tętno dobre.

(Dok. nast.).

S T R E S Z C Z E N I A

Medycyna wewnętrzna.

52. A. Jochmann. Objawy uboczne przy stosowaniu surowic.

W miarę pogłębiania się naszych wiadomości o chorobach zakaźnych walka z nimi staje się łatwiejszą i zatacza coraz szersze kręgi. Dzięki pracom WRIGHTA, leczenie za pomocą uodpárniania czynnego posunęło się znacznie naprzód; do szeregu znanych już poprzednio surowic antytoksyecznych i antybakteryjnych przybyły nowe, jako to: meningokokowa (przy której stosowaniu śmiertelność z 90 proc. spadła do 20 proc.), przeciwczerwonkowa i nowe przeciwpaciorkowcowa.

Autor w swej pracy zaznaja nam z objawami ubocznymi, które mogą się przytrafić w czasie leczenia surowicami. Objawy te dadzą się ugrupować w następujące trzy szeregi. Do pierwszego należą te, które występują wskutek wadliwej techniki stosowania surowic; w następnym szeregu mieszczą się te, które zostają wywołane przez swoiste ciała ochronne; wreszcie do ostatniego szeregu należą wszystkie te objawy, które nazywamy ogólnie chorobą posurowiczą (Serumkrankheit)

Co się tyczy techniki stosowania surowic, to możemy wprowadzić surowicę do ustroju ludzkiego rozmaitemi drogami: podskórnie (najczęściej), śródmięśniowo, dożylnie, do kanału rdzeniowego, śródnerwowo — wreszcie posypując wysuszoną i sproszkowaną surowicę, jak to czynimy w tężcu.

Podskórne stosowanie nie jest połączone z żadnym niebezpieczeństwem dla chorego, musimy tylko unikać obrażeń naczyń i nerwów i dlatego najchętniej wybieramy dla zastrzyknięcia okolice, leżącą na zewnętrznej powierzchni ud. Unikamy też zastrzykiwań podskórnych u osób, dotkniętych cukrzycą, a to w obawie wywołania zgorzeli. Do śródmięśniowych zabiegów uciekamy się często, zwłaszcza w ciężkich przypadkach błonicy,

gdzie idzie nam o szybkie działanie surowicy, przyczem zachowujemy te same środki ostrożności, jak przy zastrzykiwaniach podskórnych.

Przy wprowadzaniu surowicy wprost do żyły postępujemy w następujący sposób: przedewszystkiem przy pomocy gumowej opaski lub bandaża wywołujemy lekki zastój w żyłach przegubu łokciowego, następnie wkłuwamy igłę i czekamy, by wypłynęło kilka kropel krwi, wtedy dopiero łączymy igłę ze strzykawką i wprowadzamy surowicę, zdjawszy poprzednio opaskę uciskającą.

Musimy zwrócić uwagę, by strzykawka nie zawierała powietrza, chociaż niebezpieczeństwo wywołania zatoru powietrznego jest b. małe ze względu na znaczną odległość żyły łokciowej od serca.

Podczas zastrzykiwań do kanału rdzeniowego, stosowanych w przebiegu drętwicy karku i tężca, należy zachować cały szereg ostrożności. Przedewszystkiem należy wykonać *lege artis* nakłucie lędźwiowe i wypuścić taką ilość płynu mózgowo-rdzeniowego, która odpowiada ilości surowicy, przeznaczonej do zastrzyknięcia.

Wprowadzać surowicę, nagrzaną do ciepłoty ciała, należy bardzo powoli, zwracając ciągle uwagę na tętno i oddech chorego. Do zabiegu najlepiej jest położyć chorego na boku, starając się, by podbródek był możliwie zbliżony do kolana; zastrzykiwania w pozycji siedzącej chorego są niebezpieczne, gdyż łatwo może nastąpić zapaść. Często chorzy podczas zastrzyknięcia skarżą się na bóle w kończynach i na uczucie drętwienia w nich, objawy te jednakże szybko ustępują. Po zabiegu bardzo często przez nakłuty otwór sączy się płyn, czego możemy łatwo uniknąć przez wysokie ustawienie miednicy chorego; należy w tym celu pod część łóżka, odpowiadającą nogom chorego, podłożyć klocek z drzewa wysokości 15 do 20 cm. Bóle głowy, występujące wskutek tego, zwalczamy małymi dawkami morfiny.

Przy stosowaniu surowicy meningokokowej narcoza jest zbyt rzadka, bardzo niespokojnym chorym dajemy morfinę; wyjątkowo silnie wyrażony tężec tylny (*opistotonus*) zmusza nas do wykonania zabiegu w uspieniu. Dawka surowicy dla dorosłego człowieka wynosi 25—30 ctm. sz.

W przypadkach tężca należy chorego uspić, gdyż z jednej strony przeszkadza nam *opistotonus*, z drugiej zaś nakłucie może łatwo wywołać napad drgawek. Niestety, i sama narcoza w okresie podrażnienia może być przyczyną drgawek, jak to było w przypadku autora, który zakończył się śmiercią wskutek porażenia przepony.

Dawka surowicy przeciwężcowej dla dorosłego równa się stu jednostkom antytoksyntycznym.

Objawy uboczne, wywołane wprowadzeniem do ustroju ciał ochronnych, nie posiadają prawie żadnego znaczenia. Teoretycznie można przypuszczać, że surowice, odznaczające się wybitnie bakterjobójczym działaniem, są w stanie wywołać znaczne nagromadzenie się w ustroju endotoksyn, które mogą dać objawy zatrucia. Jednakże praktycznie nie daje się to stwierdzić, gdyż surowica przeciwpaciorkowcowa nie posiada własności bakterjobójczych, surowice zaś przeciwdrurowa i przeciwocholeryczna nie znalazły, jak dotąd, zastosowania. Autor spostrzegł po surowicy meningokokowej przejściowe podniesienie się ciepłoty, co przypisywał działaniu endotoksyn. Badania jednakże JOHANNESENA wykazały niezbicie, że takie właśnie objawy, jak gorączka, wysypka i t. d., nie mogą być objaśniane obecnością ciał ochronnych w surowicy, lecz że zależą jedynie od wprowadzenia do ustroju obcej mu surowicy.

Najważniejsze znaczenie dla lekarzów praktyka mają objawy, występujące po jednorazowym, a jeszcze częściej po kilkakrotnym zastrzyknięciu surowicy, objęte jednym mianem choroby posurowiczej. Po raz pierwszy opracowali systematycznie tę sprawę w roku 1904 PIRQUET i SCHICK, opierając się na doświadczeniach, czynionych z surowicą przeciwploniczą MOSERA.

Objawy, spostrzegane po jednorazowo-

wym zastrzyknięciu, dadzą się zobrazować w następujący sposób. Po upływie 8 do 12 dni zwykle w okolicy miejsca, gdzie był zrobiony zabieg, zjawia się pokrzywkowata wysypka, która szybko rozprzestrzenia się po całym ciele. Najczęściej znajdujemy ją na wyprostnych powierzchniach górnych i dolnych kończyn, przyczem możemy spostrzegać symetryczne ugrupowanie się pojedynczych wykwitów.

