

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** Prof. LUDWIK TEICHMAN [z powodu 25-lecia Jego profesorskiej działalności] napisał W. MAYZEL. — I. A. MALINOWSKI. Kilka uwag o „malaryi“ i o patognostycznym znaczeniu powiększenia śledziny u dzieci. — II. A. FABIAN. Rozbiór chemiczny cybilsu stałego. — III. K. SZADEK. Teoryja wstępnego zarażenia się matki przymiotem od płodu (*Théorie „choc en retour“*). Studium krytyczne [Dalszy ciąg]. — *Notatki lekarskie.* 9. A. DĘBCZYŃSKI. Nienaturalne spółkowanie z kobietą w usta, połączone z gwałtem. — 10. A. MALINOWSKI. Wrzód żołądka okrągły u dziewczynki 8-o-letniej. Śmierć wskutek krwotoku żołądkowego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

## PROF. LUDWIK TEICHMAN

(z powodu 25-lecia Jego profesorskiej działalności).

Profesor TEICHMAN, którego 25-letni jubileusz zawodu profesorskiego obchodzonym będzie w Krakowie d. 3 Lipca, należy do szczupłego szeregu ludzi tak niespożytych zasług w rozlicznych kierunkach, że w krótkiej tej wzmiance, poświęconej uczeniu Szanownego Jubilata, nie możemy się pokusić o przybliżone nawet ocenienie Jego działalności na polu naukowym i pedagogicznym.

Zaszczytne stanowisko, które prof. TEICHMAN zajął w rządzie uczonych, zdobył pracą — pracą, o jakiej pojęcie mieć może tylko ten, kto w tym co on kierunku zwrócił swe usiłowania. Badania anatomiczne bowiem wymagają wogóle mozolnych trudów; tam nic z myśli samej nie wypłynie, lecz potrzeba wytrwałego ślęczenia nad preparatami, pochłaniającego wiele godzin dnia, wiele lat życia. A dodać należy, że przedmiot ulubiony TEICHMANA, wymagał subtelnej roboty, wprawy niezmiernej i że całą technikę sam zdobywał i wyrabiał dopiero musiał. N a s t r z y k i w a n i a n a c z y Ń, a w szczególności l i m f a t y c z n y c h, w których prof. TEICHMAN tak się odznaczył, należą do najbardziej mozolnych prac anatomicznych; jakiegoż więc potrzeba było trudu, aby doprowadzić do tej doskonałości i mistrzostwa, którem się odznaczają sławne preparaty TEICHMANA. Ocenili je też z podziwem kompetentni specjaliści na wystawach w Paryżu i Wiedniu, i nagradzali medalami. Preparaty te, to olbrzymi materyjał do wielostronnych studyjów, a chluba dla Krakowa—muzeum, mieszczącego w sobie takie skarby i unikatki anatomiczne, wykonane ręką własną lub pod okiem mistrza rodaka przez Jego pomocników i uczniów. Zbiory te nie ustępują zagranicznym; sądzimy nawet, że te ostatnie nie posiadają takich, jeżeli nie mają „preparatów TEICHMANA“.

Jeżeli zaczęliśmy od wzmianki o sławnych preparatach anatomicznych Jubilata, to dla tego aby złożyć hołd przedewszystkiem pracy. Owocem takiej wieloletniej i mozolnej pracy było także głośne dzieło: „O układzie limfatycznym ze stanowiska anatomicznego“, które autorowi zapewniło zaszczytne miejsce w rzędzie uczonych. Prof. TEICHMAN łamał pierwsze lody w tym kierunku i niewielu miał poprzedników na polu badań układu limfatycznego. Łatwo też pojąć całą trudność zadania jakie miał przed sobą. Idąc w ślady HIRTLE'a, który wprowadził w użycie nastrzykiwania przez nakłucie, TEICHMAN musiał wypróbować odpowiednie masy iniekcyjne tężejące, używane przezeń zamiast powszechnie zalecanej rtęci; musiał udoskonalić metodę nastrzykiwania, która odtąd nosi w nauce nazwę „metody HIRTLE-TEICHMANA“.

Prof. TEICHMAN przeprowadził badania naczyń i gruczołów limfatycznych w szerokim zakresie nie tylko u człowieka, lecz porównawczo i u różnych zwierząt, a wykrył fakta anatomiczne, które przetrwają na kartach nauki o układzie limfatycznym.

Sam tytuł w mowie będącego dzieła wskazuje dokładnie, że autor miał na celu głównie anatomiczne stosunki naczyń limfatycznych; wspaniałe też tablice, dodane do dzieła w liczbie 18-stu, przedstawiają rysunki przy nieznacznych powiększeniach. Nie mógł jednak prof. TEICHMAN ograniczyć się na tem i obejść bez specjalnych studyjów drobnowidzowych, wobec nastręczającej się kwestyi o początku naczyń limfatycznych, które przy nastrzykiwaniu tak pięknie się przedstawiały. Pamiętajmy tu jednak, na jakim stopniu znajdowała się wówczas [w r. 1861] technika histologiczna i pomocnicze metody badania. Nie możnaby więc wyników drobnowidzowych poszukiwań prof. TEICHMANA oceniać z dzisiejszego stanowiska, kiedy nauka rozporządza metodami, przedstawiającemi daleko większe widoki powodzenia w rozstrzygnięciu tak trudnego pytania, jakie stanowi początek naczyń limfatycznych. Wszakże i dziś, mimo zastosowania azotanu srebra do uwydatnienia granic komórek i szczelin tkankowych, badacze nie doszli do zgodnych poglądów na tę zawiłą kwestyję.