Wysypka wywołuje uczucie silnego swędzenia i połączona jest z ogólnym niedomaganiem i bezsennością. Charakterystyczną cechą tej wysypki jest jej szybkie znikanie w ciągu kilku godzin zaledwie i zjawianie się wciąż nowych wykwitów. Po upływie 2—3 dni wysypka ginie.

W niektórych przypadkach występują wysypki, zbliżone do odrowych i ploniczych, czasami podobne do wysypek w przebiegu rumienia wielopostaciowego. Przed wystąpieniem wysypki miejsce zastrzyknięcia staje się zaczerwienionem i silnie swędzi, gruczoły chłonne, leżące w pobliżu, brzękną — po zniknięciu wysypki gruczoły te jeszcze bardziej się powiększają, jakoteż następuje obrzęknięcie pozostałych gruczołów chłonnych. Jednocześnie z tymi objawami ciepłota ciała się podnosi i dochodzi czasami do 39°, w ciągu jednakże 2—3 dni wraca do normy. Godne uwagi jest występowanie obręzków, zwłaszcza na nosznie, na powiekach, na dolnych częściach ciała, niezależnie zupełnie od stanu nerek. Białkomocz występuje nadzwyczaj rzadko. W 100 przypadkach drętwicy karku, leczonych przez autora dużymi dawkami surowicy, tylko w jednym przypadku stwierdzono obecność białkomoczu, podczas gdy wysypki występowały w 12 proc. przypadków.

Ilość białka nie przewyższała nigdy $\frac{1}{4}$ *pro mille*. W osadzie znajdowano nieznaczną liczbę wałeczków szklanych, które jak i białko, szybko znikają.

Bardzo przykrym objawem dla chorych są zjawiające się czasem obrzęknięcia stawów i silna ich bolesność, nie ustępujące pod działaniem przetworów salicylowych. Najczęściej zajęte bywały stawy: kolanowy, łokciowy i barkowy.

Wreszcie swoiste dla choroby posurowiczej jest zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi, które występuje podczas wysypki i podczas ogólnych uprzednio opisanych objawów. Najczęściej zdarza się, że u jednego i tegoż chorego nie spostrzegamy wszystkich objawów razem, lecz tylko jeden z nich lub dwa razem.

Najważniejszym objawem są bez wątpienia wysypki: w razie wystąpienia wykwitów, zbliżonych do wysypek w przebiegu płonicy lub odry, mogą się nastęrczać trudności rozpoznawcze. Przeciw płonicy przemawia brak objawów ze strony gardła, brak tak zwanego języka płoniczego, brak wymiotów — przeciw odrze — brak jakichkolwiek zmian kataralnych, brak plam KOPLIKA.

Do rozpoznania choroby posurowiczej skłaniamy się, gdy wysypka wystąpi w 8—12 dni po zastrzyknięciu surowicy, i gdy mamy do czynienia z obrzmieniem gruczołów chłonnych, leżących w pobliżu miejsca zastrzyknięcia. PIRQUET kład nacisk duży na to, że wysypka zaczyna się w okolicy miejsca zastrzyknięcia, autor zaś na podstawie swego doświadczenia twierdzi, że objaw ten nie jest tak częsty. Tak samo rzecz się ma i z gorączką: bywają przypadki, gdzie ciepłota nie podnosi się zupełnie. Najwyższe podniesienie ciepłoty autor spostrzegał w przypadkach, przebiegających z wysypką, zbliżoną do wysypki odrowej.

Zmiany na błonach śluzowych w przebiegu choroby posurowiczej wyjątkowo tylko udaje się spostrzegać. WOLFF-EISNER podaje przypadek, w którym dwudziestoczteroletnia pielęgniarzka w oddziale błoniczym otrzymała tysiąc jednostek antytoksyknych w celach zapobiegawczych, i w dwie godziny potem wystąpił u niej silny obrzęk krtani. MYA twierdzi, że u dzieci, cierpiących na błonicę z objawami dławca, po zastrzyknięciu surowicy w czasie zjawienia się choroby posurowiczej można stwierdzić ponowienie się objawów zwężenia krtani. Przyczynę tego zjawiska MYA upatruje w obrzęku podgłośniowym i przypuszcza, że uszkodzona błona śluzowa krtani jest wielce podatna do wytworzenia się na niej obrzęku, jako jednego z przejawów cierpienia posurowiczego. Au-

tor podobnych przypadków nie widział. Raz tylko zauważył, że równocześnie z wystąpieniem wysypki na skórze nagle zjawił się silny i męczący kaszel, który po upływie 2 godzin zupełnie ustąpił. Być może, objawy pokrzywki na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych wywołały to podrażnienie przejściowe. Inaczej przebiega choroba posurowicza u ludzi, którym surowica zostaje zastrzyknięta powtórnie lub wielokrotnie. Cały odczyn ustroju jest szybszy i silniejszy. PIRQUET odróżnia odczyn natychmiastowy i przyśpieszony. Natychmiastowy polega na tem, że natychmiast po zabiegu w miejscu zastrzyknięcia zjawia się obrzęk, który w ciągu 24 godzin osiąga *maximum*. W kilka godzin po zastrzyknięciu występują gorączka i wysypka. W rzadkich przypadkach mamy do czynienia z objawami zapaści, z tętnem drobnem i częstem, z dusznością. Wszystkie te przejawy choroby posurowiczej występują tylko wtedy, o ile od czasu pierwszego zastrzyknięcia upłynęło 12 do 40 dni, i o ile za pierwszym razem wprowadzono dużą ilość surowicy. Jeżeli zaś powtórne zastrzyknięcie miało miejsce w ciągu sześciu dni po pierwszym — to odczyn, a zatem wszystkie objawy cierpienia posurowiczego nie zjawiają się zupełnie.

Przyśpieszony odczyn występuje w tych razach, gdy między pierwszym i powtórnie zastrzyknięciem upłynęło sześć miesięcy lub więcej. Wyraża się on w ten sposób, że po upływie 5 dni od czasu zastrzyknięcia ciepłota podnosi się, na skórze występuje wysypka, gruczoły chłonne obrzmiewają, bóle w stawach zaczynają choremu dokuczać. Wszystkie te objawy wyrażone są znacznie silniej i przebiegają znacznie szybciej, niż po pierwszym wstrzyknięciu.

Jeżeli zaś okres czasu, dzielący obydwie zastrzyknięcia, wynosi 1½ do 6 miesięcy, to może nastąpić odczyn przyśpieszony lub natychmiastowy.

Z tego z łatwością można wyciągnąć wniosek, że wskutek wprowadzenia po raz pierwszy do ustroju obcej dla niego surowicy nastąpiły w nim jakieś przemiany, które wyrażają się tem, iż na powtórne zastrzyknięcie surowicy ustrój odpowiada odczynem

znacznie silniejszym i szybszym. Za następnym razem już nawet małe dawki surowicy mogą wywołać ów odczyn, czyli, że ustroj stał się nadwrażliwym. To niezmiernie ciekawe zjawisko objaśnić możemy w sposób następujący. Obca surowica, którą wprowadzamy do ustroju, działa jako antygen i powoduje tworzenie się niweczników (antybiał). Surowica sama przez się nie posiada własności toksycznych — dopiero po pewnym czasie wytwarzają się w ustroju odpowiednie niweczники, które przez połączenie z surowicą wywołują objawy zatrucia, znane już nam pod nazwą choroby posurowiczej.