Przypuszczamy, że Szanowny Jubilat zwrócił się do naczyń limfatycznych od innej płynnej tkanki ustroju, od krwi mianowicie, w której na lat kilka przed wydaniem dzieła powyższego, znalazł kryształ, znane w nauce pod nazwą „TEICHMANOWSKICH kryształów heminy“. Gdy się przekonano, że kryształy te są chlorkiem hematyny, a BRUECKE wykazał, że mogą służyć do wykazywania najmniejszych choćby śladów krwi, odkrycie TEICHMANA nabrało niezmiernego znaczenia w medycynie sądowej, a ztąd nazwisko Jego spotykamy i po za obrębem dzieł lekarskich, we wszystkich podręcznikach, w których tylko jest mowa o badaniu krwi.

Obok tych korzyści dla nauki kosmopolitycznej, która nie wszędzie może i wie, jaka ziemia wydała badacza z nazwiskiem o germańskim brzmieniu, Jubilat położył nieskończenie wielkie zasługi dla kraju, w którym ujrzał światło dzienne w r. 1823. Gdy losy pozwoliły TEICHMANOWI z nauk teologicznych zwrócić się do medycyny i po zwiedzeniu licznych ognisk cywilizacji w Europie przybyć z Getyngi do Krakowa, nauka anatomii nie posiadała w tym grodzie odpowiedniego przybytku. Za pierwszy też warunek objęcia katedry TEICH-

MAN postawił władzy zbudowanie gmachu wygodnego i celowi odpowiadającego, a nakreśliwszy plany, dozorując budowy, przez swą zabieглиwość i niezłomną wytrwałość doprowadził do tego, że w r. 1871 Kraków posiadał Instytut anatomiczny, wraz z Muzeum, nie ustępujące wcale zagranicznym tego rodzaju zakładom. Praktyczne względy mając na widoku, prof. TEICHMAN tak polecił zbudować audytoryjum anatomiczne, aby uczniowie siedząc dokoła mieli blisko przed oczyma preparaty do wykładu służące i aby światło na stół padając dostatecznie je oświetlało.

Jako wykładający prof. TEICHMAN, jak słyszymy, nie jest mówcą kwiecistym, ale posiada wysoką zaletę gruntownego i wyczerpującego przedstawienia stosunków anatomicznych, w ten sposób, że rzeczy najzawilsze prostemi się wydają. Umiejętnie, a nie szematycznie rysując na tablicy, stara się zarazem najdrobniejsze szczegóły okazać na preparatach i dokłada wszelkich sił, aby uczeń odpreparował najważniejsze części ciała. Pracę każdemu uprzystępnia i ułatwia, lecz za to przy egzaminach jest wymagający.

Wśród młodzieży prof. TEICHMAN jest popularnym, a niemniej wysoko poważanym. Jako człowiek niezależny, mający przy tem odwagę wypowiadać co myśli i słów nie obwijający w bawełnę, może niejedno miał do zniesienia wśród obcych i swoich, lecz za wielką zasługę poczytać mu należy, że się z przekonaniem swemi nie mijał, a przy wytrawnym i nieuprzedzonym sądzie, z podziwienia godną konsekwencyją i wytrwałością dążył do urzeczywistnienia celu, bez względu na uboczne wpływy.

Szanowny Jubilat, oddany nauce, pracy i młodzieży, którą ukochał, jakkolwiek, z powodu miejscowych stosunków, zaledwie skromny zastęp anatomów mógł wykształcić, niewielką tylko po za obrębem Uniwersytetu rozwijał działalność publiczną, nie garnąc się do zaszczytów wątpliwej wartości, które były u niego zawsze na ostatnim planie. Przedstawiciel kierunku liberalnego, stojąc twardo na gruncie przyrodnika bez zarzutu, prof. TEICHMAN może być zarazem wzorem obywatela miłującego kraj i mającego jego dobro na celu.

Prof. TEICHMAN w sile wieku jeszcze, a niezłomny w pracy, pozwoli nam nadal szczerzyć się sobą wśród tryumfalnego pochodu nauki europejskiej w dziedzinie anatomii, którą wzbogaci niejedną jeszcze zdobyczą.

Niech więc i nam wolno będzie skromny nasz głos dołączyć do ogólnego chóru, który w dniu Jubileuszu zabrzmiał w Krakowie na cześć poważnego uczonego, wytrawnego profesora i zacnego człowieka.

*W. Mayzel.*

Prof. LUDWIK TEICHMAN urodzony dnia 16 Września 1823 r. w Lublinie, w r. 1846 ukończył gimnazjum w Radomiu. W 1847—1849 r. uczył się w Dorpacie na teologię. W 1851 rozpoczął studia lekarskie w Heidelbergu, 1852 otrzymał posadę asystenta przy zakładzie Anatomii opisowej w Getyndze, przeniósł się tamże i odtąd zaczął się szczegółowo poświęcać Anatomii. 1855 roku otrzymał stopień doktora medycyny z odznaczeniem. W tymże roku powołany był do Monachium na prosektora, a następnie przyjął posadę prosektora w Getyndze. 1856 roku otrzymał stypendjum BLUMENBACH'a dla zwiedzenia

znaczniejszych zakładów anatomicznych w Niemczech, Austrii, Anglii, Francji, Belgii, Holandyi, Danii, Szwecyi i Norwegii. 1859 r. otrzymał *Veniam legendi* jako prywatny docent anatomii i fizjologii w Getyndze. 1861 r. powołany został na profesora anatomii patologicznej do Krakowa, w roku zaś 1868 zamianowany zwyczajnym profesorem anatomii opisowej. W r. 1867 za przesłane preparaty anatomiczne na wystawę paryską otrzymał medal brązowy jakoteż order Franciszka Józefa, a w r. 1872 otrzymał tytuł Radcy rządowego. W tymże roku wybrany dziekanem wydziału lekarskiego i członkiem zwyczajnym Akademii Umiejętności w Krakowie. Następnie zamianowany Wiceprezesem tejże Akademii i wybrany na przewodniczącego w Komisji przyrodniczej. W roku 1877/8 był Rektorem Uniwersytetu.

### Prace naukowe profesora Teichmana:

Zur Lehre von den Ganglien. Göttingen. 1856. 8-o, str. 27. tabl. 1. Diss. inaug.

Ueber das Haematin. [PFEUFER's u. HENLE's Zeitschr. f. rat. Med. N. F. III. s. 375, 1853 V. s. 43; VIII. s. 141. 1857].

Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkte, Leipzig 1861. 4-o, str. XII, p. 124, tablic 18.

Badania anatomiczne w przedmiocie objętości komórek sercowych. [Roczn. tow. nauk. Krak. Poczet 3-ci. T. VIII. 1865, str. 402—420].

Anatomiczne poszukiwania w przedmiocie chłonic krtni [Przeł. lek. 1870. Nr. 49, 50].

Kilka słów o wartości niektórych nowszych badań chłonic w powszechności, tudzież o naczyniach limfatycznych krtni. [Roczn. tow. nauk. Krak. Poczet 3-ci. T. XIX, 1871, str. 289—302].

Erläuterung zu prof ... T. anatomischen Präparaten auf der Weltausstellung in Wien. 1873. Krakau. 1873, 8-o, str. 8.

Kit jako masa iniekcynna. [Rozpr. i spr. z pos. wyd. mat. przyp. Ak. umiejętności. T. VII, 1850, str. 108—157].

## I. KILKA UWAG O „MALARYI“

### I O PATOGNOSTYCZNYM ZNACZENIU POWIĘKSZENIA ŚLEDZIONY U DZIECI.

Napisał

**D-r A. Malinowski,**

ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że fizykalne metody badania oddają nam przy rozpoznawaniu chorób wielkie usługi. Odnosi się to szczególnie do opukiwania i osłuchiwania narządów oddechania i krążenia krwi. Mniejsze zaś znaczenie mają te sposoby badania przy rozpoznawaniu cierpień narządów jamy brzusznej: wysłuchiwanie żadnego tu nie ma znaczenia, opukiwanie stwierdza nam tylko przybliżone bardzo powiększenia lub zmniejszenia danego narządu *resp.* wątroby, śledziony, żołądka, napełnienie albo też próżnię w danym odcinku kanału pokarmowego. Opukiwanie nerek dla oznaczenia

ich powiększenia w pierwszym okresie choroby Bright'a, lubo sławione przez mistrzów, ze strony lekarza praktyka, przyzwyczajonego do pozytywnych faktów, może być jeszcze zakwestyjonowane.

Wiadomo jak zmienne wyniki daje opukiwanie wątroby i śledziony przy różnych stopniach napelnienia gazami kiszek. Rezultat opukiwania oprócz tego w części zależnym być może od napięcia mięśni brzusznych i od rozwoju tkanki podskórnej tłuszczowej; u osób bowiem otyłych oznaczenie dolnej granicy wątroby i śledziony często bywa bardzo trudne a niekiedy niemożliwe. Obmacywanie przez gruby pokład tłuszczu, wymaga także niezmiernej wprawy, a może i pewnej dozy intuicji. Przyznać zatem musimy, że opukiwanie i obmacywanie w bardzo szczupłych granicach pozwala nam rozpoznawać stan narządów jamy brzusznej i do pewnego tylko stopnia przyczynia się do rozpoznania choroby. Powiększenie lub zmniejszenie stopnia danego narządu samo przez się nie daje nam prawa do rozpoznawania tej lub innej choroby. Odnosi się to szczególnie do powiększenia śledziony, którego to narządu badanie w naszych czasach i w naszym kraju doprowadzono do takiej doskonałości, iż wykrywa ono na 1— $\frac{1}{2}$  centymetra a u śmielszych badaczy i mniejsze nawet patologiczne powiększenie lub zmniejszenie. Zmniejszenie jeszcze nie ma takiego klinicznego znaczenia; powiększenie zato śledziony, które chętnie *pro honore domus* wypukujemy u każdego chorego, ma już ważne znaczenie rozpoznawcze, i w naszych czasach jest zwykle niezaprzeczoną dowodem t. z. „malaryi.“

Kwestyja t. zw. „malaryi,“ zwłaszcza naszej warszawskiej, tak jest obszerna, iż obrobienie jej należyte wymagałoby zbyt obszernego traktowania przedmiotu i z wielu względów nie może nas dzisiaj zajmować. Ze jednak malaryja z dziedziny patologii wewnętrznej przenika coraz bardziej w dziedzinę czystej pedyjatrii i obejmuje pod swój sztandar pewną liczbę chorób właściwych wiekowi dziecięcemu, których rozpoznanie wymaga niekiedy pewnej wprawy klinicznej lub przynajmniej pewnego natężenia umysłu do logicznego wnioskowania, sądzimy, że nie popełnimy zbytecznej niedyskrecji rozbierając pokrótce patognostyczne znaczenie powiększenia śledziony u dzieci, przy czem będziemy mieli sposobność zastanowienia się nad tem, jakie znaczenie ma ten objaw przy malaryi czyli po prostu przy gorączce przepuszczającej u dzieci, oraz jakie stany chorobowe, niemające żadnego związku z malaryją, łączyć się mogą z powiększeniem śledziony.