Objawy po pierwszym zastrzyknięciu występują dopiero w kilka dni, gdyż musi upłynąć pewna określona ilość czasu, niezbędna do wytworzenia się niweczników i do połączenia ich z antygenem. Odczyn przyspieszony, występujący po powtórnej zastrzyknięciu, tłumaczy się tem, że komórki ustroju po raz wtóry już znacznie szybciej tworzą odpowiednią ilość niweczników. Natychmiastowy zaś odczyn jest zupełnie zrozumiały ze względu na to, że w ustroju wskutek pierwszego zastrzyknięcia znajduje się znaczna ilość niweczników, które natychmiast łączą się z surowicą i wywołują w tak szybkim czasie objawy zatrucia. Często się zdarza, że pierwsze zastrzyknięcie nie wywołuje żadnych objawów — dopiero powtórne je sprowadza. — Tłumaczymy to, w myśl poglądów PIRQUETA, tem, że za pierwszym razem ilość wytworzonych niweczników była za mała, by wywołać widoczne objawy kliniczne.

Widzimy zatem, że okres wylegania się choroby posurowiczej zależy nie tylko od ilości zastrzykniętej surowicy, ale w równej mierze i od zdolności do wytwarzania odpowiednich niweczników. Ta nadwrażliwość ustroju została ochrzczona przez RICHTEA mianem anafilaksji — dlatego też musimy odróżniać w działaniu surowic dwa różne działania: profilaktyczne i anafilaktyczne.

Wobec tego w praktyce następuje się do rozstrzygnięcia zasadnicza sprawa, czy działanie anafilaktyczne surowic jest tak dalece niebezpieczne dla chorego, że zamiast pomóc mu — możemy mu tylko zaszkodzić.

Autor na pytanie to na podstawie swego dużego materiału z oddziału chorób zakaźnych w szpitalu Virchowa w Berlinie daje stanowczą odpowiedź, że działanie to jest nadzwyczaj łagodne i nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa dla życia chorego, wobec czego byłoby błędem nie do darowania, gdyby lekarz w obawie przed wystąpieniem objawów choroby posurowiczej zawahał się choremu na błonicę lub drętvicę karku zastrzyknąć surowicę.

Dotąd nie opisano ani jednego przypadku, zakończonego śmiercią, i u którym jako przyczynę śmierci moglibyśmy uważać zastosowanie surowicy. Przypadki LANGERHANSA i GOTTSSTEINA pozwalają przypuszczać, że zejście śmiertelne było spowodowane działaniem jadu błoniczego na mięsień sercowy. Przypadki zaś zapaści po zastrzyknięciu surowicy, opisane przez KLEMPERERA, UMBERA i amerykańskich autorów, wszystkie skończyły się szczęśliwie. Autor dwa razy tylko spostrzegł objawy zapaści u chorych na błonicę przy dożylnym zastosowaniu surowicy przeciw paciorkowcowej. To jednakże spostrzeżenie — według autora — nie może stanowić przeciwwskazania dla dożylnych zastrzyknięć, gdyż w przypadkach bardzo ciężkich (np. błonicy) tylko surowica, wprowadzona do żyły, może uratować życie chorego. Jedynie wada serca nie pozwala nam na ten zabieg.

W praktyce bardzo ważne jest już wyżej opisane spostrzeżenie PIRQUETA, że powtórne zastrzyknięcie, wykonane w ciągu pierwszych sześciu dni po pierwszym zastrzyknięciu, nie wywołuje żadnego odczynu.

Tyczy się to specjalnie tych przypadków błonicy, w których musimy w ciągu pierwszych dni choroby powtarzać dwukrotnie, a nawet trzykrotnie zastrzyknięcie, aby osiągnąć zupełne wyleczenie. Winniśmy dążyć do tego, by, o ile to jest możliwe, unikać objawów t. zw. choroby posurowiczej, które przede wszystkim zależne są od ilości wprowadzonej do ustroju surowicy. Obecnie jesteśmy zmuszeni stosować surowicę przeciw paciorkowcową i meningokokową w dużych ilościach, w błonicy zaś już, dzięki zjawieniu się w handlu surowicy wysokowartościowej (w Niemczech np. 500 wartościow-

wej)—możemy osiągnąć dodatni wynik leczniczy za pomocą niewielkich ilości.

Następnie powinniśmy starać się, by do wyrobu surowic używano nie tylko koni, ale i innych zwierząt, jako to krów, mułów, osłów, kóz. Idzie o to mianowicie, by w przypadkach uporczywych (np. drętewicy karku) stosować do powtórnych zastrzyknięć surowicę innego gatunku zwierząt, niż poprzednio, gdyż w ten sposób unikamy ubocznych objawów. W razie wystąpienia cierpienia posurowiczego całe nasze postępowanie lecznicze sprowadza się jedynie do działania czysto objawowego: swędzenie zwalczamy, zwilżając ciało chorego 1% spirytusem mentolowym lub smarując maścią mentolową; znaczną ulgę chorym przynoszą ciepłe kąpiele. W przypadkach wysokiej gorączki stosujemy chłodne zawijania, miejscowo bóle stawowe łagodzimy wodoleczniczymi okładami.

NETTER radzi podawać chlorek wapnia (po 0,75 — 1 grm.) *per os* lub podskórnice w ciągu trzech dni — jednakże środek ten u osób istotnie nadwrażliwych nie wiele pomaga.

(Berliner Klinische Wochenschrift 1910 Nr. 43).

Edward Bruner.

53. A. Wolff-Eisner. O stosunku między teorią działania tuberkuliny i leczenia tuberkulinowego.

Autor jest, jak wiadomo, twórcą teorii t. zw. „litycznego” działania tuberkuliny, przyjętej przez wielu badaczy za słuszną, a między innymi przez SAULIEGO. Punkty wytyczne owej teorii są następujące: 1) tuberkulina nie jest toksyną, lecz obcem dla ustroju białkiem, pochodzącem z prątków gruźliczych; 2) wszystkie tuberkuliny są w gruncie rzeczy jednakowe i różnią się od siebie jedynie pod względem szybkości wchłaniania się, tuberkuliny uważać należy za jad laseczników gruźliczych; 3) wrażliwość i niewrażliwość w stosunku do tuberkuliny podlegają zwykłym prawom, które zostały dowiedzione dla wszelkiego rodzaju białka obcego dla ustroju; 4) różnice między tuberkuliną i białkiem, obcem dla ustroju, są natury fizycznej, tuberkulina trudniej się rozpuszcza, niż inne rodza-

je białka; w zależności od rozpuszczania się i wchłaniania znajduje się wytwarzanie niweczników, a więc i odczyn tuberkulinowy.