Badanie narządów jamy brzusznej u dzieci starszych, rozsądnych i spokojnych nie przedstawia żadnych trudności, toż samo powiedzieć możemy o dzieciach w pierwszym roku życia. Poczynając od 2 roku, badanie zapomocą opukiwanie i obmacywania utrudnionem jest przez płacz, nadymanie się i kurczenie mięśni brzusznych, którego niekiedy przeczekać nie można. Opukiwanie wtedy daje nam rezultat bardzo wątpliwy. Obmacywanie śledziony dla oznaczenia jej powiększenia ma za to ważne znaczenie. Wykonaniem być jednak musi przy ułożeniu dziecka na grzbiecie w zupełnym spokoju, przy otwartych ustach, z lewą nóżką cokolwiek zgiętą w kolanie. Palcami należy wtedy uciskać ściankę brzuszną dosyć silnie, poczynając od dołu, wtedy bowiem łatwiej wyczuć możemy brzeg wychodzącego po za łuk żebrowy narządu. W jakikolwiek sposób dojdziemy do

przekonania, że śledziona u dziecka istotnie jest powiększoną, czy to zapomocą opukiwania, czy, co ważniejsze, przez wymacanie twardego brzegu narządu poniżej łuku żeberowego, nie mamy jeszcze prawa do rozpoznania zimnicy, co jednak wbrew wszelkim zasadom różniczkowej dyjagnostyki bardzo często u nas się zdarza. Powiększenie śledziony – to nie „malaryja“ jeszcze, to nie choroba, lecz jeden dopiero z objawów, który przy pierwszym i jednorazowym widzeniu chorego nie upoważnia nas do rozpoznawania zimnicy i *eo ipso* ordynowania chininy.

Śledziona, jako narząd wrażliwy na bodźce wywołujące choroby zakaźne, zwykle a raczej prawie zawsze jest jednym z pierwszych etapów, w którym się zarazki chorobotwórcze gromadzą, a przez obecność swoją wywołują przyływ krwi i powiększenie objętości tego elastycznego narządu. Należy jednak przy rozpoznawaniu choroby pamiętać, że oprócz zimnicy, przy której śledziona bywa zawsze powiększoną, nawet wtedy gdy tego fizykalne badanie wykazać nie może, spotykamy u dzieci wiele innych chorób, którym towarzyszy powiększenie śledziony. Zimnica przepuszczająca nie jest u dzieci, zwłaszcza w pierwszych 2 latach życia, chorobą tak częstą, jak często ją rozpoznają; natomiast powiększenie śledziony stwierdzić możemy w  $\frac{9}{10}$  przypadkach chorób nie mających z zimnicą żadnego związku. Nadto jeżeli dołączymy do tego choroby śledziony często w wieku dziecięcym spotykane, liczba przypadków pseudo malaryi wzrośnie znacznie, gdy ilość przypadków istotnej zimnicy zejdzie do bardzo ograniczonej cyfry.

Badając w ciągu ostatnich lat 5-ciu w Warszawskim szpitalu dla dzieci ambulatoryjnie przecięciowo około 5 tysięcy chorych dzieci, miałem sposobność przekonania się, że „malaryja“ nie jest chorobą tak częstą; gdy tymczasem powiększenie śledziony jest objawem nierzadkim, zwłaszcza u dzieci z klasy uboższej. Choroby, przy których powiększenie śledziony stwierdziłem, były następujące:

1. **K r z y w i c a.** Od czasu pojawienia się pracy OPPENHEIMER'a w *Zeitschrift für kl. Med.* z roku 1882 o malarycznym pochodzeniu krzywicy, rozpowszechniło się w Warszawie zdanie, że choroba angielska ma za jedyną przyczynę zimnicę. Nie będziemy się tu wdawać w rozbiór krytyczny wspomnianej pracy, gdyż zdaniem naszym na takowy nie zasługuje. Nie podzielamy także zdania tych autorów, którzy za jedyną przyczynę krzywicy uważają przebyty przez ojca lub matkę przymiot; zdaniem naszym, krzywica rozwija się zawsze jako następstwo złego odżywiania, tak w czasie życia płodowego jak i w pierwszym roku życia. Zarówno ojcowie, którzy przebyli przymiot, jak i matki, które przebyły blednicę lub nie zupełnie się z takowej wyleczyły, mogą być pewni, że dzieci ich będą miały w mniejszym lub większym stopniu krzywicę. Nawet po krwotokach obfitych z nosa w czasie brzmienności, rodzi się dziecko z wodogłowiem, *craniotabes* i krzywicą.