Tuberkulina należy tedy do t. zw. wtórnie toksycznych substancji, które, jako endotoksyny, dla rozwinięcia swego działania jadowego wymagają obecności dopełniacza i dwóchwytnika, które rozpuszczają ową substancję białkową, gdy tymczasem t. zw. pierwotnie toksyczne substancje działają na ustrój bez wszelkiego współdziałania ustroju. Do pierwotnie toksycznych należą: jad błonicy, tężcowy, żmii, abryna, krotyna i t. p., do następczo toksycznych: jad tyfusowy, cholery, paciorkowców — a więc wszelkie endotoksyny, wreszcie jady gruźlicze i rodzaje białka obcego ustrojowi—surowicze, organów i t. p.

Zdawałoby się tedy, że i zupełnie zdrowi ludzie powinni reagować na wprowadzenie tuberkuliny, tego obcego dla ustroju białka. Tak jednak, jak wiadomo, nie jest. A tłumaczy to WOLFF-EISNER w ten sposób, że znajdujących się w ustroju zdrowego człowieka t. zw. „normallizyn” jest zbyt mało, by mogły one rozpuścić trudno rozpuszczającą się tuberkulinę, a bez tego nie może być mowy o działaniu tuberkuliny i odczynie ustroju. Wytwarzające się natomiast w ustroju chorym „immunlizyny”, ilościowo tylko, zdaniem autora, a nie jakościowo różniące się od lizyn normalnych, dają sobie radę z tuberkuliną i powodują ów znany odczyn u chorych na gruźlicę. Ten ostatni zależy jednak i od zdolności reakcyjnej samego ustroju i nie występuje wcale, skoro ustrój już nie jest w stanie reagować na wprowadzoną tuberkulinę (ciężkie, prognostycznie złe przypadki). Miejscowy odczyn tuberkulinowy zależy od obecności w danym miejscu chwytników, które wraz z zastrzykiwaną tuberkuliną dają objawy miejscowej nadwrażliwości tuberkulinowej; o ile objawy te występują w ognisku chorobowym, mówimy o odczynie ogniskowym.

Zdaniem autora, wyżej omówioną jego teorią nie tylko najlepiej tłumaczy działanie tuberkuliny, lecz i *a priori* już żąda, by przy leczeniu tuberkulinowym gruźlicy unikać wogóle odczynu wyraźniejszego. Wielu kli-

nicystów (SAHLI i inni) jest tego zdania na zasadzie rozważań teoretycznych i spostrzeżeń klinicznych.

Pozatem nie należy zbyt wiele, według autora, spodziewać się od leczenia tuberkulinowego, zwłaszcza, gdy mowa o wystąpieniu gruźlicy. Higiena i środki ekonomiczno-społeczne odgrywają pod tym względem najgłówniejszą rolę.

(Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 36).

54. O. Roepke. Przyczynki do serodyagnostyki gruźlicy płuc.

STARKLOFF¹⁾, który sprawdzał spostrzeżenia BAUERA co do przeniesienia uczulenia (anafilaksji) z człowieka na zwierzęta, doszedł do wniosku, że wprowadzenie pod skórę świnki morskiej 0.1 sz. ctm. tuberkuliny starej w 24 godziny po zastrzyknięciu jej 1—2 sz. ctm. surowicy chorego na gruźlicę daje w większości przypadków odczyn w postaci dość gwałtownego podniesienia ciepłoty. ROEPKE i STURM, chcąc ostatecznie rozstrzygnąć tę tak ważną dla gruźlicy pod względem rozpoznawczym sprawę przeniesienia zjawiska uczulania na zwierzęta, postanowili ją wszechstronnie oświetlić. Przekonali się tedy przede wszystkim, że zwykła ciepłota z dr o w e j świnki morskiej w odbytncy waha się około 38,5. Świnki, których dzienna ciepłota sięga 39°—40°, albo zdychają wkrótce, albo zabite wykazują zmiany chorobowe,—innemi słowy, nie są zdrowe. Świnki, których waga nie przekracza 350 g., nie reagują podniesieniem ciepłoty nawet na dwukrotnie w odstępie 24 godzin powtórzone zastrzyknięcie 0.1 sz. ctm. tuberkuliny; zdrowe świnki wagi 600 g. znoszą nawet 0.15 sz. ctm. tuberkuliny bez odczynu, reagując dopiero na wprowadzenie 0.2 sz. ctm., natomiast małe świnki wagi 300 g. dostają gorączki już po wprowadzeniu 0.1 sz. ctm. tuberkuliny.

Zastrzykiwanie pod skórę świnki 2 ctm. sz. mleka, 2 ctm. sz. 10%-wego roztworu soli kuchennej, 2 ctm. sz. surowicy zdrowych lub chorych na gruźlicę ludzi, 2 ctm. sz. surowiczego wysięku opłucnowego lub wreszcie 2 ctm. sz.

plynu surowiczoropnego z opłucny nie podnosi ciepłoty świnek, gdy tymczasem wprowadzenie pod skórę 2-óch sz. ctm. jałowego bulionu pożywkowego podnosi, jak to zauważyli C. FRÄNKEL i BIERROTE, ciepłotę świnek powyżej 40°, zapewne na skutek działania albumoz.

Natomiast zastrzyknięcie następcze tuberkuliny po uprzednim wprowadzeniu podskórnem (po upływie 24 godzin) niektórych z wyżej wymienionych obojętnych płynów (mleko, sól) powoduje nagle i znaczne podniesienie ciepłoty. Tak więc zupełnie obojętne substancje mogą uczulić dla odczynu na tuberkulinę ustrój zwierzęcy podobnie, jak i surowica ludzka chorego na gruźlicę, nie można więc tu mówić o istotnem uczuleniu.

Pokazało się następnie, że surowica zdrowych ludzi raz powoduje odczyn uczulenia, drugi raz nie.

ROEPKE twierdzi na zasadzie powyższego, że i ta metoda serologiczna dzieli los innych sposobów serodyagnostyki gruźlicy,—wszystkie one nie są bowiem o tyle swoiste, by na nich opierać można było z pewnością rozpoznanie. Myśl zaś przeniesienia odczynu tuberkulinowego z człowieka na zwierzę nie daje się urzeczywistnić.

(Beitr. zur Klin. der Tub. t. XVIII z. 3).

55. B Möllers. O typie prątków gruźliczych w płwocinie suchotników.

Od roku 1908, kiedy KOCH na międzynarodowym zjeździe przeciwgruźliczym zaakcentował fakty, że niema ani jednego przypadku gruźlicy płuc, w którymby przez czas dłuższy chory wydzielał laseczniki typu bydłczego lub w którymby te ostatnie były znalezione,—sprawie tej poświęcono dużo uwagi i badań. Zpóśród 90 przypadków, odpowiednio w tym kierunku badanych a zebranych przez DIETERLENA, w jednym tylko (de JONG-STUURMANN) znaleziono laseczniki typu bydłczego, lecz badanie było zaledwie raz dokonane, niewiadomo więc, czy była to przypadkowa domieszka laseczników perlicy z pożywienia, czy też płwocina danego osobnika przez czas dłuższy je zawierała. Od cza-

¹⁾ p. Medyc. i Kron. Lek. 1910 str. 1053.

su wystawionych przez Kocha postulatów ogłosili: KITASATO wynik badania 152, DIETTERLEN—150, PARK—278 przypadków, dotyczących dorosłych i 8 dotyczących dzieci. We wszystkich tych przypadkach znajdowano jedynie laseczniki typu ludzkiego.