Dzieci dotknięte krzywicą mają w  $\frac{9}{10}$  przypadkach śledzionę powiększoną, jest to jeden z objawów złego odżywiania i złego składu krwi. Krzywica rozwija się niekiedy w pierwszych miesiącach życia dziecka i przy pewnej wprawie w badaniu i dobrych chęciach można jej rozwój przepowiedzieć, przewidzieć i takowemu przez stosowne dobranie mamki lub srońki lecznicze zapobiedz. Potrzeba jednak zapomnieć o owym zdaniu starych autorów, że *pectus carinatum*, r ó-

żaniec na żebrach i *articuli duplicati* są dowodem krzywicy; gdyż zanim te objawy wystąpią, czekać musimy rok i więcej, choroba tymczasem rozwija się w pełni, wodogłowie wzrasta i pierwszy napad drgawek dla takiego dziecka jest zwykle zwiastunem śmiertelnej choroby. Wezwani znajdujemy powiększenie śledziony, a że drgawki u dzieci często odpowiadają okresowi ziębienia u dorosłych, więc malaryja jest już gotowa. Wtedy zapisuje się chininę, bromek potasu, a skoro w ciągu 7 — 15 dni dziecię życie zakończy, po uprzednim przebyciu okresu pogiębienia i śpiączki, w akcie zejścia piszemy, że zmarło na „malaryję.“

Jednym jeszcze z objawów łudzących i zachęcających do rozpoznawania malaryi u dzieci dotkniętych krzywicą w pierwszych dwu latach życia, jest obfity pot, który często w czasie snu, lub tylko w nocy na ciele dziecka występuje. Uważamy to zwykle za okres potów i tem chętniej trwamy w błędzie, bo i obrzmienia śledziony nie brakuje. Chinina więc bywa zalecaną przez całe tygodnie, a krzywica rozwija się dalej. Jeszcze bardziej obraz zbliża się do malaryi, jeżeli dłuższa i staranniejsza obserwacja chorego przekona badacza, że ciepłota ciała dziecka ulega wahaniom, wznosi się i opada.

Nie możemy w tem miejscu zastanawiać się nad przyczynami podnoszenia się ciepłoty u dzieci w ogóle. Wspomnimy tylko, że wznosi się ona od przyczyn napozór najniewinniejszych, a ma to miejsce tem łatwiej, jeżeli dziecko jest źle odżywiane i cierpi chorobę konstytucjonalną, do jakiej miana krzywica ma prawo. W przebiegu krzywicy powikłania ze strony kanału pokarmowego i dróg oddechowych są bardzo częstemi, pierwsze w letnich miesiącach, ostatnie w zimowych i wiosennych spotykamy stale. One to wywołują zwykle wzniesienie się ciepłoty.

Oprócz tego spotykamy ostrą formę krzywicy, zwłaszcza u dzieci starszych nad 2 lata, a niekiedy obostrzenia w przebiegu krzywicy rozwiniętej. W obu przypadkach gorączka bywa stałą lubo rozmaitego natężenia. Takie formy krzywicy przedstawiają obraz tak łudząco przypominający „malaryję“, iż wydaje się nam, iż grzechem byłoby nie przepisanie dwóch proszków chininy dziennie, jednego rano, drugiego wieczór, nie zabronienie mleka za pokarm i nie zalecanie zmiany mieszkania. Jakże przebiega taka forma krzywicy? Zwykle wezwani do dziecka, z opowiadań matki dowiadujemy się że dziecię od dni kilku gorączkuje, pociło się dawniej choć było zdrowe. Nie da się wziąć „za boczek“, główką trze o poduszkę, niekiedy dotknięcie kończyn dolnych zwłaszcza wywołuje płacz. Ciepłota w dole pachowym wynosi 38° — 39°C., skóra wilgotna, ręce, czoło spoczone, śledziona duża, wystaje po za łuk żebrowy. Niekiedy wrażliwość dziecka na dotykanie występuje w przerwach, jakby peryjodycznie, ku wieczorowi, co dzień lub co drugi.

Niebrak nam więc żadnego objawu: stan gorączkowy, poty, obrzmienie śledziony i peryjodyczność w objawach, ból za uciskiem skieletu, czyż to nie obraz malaryi?

Czyż i teraz nie mamy prawa przepisywać proszków chinowych, zabronić dziecku mleka, tego najodpowiedniejszego pokarmu i zalecić kleiki z mąki NESTL'a lub tapioki. Leczenie idzie *lege artis*, a choroba rozwija się dalej.

Przed paroma laty miałem sposobność spostrzegania takiego podostrego przebiegu krzywicy u dziewczynki 6-o letniej. Bóle w kościach, a mianowicie w nasadach kolanowych piszczeły powtarzały się u niej w ciągu kilku miesięcy regularnie w godzinach wieczornych, trwając 2 — 3 godzin, bolesność występowała niekiedy i w kolumnie kręgosłupowej. Leczenie przeciw zimnicy nie miało tu żadnego skutku, gdy tymczasem leczenie skierowane przeciw krzywicy wkrótce uwieńczone zostało pomyślnym rezultatem.

Takie formy krzywicy, mało dotychczas opisywane, znajdują zaprzeczenie ze strony poważnych nawet autorów. HENOCH, FURST i FRIEDLEBEN zaprzeczają możliwości ich istnienia. FRIEDLEBEN dopuszcza jedynie możliwość ostrego gorączkowego przebiegu w okresie początkowym, inni zaś autorowie ostrzegają o możliwości *osteitidis multiplicis*. Żaden jednak nie mówi o malaryi.