Autor poddał badaniu w omawianym celu płwocinę 51 chorych gruźliczych, zastrzykując ją podskórną świnkom morskim w celu otrzymania czystej hodowli. Tę ostatnią zastrzykiwano pod skórę królikom. Jak wiadomo, króliki są dość odporne względem laseczników typu ludzkiego, zmiany zaś wywołane przez te ostatnie, są bardziej umiejscowione. Laseczniki typu bydłęcego wywołują natomiast u królików bardzo rozległe zmiany.

Z badań swych autor wyprowadza dwa wnioski następujące: 1) we wszystkich przypadkach znalazł wyłącznie laseczniki typu ludzkiego, 2) zastrzyknięcie królikom pozwala na odróżnienie laseczników typu ludzkiego od typu bydłęcego; 3) badania autora wraz z powyżej przytoczonymi innych autorów przemawiają za tem, że perlica odgrywa niewielką rolę w powstawaniu gruźlicy u ludzi.

(D. med. Woch. 1911 Nr. 8).

Choroby gardła i nosa.

56. M. Senator. O leczeniu wilka błony śluzowej.

Autor zwraca uwagę na konieczność badania jamy ustnej, gardzieli, krtani i nosa w każdym przypadku wilka twarzy, dodając przy tem, że leczenie jedynie wilka skóry bez jednoczesnego leczenia wilka na błonach śluzowych nie prowadzi do celu, powoduje bowiem częste nawroty. Doświadczenie zaś wskazuje, że w większej części przypadków wilka skóry zajęte są i błony śluzowe. Co się tyczy leczenia, to, aczkolwiek przypadki zupełnego wyleczenia są dość rzadkie, leczenie w każdym razie czyni nawroty rzadszymi i łagodniejszymi pod względem przebiegu.

Śród środków leczniczych na pierwszym miejscu postawić należy — leczenie chirurgiczne, mające na celu za pomocą ostrej łyżeczki, t. zw. konchotomu, lub żegadła elek-

trycznego usunięcie chorobowo zmienionych części. Ważne znaczenie ma dla odpowiedniego leczenia dokładne obejrzenie całej jamy nosowej, co bynajmniej nie zawsze się udaje. Autor poleca lekkie pocieranie śluzówki sondą, owiniętą w watę — miejsca chore zwykle wtedy krwawią. Następnie leczenie polega na wypalaniu kwasem mlecznym. Naświetlania promieniami ROENTGENA lub metodą FINSENA dają gorsze wyniki, niż zabieg chirurgiczny.

Leczenie gorącym powietrzem nadaje się jedynie dla jamy ustnej i gardzieli. Spółśob HOLLANDERA, polegający na jednoczesnym podawaniu na wewnątrz jodku potasu z zasypywaniem miejscowo kalomelu — cieszy się małym powodzeniem.

Autor zwraca następnie uwagę na wpływ ciąży na wilka, który ulega wtedy pogorszeniu.

W celu skutecznego zwalczania wilka należy uciekać się do zwykłych środków ogólnych, używanych w walce z gruźlicą, a przede wszystkim za pomocą odpowiednich instytucji wyszukiwać przypadki początkowe wilka, by je tępić od pierwszej niemal chwili.

(D. med. Woch. 1911 Nr. 5).

57. Sturmman. Usuwanie doszczętne migdałków.

Cały szereg spraw chorobowych nietylko miejscowych (częste zapalenia gardła, ropnie okołomigdałkowe i t. p.), lecz i ogólnych (zakażenie utajone, gościec, zapalenie wsierdza, nerek i t. p.), zależy, jak tego dowodzą coraz częściej notowane spostrzeżenia, od ogniska, ukrytego w migdałkach. Jedynym racjonalnym sposobem leczenia tego rodzaju cierpienia jest usuwanie doszczętne migdałków. To ostatnie jest wskazane z tego jeszcze względu, że częstokroć największe zmiany chorobowe umiejscawiają się w górnym biegunie migdałka, który przy odcinaniu migdałków zwykle nie zostaje usunięty. Zabieg omawiany bywa stosowany z dobrym skutkiem i w ostrych cierpieniach miejscowych (ropień okołomigdałkowy, zgorzel migdałka).

Co się tyczy samego dokonywania zabiegu, to przede wszystkim niezbędne jest

dobre znieczulenie podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardzieli i obydwu łuków u ich nasady. Poza tem należy zastrzyknąć kokainę do migdałków poprzez łuki (autor używa pastylek nowokainy po 0,125 z suprareniną z fabryki z Höchst, rozpuszczając je w 12–15 sz. ctm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej). Dla każdego migdałka zużywa co najmniej 5 sz. ctm. roztworu. Zastrzykuje za pomocą igły RUPRECHTA. Do trzymania migdałka używa autor zmodyfikowanych przez siebie kleszczyków RITTEGA. Oddzielania migdałka od łuków i nasady autor dokonywa za pomocą nożyczek HOPMANN lub COOPERA. Niekiedy, gdy w razie silniejszego krwawienia idzie mu o szybkie dokończenie operacji, ucieka się autor do noża. Uszkodzenia uboczne bywają nadzwyczaj rzadkie. Zabieg winien być możliwie doszczętnie wykonany, resztki bowiem, pozostające w niży, mogą nieraz i później podlegać zachorzeniu.

Krwawienie, które, zdaniem autora, łatwiej może następczo wystąpić po usunięciu doszczętnem, niż po odcięciu migdałka,— bywa na ogół niewielkie i zwykle ustaje po krótkim czasie. W celu uniknięcia krwotoku autor daje chorym na dzień przed operacją do wypicia roztwór chlorku wapnia 0,5 na 100,0. O ile krwotok sam nie ustaje, lub krwawi wyraźnie naczynie z głębi, trzeba w zagłębienie między łukami wcisnąć tampon z gazy, który u spokojnie zachowującego się chorego szybko przywiera i tamuje krwotok. Niekiedy jednak trzeba go umocować za pomocą przyrządu WAGNERA przez zszycie łuków klamerkami MICHELA. Dobrze jest mieć pod ręką kilka długich kleszczyków do ewentualnego podwiązania naczyń krwawiących. (Berl. klin. Woch. 1911 Nr 5).

58. O. Strandberg. Leczenie wilka jamy nosowej za pomocą jodku sodu i wody utlenionej sposobem S. A. Pfannenstiela.

Metoda PFANNENSTIELA, lekarza z Malmö w Szwecyi, ma na celu działanie na gruzliczo chorą śluzówkę wyzwalającym się przy zetknięciu z ozonem jodem. Później zamiast ozonu twórca metody posiłkował się wodą utlenioną. Wyniki były jedynie wtedy dobre, gdy jodek sodu podawano wewnątrznie,

działanie kombinowane na samą śluzówkę było bez rezultatu.

Autor wypróbował z dobrym skutkiem powyższy sposób leczenia w 13 przypadkach wilka jamy nosowej (WASSERMANN ujemny).

Podawano jodek sodu po 30 dziennie w 6-ciu porcjach. Jednocześnie wytamponowywano jamę nosową gazą, wolną od krochmalu, zmoczoną w 2%-wej wodzie utlenionej. Chory poza tem pokilkakroć w ciągu godziny wkraplał sobie do nosa wodę utlenioną, aby tampon stale był wilgotny. Przekonano się, że najlepsze działanie otrzymano przy używaniu wody utlenionej, zawierającej kwas. Dodawano nawet do 3%-ej wody utlenionej (Oxydol Petri), której używano w 1,5–2%-wym roztworze, kwasu octowego (5,0 na 100,0—3%-wego oxydolu), używając tej mieszaniny w pierwszych kilku dniach. Po wystąpieniu silniejszego odczynu stosowano mieszaninę słabszą (na 100,0—1,6% oxydolu 0,5 kwasu octowego).

Wynik leczenia, z wyjątkiem jednego przypadku wilka przedsionka nosa, był we wszystkich doskonały. Leczenie trwało od 5 dni do 3 miesięcy. Trwa ono krócej, o ile uprzednio wyskrobać ziarninę.

(Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 4)

M. Gantz.

Chirurgia.

59. Frank. Leczenie zatrzymania moczu zastrzykiwaniem gliceryny do pęcherza moczowego.

Często po operacjach brzusznych, szczęśliwie wykonanych w najbliższem sąsiedztwie pęcherza moczowego, wskutek porażenia odruchowego wypieracza moczu (*detrusor urinae*) albo wskutek niemożności ze strony chorych oddawania moczu w pozycji leżącej następuje zatrzymanie moczu. Okłady rozgrzewające i leczenie wewnętrzne jest bezskuteczne, i trzeba mocz wypuszczać przez cewnik.

Ponieważ stan taki u niektórych chorych może trwać dni kilka, nawet dłużej, nic dziwnego, że przy zastoju moczu i stosowaniu ciągłym cewnika powiększają się szanse zakażenia pęcherza.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żołądka, limfatyzmu i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskiem Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jarotat w Kijowie, w Kaukaskiem Towarzystwie Handlu Towarzystwie Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferrejna w Moskwie.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżyty żołądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

MACZKA

NESTLÉ

MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Od 500 Lat Leczą

sławne na całym świecie, naturalnie gorące (36-42°C.)
nie ochładzane, radio czynneTermy siarczane i kąpiele mułowe
miasta kąpielowego**TRENCSEN-TEPLICZ**Górne Węgry Główna linia kolejowa Berlin-Oderberg-Wiedeń.
DNE, GOŚCIEC, ECT.Hotel zbudowany razem z kąpielą. Cały rok otwarty.
Znakomite pensjon wiosenne, ceny umiarkowane. Nowe
budowle, na które wyznaczono 1½ milionów.
Nowe Kąpiele! Nowy Grand-Hotel!
Cudowne pożenie
Dla kuracji domowych wysyła mułu i wody źródlanej.
Prospekty: Dyrekcya Kąpielowa.**Marienbadzki**

Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrunnen lub sól źródłana skutecznie zapobiegają zaparciu stolca nie wywołując dolegliwości ze strony żołądka i kiszki.

Rahitskie
Donata-ZródłoGłówne wskazania:
Przewlekłe niezłyty żołądka i jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.**Najsilniejsze naturalne
magnesiowo-glauberskie źródło**Reprezentacja na Rosję i Kr. Polskie:
Dom Handlowy S. Rosciszewski, Warszawa Bracka 6.**SANATOGEN
BAUERA**

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serca

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo, Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko Bauera Sanatogen w pudełkach zaopatrzonych w czerwoną banderolę jest oryginalnym.

D-r Fanciszek CHŁAPOWSKIordynuje i w tym sezonie
w Bad Kissingen, Printzregentenstrasse
1, gdzie ma własny pensjonat dla potrzebujących opieki.z Paryża
8 godzin**AIX-LES-BAINS**z Genewy
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-o C. najobszernsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszą, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reines, działającej silnie moczopędnie.

Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniające: Physioterapia — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach. Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleę, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget. Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty, Sporty. Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

TLEN W BALONACHna każde żądanie
w APTECE**M. KUCHARZEWSKIEGO**

Miodowa 5. Telefonu 753.

Dla prowincyi całkowite aparaty do wywiązywania tlenu.

Pierwsi ginekolodzy (BAISCH, DÖDERLEIN), a za nimi i autor zaczęli stosować w takich porażeniach pooperacyjnych w celu leczniczym zastrzykiwanie przez cewnik NÉLATONA do przepelnionego pęcherza (nie wypuszczając moczu) 30 grm. 2 proc. roztworu kwasu bornego w glicerynie. Skutek zwykle następował najdalej po kwadransie, i funkcje pęcherza odtąd odbywały się prawidłowo.

Autor ze względu na przykrość ogromną, jaką sprawia zastrzykiwanie do pęcherza i bez tego już przepelnionego, jeszcze 30 grm. gliceryny, zaczął zastrzykiwać glicerynę bez cewnika wprost do cewki moczowej, przy czem zauważył, że wystarcza mniejsza ilość gliceryny—15—20 grm.—jedynie tyle, ile potrzeba, aby przewyciężyć kurcz zwieracza pęcherza. Około 10 grm. zwykle jeszcze następnie wpływało z cewki, i tylko 5—10 grm

dostawało się do pęcherza, ale i ta niewielka ilość wystarczała, i chorzy w przeciągu najwyżej 20 minut oddawali mocz normalnie.

Zachęcony tak dobrym wynikiem przy pooperacyjnem zatrzymaniu moczu, autor zaczął stosować owe zastrzykiwania i w innych przypadkach zatrzymania moczu i otrzymywał zawsze bardzo dobry wynik, nawet w zatrzymaniu moczu wskutek zwężenia cewki albo przerostu sterczu (naturalnie w tych przypadkach wynik zwykle nie był długotrwały).

Bardzo wdzięczne były te przypadki, w których cewnika nie udało się wprowadzić.

Przeciwwskazane są tylko ostre sprawy zapalne w przedniej części cewki moczowej.