U dzieci starszych, które przedstawiają już wyraźniejsze zmiany szkieletu a mianowicie klatki piersiowej, „malaryja“ jeszcze częściej bywa rozpoznawana, a jeżeli nie malaryja, to przynajmniej charłactwo malaryczne. Tu mamy *pectus carinatum*, cerę bladą, małokrwistość, poty, niekiedy bóle w kościach szkieletu, a przede wszystkim śledzionę powiększoną. Śledziona niekiedy wyczuwać się daje na 2—3 palców poniżej łuku żebrowego, gdyż dzwonowato wygięta klatka piersiowa pomieścić jej w podżebrzu nie może. Śledziona w lekkich przypadkach zwykle nie bywa powiększoną wcale, a jednak wyczuć jej brzeg pod łukiem żebrowym można z powodu opuszczenia i zepchnięcia ku dołowi. HENOCH zwraca na to uwagę, dodając, że częściej znajdujemy wystawanie brzegu wątroby po za łuk żebrowy niż śledziony, co lubo w mniejszym stopniu bywa u dzieci zupełnie zdrowych. W rzadkich przypadkach śledzionę wyczuć można dokładnie; badanie pośmiertne wykazuje wtedy guz przewlekły śledziony, *leukocytosis* i ogólną niedokrwistość. Nawet wtedy, gdy śledzionę znajdujemy stale powiększoną w przebiegu krzywicy, nie bywa to powiększenie zbyt wielkie, ot zwykle takie jak przy zimnicy. Rozpoznajemy więc „malaryję“ i leczymy chininą. Dla zwolenników malarycznego pochodzenia krzywicy, twierdzących, że systematyczne leczenie chininą nigdy ich przy krzywicy nie zawodziło, czuję się w obowiązku dodać, że skutkiem dobrym takiego leczenia wcale się nie dziwię. Chinina, jako *tonicum*, zwłaszcza zadawana niekiedy w połączeniu z żelazem, przy stosownej pożywnej dyjecie i postawieniu chorego dziecka w zgodnych z higieną warunkach życia, jest bardzo stosownym środkiem przy krzywicy. Nie należy jednak w tym razie z dobrych skutków po użyciu chininy wnioskować, że mieliśmy do czynienia z malaryją, lub że takowa jest przyczyną krzywicy.

Nie ulega jednak wątpliwości, że i dzieci w 1—2 roku życia, dotknięte krzywicą, mogą chorować na gorączkę przepuszczającą. Bywa to najczęściej w miesiącach wiosennych. Nastrocza się przeto pytanie, czy wobec tego cośmy wyżej powiedzieli, prawdziwa „malaryja“ u takich dzieci rozpoznaną być może. Na pytanie to odpowiemy twierdząco. U dzieci małych, nawet ssawców, gorączka przepuszczająca przebiega tak typowo, przerwy bezgorączkowe, w czasie których dziecię jest zupełnie zdrowe, są tak regularne, że matka zwykle zwraca uwagę lekarza, iż dziecko przez pół dnia zdrowe, po południu ma zimne ręce



i nogi, tułów rozpalony, jest niespokojne i ma pragnienie. Rzadko wprawdzie, lecz również wyraźnie stwierdzić możemy w tych razach wrażliwość śledziona na ucisk. Chinina działa tu skutecznie i choroba ustępuje po dniach kilku. „Malaria” zatem przewlekła rozwijać się nie może. Formy utajone (*f. larvata*) zakażenia bagiennego nie występują u dzieci tak polimorficznie jak u dorosłych. Najczęstsze, lubo stosunkowo dosyć rzadko przezemnie spostrzegane, są drgawki peryodyczne, zapalenie płuc i biegunka niekiedy krwawa przy zimnicy. I te zaburzenia przy użyciu chininy prędko ustępują, nie sprowadzając charłactwa. U dzieci starszych zimnica przebiega tak wyraźnie, iż rozpoznanie jej nie przedstawia trudności. Formy mniej wyraźne i uparte zawsze budzić winny podejrzenie innego cierpienia, które przy pomocy metod badania tak dokładnych, jakimi dziś medycyna rozporządza, w większości przypadków rozpoznane być może. Użycie zatem chininy w celach rozpoznawczych nie powinno być długotrwałem.

II. Gruźlica wogóle, a gruźlica opon mózgowych w szczególności, dostarcza również wielką liczbę chorych zwoleńnikom malaryi i w statystyce śmiertelności znacznie powiększa odsetkę zmarłych na malaryję. I nic dziwnego. Gruźlica w wieku dziecięcym jest chorobą tak częstą, a rokowanie przy niej tak niepomyślnem, iż nawet w tych razach, gdy mamy pewne wątpliwości co do malaryi, z lżejszem sumieniem wolimy podciągnąć nieokreśloną jeszcze chorobę pod obszerny sztandar zakażenia bagiennego, aniżeli przypuszczeniem możliwości rozwoju gruźlicy odebrać rodzicom dziecka nadzieję lub wzbudzić w nich poważne obawy, a samych siebie pozbawić możności dalszej obserwacji „zagadkowej” lub interesującej choroby. W istocie państwo malaryi ma granice tak obszerne i tak elastyczne, iż łatwo bardzo *mutatis mutandis* lub *omittis omittendis* każdą chorobę mniej wyraźnie przebiegającą podciągnąć pod wygodny szemat malaryczny. Tem łatwiej z gruźlicą. Przebyte cierpienia kiszek, wiodące za sobą przerosł i przeistoczenie serowate gruczołów kręzkowych, przebyte nieżyty oskrzeli lub zapalenia płuc z następczemi zmianami serowatemi gruczołów oskrzelowych, u dzieci zwłaszcza żółzowatych, jakiś niewyłączony gruczoł na szyi lub pod pachą, albo przebyte cierpienie kości, albo nakoniec nieznaczne zaostrzenie oddechu w jednym z wierzchołków płuc [wszakże to *respiratio puerilis*], a niekiedy nawet małe stępienie przy opukiwaniu, to objawy tak małego znaczenia, to dane anamnestyczne tak wątpliwe, że ich wobec powiększonej śledziona, do której badania bierzemy się najpewniej, w rachunek brać nie warto. Nadto przy najlepszych nawet chęciach łatwo bardzo jest przyjąć malaryję tam, gdzie się należy obawiać gruźlicy opon mózgowych, raz dla tego, że tego czego jeszcze nie ma, a co dopiero po paru tygodniach może nastąpić lub nie, rozpoznawać nie wypada, określając zaś chorobę jako malaryję jesteśmy pewni, że do tych wygodnych ramek obraz chorobowy w obecnej chwili najzupełniej pasuje.

W istocie jednak jest faktem niezaprzeczonem, że okres przygotowawczy w przebiegu gruźlicy mózgu ma przebieg tak polimorficzny, rzechy można w każdym poszczególnym przypadku odmienny, iż nic dziwnego, jeżeli za malaryję bywa uznawanym. Inaczej byłibyśmy w prawdziwym kłopotcie co do nazwy choroby. Nie ma tu bowiem napozór jeszcze nic patologicznego, a jednak matka troskliwa prosi nas o radę. Zauważyła ona przed kilkoma dniami, że ulubione jej

dziecię, zwykle jednak lub jedynaczka [bo rodzeństwo pomarło na „malaryję“], straciło na humorze, po południu główkę miewa gorącą, rączki płoną, na twarzy występują rumieńce, czasami pot. Łaknienie ma dobre lub nieco zmniejszone, wypróżnienia prawidłowe, sen spokojny, zębami nie zgrzyta, znajdujemy ciepotę 38°—39° C., tętno równe, oddechanie prawidłowe, narządy wewnętrzne bez zmian żadnych, tylko śledziona powiększona, niebardzo wprawdzie, bo tylko na  $\frac{1}{2}$  ctm. ku górze lub ku dołowi. Jeżeli jeszcze klient mieszka na dole, nad Wisłą, lub w okolicy bogatej w rzeki i stawy, to nie może być wątpliwości, że dziecię dotknięte jest malaryją. Choćby w tym okresie były jakieś objawy nerwowe. zgrzytanie zębami, toby takowe przemawiały prędzej za robakami. Robaki jednak z dziecka dotąd nie wychodziły, a ponieważ śledziona wychodzi po za łuk żebrowy, to nie ma żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z malaryją. Jeżeli zaś zauważymy w dalszym przebiegu zaburzenia żołądkowokiszkowe, wymioty, zaparcie stolca, toż to wyraźny stan gastryczny i *atonia* kiszek. Różnica w planie leczenia niewielka, bo wtedy przed użyciem chininy damy kilka proszków kalomelu i *finita la comedia*. Taki okres przygotowawczy bez żadnych pozytywnych danych ze strony ośrodków mózgowych ciągnąć się może całymi tygodniami, ba nawet miesiącami. Po upływie pierwszego tygodnia stan się polepsza, gorączka dotąd codzienna, zjawia się rzadziej, co drugi lub trzeci dzień. Widocznie chinina działa, bo typ codzienny zmieniała na trzeciaczkę lub czwartaczkę, a lubo jeszcze śledzionę się wyczuwa lub wymacuje, albo też nie jesteśmy pewni, żeśmy chorobę uchwycili za rogi. Wprawdzie w ciągu tego czasu dziecię straciło na wadze, skóra zwiotczała, żyły rysują się wyraźnie pod skórą na rękach i twarzy, atonija kiszek, t. j. skłonność do zaparcia trwa ciągle, lecz nic dziwnego. Dziecię nie dostawało mleka, które przy malaryi jest przeciwwskazaniem, zresztą sama choroba łatwo naraża na zubożenie krwi i charłactwo sprowadza. Zalecamy wtedy rozczyn FOWLER'a i zmianę mieszkania, upominając aby dziecię sypiało przy ścianie wewnętrznej pokoju. Polepszenia trwają krótko, po 3—4 tygodniach z gorączki przepuszczającej wywiązuje się gorączka ciągła. Chinina nie działa, widocznie zakażenie było silne i przypadek dany do upartych zaliczyć należy. To *febris continuus*. Tymczasem, wtedy właśnie kiedy się tego najmniej spodziewamy, obraz chorobowy pokrywa się małymi chmurkami. Najpierw zwykle zachmurza się czoło małego chorego, na którym rysuje się fałda podłużna pomiędzy brwiami. Głowa go zapewne boli, bo i oczy zawraca ku górze, przyczem niekiedy wpatruje się nieruchomo lub błędnym dookoła wzrokiem powłóczy. Jeżeli, co bywa niezawsze, dziecię od czasu do czasu wymiotuje lub ma drgawki, zapytujemy przerażeni, czy się nie rozbiło. Piastunka przeczy, nic dziwnego że się przyznać nie chce, boć to jej wina, jeżeli do „malaryi“ przyłączyło się zapalenie mózgu. Wtedy to zwykle już *post festum* rozwijamy całą naszą terapeutyczną bateriją, a więc najpierw działa grubego kalibru, kalomel i pijawki. Rzucam zasłonę na obraz dalszego przebiegu choroby, jest on aż nadto znany, aby w tym okresie można mu dać miano malaryi. A szkoda. Pierwotne jednak rozpoznanie choroby, jako malaryi, mamy prawo zatrzymać do końca, albowiem nawet w ostatnich dniach życia śledziona jeszcze bar-

dziej się powiększa. A że w niej się tworzą gruzelki, tego przecie przez skórę nie widać, a wymacać prosówkowatej gruźlicy także nie można.