(Centralblatt, für Chirurgie 1911 Nr.2)

E. B.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

— Na posiedzeniu Towarz. Lekars. w Würzburgu drzy COHNHEIM i BIST rozpatrywali sprawę czasu, w przeciągu którego płyny pozostają w żołądku, nawiązując swój wykład do spostrzeżeń COHNHEIMA, który już dawniej miał sposobność zauważyć, że przez żołądek napelniony woda przebiega tak szybko, jak przez próżny. Doświadczenia OTTO dowodzą, że izotoniczny roztwór soli kuchennej opuszcza żołądek prędzej, niż roztwór soli stężony i niż woda. QUINCKE i MÜLLER w podobnych doświadczeniach uwzględniali głównie ciepłotę płynu i przekonali się, że płyny bardzo zimne i bardzo gorące pozostają w żołądku dłużej, niż letnie. Wogóle od dawna już istnieje bardzo rozpowszechnione mniemanie, że płyny zimne dłużej pozostają w żołądku i psują trawienie. Przy doświadczeniach należało unikać wpływu pobudzenia kurczliwości żołądka pochodzenia psychicznego. W tym celu do doświadczeń użyto psa z otworem w przelyku i przetoką żołądkową. Aczkolwiek pies dostawał mleko i mięso, po-

zywienie to dzięki otworowi w przelyku nie dostawało się do żołądka, dokąd wlewano przez przetokę takie same ilości płynów badanych. Okazało się, że ta ostrożność była bardzo potrzebna, ponieważ w istniejących warunkach z 300 ctm. sz. wody 110—120 przechodziło do kiszek w przeciągu 10 minut, a po usunięciu karmienia rzekomego ilość wydalonej z żołądka wody wynosiła zaledwie 75—80 ctm. sz.; wogóle, im bardziej żołądek był napelniony, tem większą ilość płynu wydalał. Ząd powstaje przypuszczenie, że stopień napelnienia żołądka stanowi sam przez się bodziec ruchowy dla jego mięśni. Na podstawie swych doświadczeń badacze zupełnie potwierdzają dawniejsze spostrzeżenia COHNHEIMA, natomiast nie mogli stwierdzić, żeby ciepłota lub rodzaj płynu (wyjąwszy stężenie roztworów solnych) posiadały jakikolwiek bądź wpływ na czas przebywania płynu w żołądku.

— Na posiedzeniu stowarzyszenia przyrodników i lekarzy we Fryburgu Dr. MORAWITZ wygłosił odczyt pod tytułem: K l i m a t

górski i odnowa krwi. Dawniejsze prace mówcy nad odnową krwi doprowadziły go do wniosku, że w przypadkach niedokrwistości sztucznej we krwi zachodzi bardzo żywa wymiana gazów. Mianowicie, jeżeli krew królika zdrowego przy zachowaniu ścisłej aseptyki pozostawić w cieplarni bez dostępu powietrza, to krew taka bardzo wolno traci swój tlen. Przypuszczalnie zużycie tlenu należy przypisać ciałkom białym krwi, ponieważ, według panujących pojęć, bezjądrowe ciałka czerwone przyjmują bardzo mały udział w wymianie gazów. Inaczej stoi sprawa z krwią zwierząt, u których niedokrwistość została wywołana sztucznie. Jeżeli krew taką pozostawić w tych samych warunkach, co pierwszą, to wszystkie tlen gine w przeciągu $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ godziny, jego zaś miejsce zajmuje kwas węglowy. Badania dalsze przekonały, że zjawisko to zależy od obecności elementów upostaciowanych, ponieważ zaś leukocyty i ciałka czerwone jądrzaste nie grają tu żadnej roli, a płytek krew odwłókniona nie zawiera, przeto w grę wchodzi jedynie ciałka czerwone bezjądrowe. Z drugiej strony wiadomo, że we krwi prawidłowej ciałka czerwone nie zdradzają żadnych objawów wymiany gazów, co naodwrot stanowi właściwość tylko krwi osobników niedokrwistych, przeto należy wnosić, że to szybkie zużycie tlenu zależy jedynie od wielkiej liczby krążących we krwi młodych ciałek czerwonych bezjądrowych. Jest rzeczą znaną, że w przypadkach anemii doświadczalnej spostrzega się bardzo żywą odnowę krwi, jak tego dowodzi obecność ciałek czerwonych jądrzastych i polichromatofilów. Dowiódł tego już IRAMI i przekonał, że natężenie zużycia tlenu *ceteris paribus* zależy jedynie od szybkości odnowy krwi i od liczby młodych ciałek czerwonych bezjądrowych, krążących we krwi. Oczywiście więc szybkość zużycia tlenu może nam posłużyć jako metoda do ilościowego oznaczania odnowy krwi, zwłaszcza, że badania morfologiczne nie dostarczają nam dowodów przekonujących. Zanim jednak metoda taka znalazłaby zastosowanie praktyczne, należało naprzód stwierdzić jej dokładność. Otóż przekonano się,

że zużycie tlenu we krwi ludzkiej prawidłowej w całym szeregu doświadczeń wynosiło 4% obecnego O_2 w przeciągu pięciu godzin przy temperaturze krwi ($38^\circ C$). Po dwukrotnym upuszczeniu krwi, dokonanym w znacznym odstępie czasu, zużycie to w dniu następnym po upuszczeniu wzrastało dwójnasób, naturalnie, przy tej samej liczbie leukocytów. Jednocześnie wypuszczano 300—400 ctm. sz. krwi. Nazajutrz po upuszczeniu we krwi nie było składników morfologicznych, wskazujących na szybszą odnowę krwi, przemawiała jednak za nią metoda chemiczna. Wiadomo, że w klimacie górskim często następuje bardzo szybki przyrost liczby ciałek czerwonych, który osiąga szczytu w przeciągu jednego lub kilku tygodni. Do dziś jeszcze pozostaje nierozstrzygnięte pytanie, czy ten przyrost zależy od nowotworzenia się ciałek czerwonych, czy też następuje zagęszczenie krwi. Zmian morfologicznych, które dowodziłyby nowotworzenia, badacze wierogodni nie wykryli, mówca więc przy pomocy d-ra MASINGA podjął te doświadczenia na nowo, lecz postanowił nie uwzględniać poliglobulii, która rozwija się w przeciągu kilku tygodni. Po kilkukrotnym określeniu szybkości zużycia tlenu w miejscowości, nisko położonej, badacze ci udali się do pracowni Angelo Mosso w Col d'Olen na wysokości 3000 m. Tam w przeciągu ośmiu dni co drugi dzień oznaczano u każdego z badaczy liczbę ciałek czerwonych, ilość Hgmlb. i szybkość zużycia tlenu. Liczba ciałek czerwonych wzrastała w przeciągu tego czasu, aczkolwiek z pewnymi wahaniami, lecz powiększenie to nie było tak znaczne, jakby należało oczekiwać, wnosząc z danych literackich. Zmian morfologicznych we krwi nie znajdowano wcale, a zużycie tlenu nie było zgola większe, niż na równinie. Spostrzeżenia te dowodzą, że szybkie przejście do klimatu górskiego nie stanowi zbyt energicznego bodźca dla narządów krwiotwórczych, jak przypuszczano dotychczas. Przyrost liczby krążków czerwonych, który występuje natychmiast lub w krótkim czasie, polega prawdopodobnie nie na wzmożonym nowotworzeniu, lecz raczej, jak twierdził ZUNZ, na zmianie podziału składników upostaciowa-

nych w narządach krążenia. Prócz tego ma tu miejsce pewne zagęszczenie krwi, na co już Grawitz wskazywał. W końcu należy przypuszczać, że przyrost liczb ciałek czer-

wonych u człowieka zdrowego nie jest zbyt równomierny i nie dosięga zbyt wysokiego stopnia, jak to dotychczas przypuszczano.

K Z.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało od hr. Józefa Potockiego dar w postaci domu przy ul. Kaliksta 8. W akcie erekcyjnym hr. Potocki mówi, co następuje:

„D. 25-go marca 1911 r. ja, Józef hr. Potocki, pragnąc wznowić przykłady moich przodków: Jana, Ignacego i Stanisława Potockich, zasłużonych dla polskiej nauki, oddaję na wieczystą własność warsz. Tow. naukowemu nabyty przezemnie w d. 18 marca 1911 r. gmach przy ulicy Kaliksta Nr. 8, który służyć będzie za siedzibę Towarzystwu i instytutom nauk doświadczalnych tudzież jako pomieszczenie dla przyszłych zbiorów, biblioteki i pracowni”.

— Zarząd Warsz. Stowarz. lekarzy zawiadamia, że posiedzenie ogólne odbędzie się w pierwszym terminie we środę 12 kwietnia r.b., a w razie nie dojścia do skutku d. 29 kw. w sobotę.

— Komitet organizacyjny I-go Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w dniu 4 i 5 czerwca r. 1911 podaje do wiadomości, że:

1) Wobec wyjazdu z Łodzi kol. Wacława Jasińskiego sekretarzem Zjazdu został kol. Antoni Tomaszewski, Łódź Przejazd Nr. 6.

2) Wobec liczby zgłoszonych odczytów postanowiono utworzyć 2 sekcje: medycyny osobniczej i medycyny publicznej.

3) Dla uczczenia Zjazdu redakcja „Medycyny i Kroniki Lekarskiej” oraz redakcja „Przeglądu lekarskiego” i „Czasopisma lekarskiego” wydadzą zeszyty, poświęcone Zjazdowi.

4) Dalszy ciąg odczytów, zgłoszonych od dn. 1/II do 20/III, jest następujący:

20) L. Batawia (Częstochowa) Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego. 21) J. Pełczyński (Radom). Praktyka walki z chorobami zakaźnymi w Radomiu. 22) B. Łuczycki (Łódź). Przyczynek do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem. 23) H. Rozenblatówna (Łódź). Anafilaksja w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej. 24) A. Kędziński (Serock) Wartość teorii w praktyce lekarskiej. 25) St. Kopciński (Kochanówka). O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób umysłowych. 26) H Goldberg. (Łódź). Praktyka znieczulenia lędźwiowego. 27) A. Goldman. (Łódź). Dezynfekcja rąk i pola operacyjnego. 28) B. Łuczycki (Łódź). Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi. 29) S. Skalski (Łódź). Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy. 30) J. Maybaum i H. Trenkner. Szpitalnictwo w Łodzi. 31) Br. Sawicki (Warszawa). W sprawie kształcenia młodych lekarzy. 32) A. Goldenberg (Łódź). O znaczeniu języka Esperanto dla lekarzy. 33) S. Bronowski (Warszawa). O stanie materyalnym lekarzy Królestwa Polskiego (na zasadzie kwestyonaryusza) i o środkach poprawy tego stanu. 34) Fr. Mieczysławski (z Chorzel). Kilka zagadnień etyki zawodowej. 35) S. Bartoszewicz (Łódź). O rejestracji śmiertelności w miastach. 36) I. Watten (Łódź). Aseptyka i antyseptyka w życiu lekarza-praktyka. 37) Z. Endelman (Warszawa). O postępowaniu akuszerskim przy łożysku przodującym. 38) J. Leyberg (Łódź). O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu dla dyagnostyki gruźlicy. 39) Tenże. O martwicy tkanki tłuszczowej w

patologii skóry ludzkiej. 40) H. Rozental (Łódź) Leczenie gruźlicy tuberkuliną. 41) A. Zaleski (Płock). Przyczynę do repozyycji przepuklin. 42) Tenże. Przypadek wprowadzenia przepukliny en masse. 43) A. Tomaszewski (Łódź). O wczesnem rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego. 44) W. Jasiński (Lublin) i S. Lewinson (Łódź). Rola „Opiekuństw” w walce z gruźlicą. 45) E. Sonenberg (Łódź). O próbie Sylandra. 46) J. Birencweig (Łódź) O zachowawczem leczeniu chorób skórnych. 47) J. Luxemburg i L. Zembrzuski (Warszawa). Uraz w stosunku do niektórych cierpień wewnętrznych i chirurgicznych. 48) L. Tokarzewski (Włodawa). Stan położnictwa w powiecie Włodawskim. 49) M. Hertz (Warszawa). O potrzebie kursów laryngologicznych dla lekarzy prowincjonalnych. 50) Tenże. O traumatycznym uszkodzeniu błony bębenkowej. 51) M. Marx (Łódź). O stosowaniu Biera w praktyce prywatnej. 52) An. Landau (Warszawa). O nowych prądach z dziedziny patogenezy i leczenia moczówki cukrowej. 53) A. Tuchendler (Warszawa) i J. Maybaum (Łódź). Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych (z demonstracjami chorych w szpit. mał. Poznańskich).

— „Koło Medyków” Wszechnicy Lwowskiej, chcąc zachęcić uczącą się młodzież lekarską do prac samodzielnych, ogłasza konkurs na pracę oryginalną z zakresu nauk lekarskich.

Warunki konkursu:

1) Udział w konkursie mogą brać członkowie „Koła Medyków” tudzież wszyscy studenci medycyny Polacy, studujący na uniwersytetach galicyjskich i zagranicznych.

2) Temat dowolny, wchodzący w zakres nauk lekarskich.

3) Termin nadsyłania prac 1 maja 1911 roku.

4) Nagroda za najlepszą pracę wynosi 100 koron.

5) Praca nagrodzona staje się własnością „Koła Medyków” Wszechnicy Lwowskiej.

6) Prace nadsyłać należy do Redakcyi „Tygodnika Lekarskiego”. (Lwów ulica Piekarska Nr. 52)

W skład sądu konkursowego wchodzi: pr. d-r Antoni Noga Mars, pr. d-r Stanisław Bądziński i doc. d-r Witold Nowicki.

— Do zakładu leczniczego w Chojnach pod Łodzią potrzebny lekarz — pomocnik od 1 maja r. b. na 2—3 miesiące letnich. Bliższe szczegóły u d-ra Fabjana, dyrektora zakładu, Łódź, Rzgowska 3.

Zmarli.

— D. 23-go b. m. zmarł we Włocławku d-r Józef Handelsman, jeden z najstarszych lekarzy polskich, długoletni członek korespondent Tow. lekarskiego warszawskiego. Urodzony w Warszawie w r. 1833, po ukończeniu gimnazjum gubernialnego płockiego pojechał do akademii medyczno-chirurgicznej w Petersburgu. W r. 1854 powrócił do Warszawy i zaczął praktykę, jako lekarz, w szpitalu na Ujazdowie. Przeniósł się następnie do Kutna, gdzie praktykował w ciągu lat 50 przeszło. Wypadki roku 1863 przerwały jego pracę lekarską, i dr. Handelsman zmuszony był opuścić kraj. W r. 1864 udał się do Wiednia, gdzie został asystentem prof. Skody. Do kraju powrócił w r. 1866; uwięziony i skazany na rok twierdzy, przebył czas ten w Modlinie. W ostatnich latach mieszkał we Włocławku.