Jeszcze częściej rozpoznajemy malaryję w początkowym okresie gruźlicy, jeżeli po jednokrotnych drgawkach braknie wszelkich objawów nerwowych przez czas dłuższy, a natomiast wystąpią objawy gastryczne. Niekiedy bowiem w tym okresie nie bywa zaparcia stolca, lecz wymioty i biegunka lub tylko ta ostatnia. Brzuch przytem jest wzdęty, cokolwiek bolesny. Taka biegunka może trwać przez czas długi nieustannie lub z przerwami [intermisyje!], jeżeli jednocześnie obok gruźlicy opon mózgowych istnieją owrzodzenia gruźlicze w kiszkiach. Wzdęcie brzucha zależy tu od rozwijającej się gruźlicy otrzewnej. Ponieważ typowe t. zw. klasyczne obrazy przebiegu gruźlicy opon mózgowych u dzieci zdarzają się niezbyt często, przeto zwykle przypadki tej choroby, odstępujące w szczególnych objawach od wyłożonego w podręcznikach obrazu, podciągane bywają pod miano malaryi. Nie ma tu bowiem szematycznego następstwa okresów podrażnienia i pogębnienia, natomiast zmieniają się one w nieokreślonym porządku. Częściej nawet od początku przeważa ten ostatni t. j. depresyja, a drgawki występują dopiero pod koniec. Rozszerzenie i zwężenie źrenic, niejednakowa ich wielkość także zauważoną być może w dalszym dopiero przebiegu, gdy i inne objawy mózgowo jaśniej się zarysują. Ciepłota bardzo ładząco przypomina malaryję. Obok rannych zwolnień lub nasileń [37° — 38° C.] spotykamy wieczorne nasilenia 38—39° C.. Niekiedy i wieczorem ciepłota bywa prawidłową, a przebieg wtedy przypomina typ gorączki przepuszczającej trzeciaczki. Dopiero w ostatnim tygodniu spostrzegamy gorączkę ciągłą, niekiedy bardzo wysoką [40—41° C.] lubo i w ostatnich dniach życia może być wcale nieznaczną. Własności tętna, tak charakterystyczne na papierze, w okresie przygotowawczym niezawsze mogą być zauważone, a nawet i w dalszym przebiegu nie ulega ono czasami takim szerokim wahaniom, co do liczby uderzeń, jak to w typowych widzimy przypadkach.

[C. d. n.]

## II. ROZBIÓR CHEMICZNY CYBILSU STAŁEGO.

Podał

**D-r Aleksander Fabian.**

Pracując od paru miesięcy wspólnie z kolegą NENCKIM w jego pracowni nad przetworami fermentowanymi z mleka, mianowicie nad kumysem i kefirem, [o czem szczegółową wiadomość podamy niebawem w obszerniejszej pracy], celem porównawczego zbadania ich składu i własności, zwróciliśmy szczególniejszą uwagę na zawarte w nich rozmaite rodzaje białka, oraz produkty peptonizacji mleka pod działaniem fermentacji grzybkowej. Przy tych poszukiwaniach między innymi potrzeba mi było, dla porównania niektórych odczynów chemicznych, mieć czysty pepton. Nie znalazłszy go na razie, postanowiłem użyć innego, świeżo w handel wprowadzonego produktu, a mianowicie c y b i l s u stałego (*extract of beef*), który, jak opiewa pokrywająca go etykieta, ma zawierać 8% peptonu, ilość aż nadto dostateczną by żądany odczyn otrzymać wyraźnie. Dla

pewności wszakże należało wpierw poddać rzeczony cybils badaniu na pepton. Otóż już pierwsze próby wykazały, że cybils stały wcale peptonu nie zawiera. Ponieważ wynik ten, całkiem ubocznie przy innej pracy naszej otrzymany, uważałem za dość ważny, wobec tego, że cybils bywa podawany jako pożywny surogat mięsa, wykonałem więc ścisłejsze jakościowe i ilościowe badanie i jego rezultat do wiadomości podaję.

Sposób mojego postępowania był następujący: Pewną ilość cybilsu [nabytego w składzie głównym w oryginalnych puszkach], przedstawiającego się w postaci masy gęstej, całkiem do ekstraktu LIEBIG'a podobnej, rozpuściłem na ciepło w wodzie przekroplonej, dodałem stężonego roztworu półtorachlorku żelaza [c. wł. =1,30], w stosunku 10 cz. odczynnika na 150 cz. badanego płynu, domieszałem nasyconego roztworu octanu sodu [5 cz.], zobojętniłem płyn kwaśny ługiem sodowym, zagotowałem i przesączyłem. Jak wiadomo, mieszanina półtorachlorku żelaza z octanem sodu w alkalicznym płynie strąca wszystkie rodzaje białka oprócz peptonu. Cała więc ilość ewentualnie obecnego peptonu powinna się znaleźć w przesączu i tutaj dać się wykryć wiadomymi odczynnikami.

Przekonawszy się [za pomocą żółtego żelazocyjanku potasu i kwasu octowego], że wszystko białko strąconem zostało, próbowałem płyn odczynnikami na pepton, a mianowicie alkoholem, eterem, chloroformem, sublimatem, odczynnikiem MILON'a, taniną, ługiem sodowym i siarczanem miedzi [odczyn biuretowy], jodkiem rtęci i jodkiem potasu w płynie słabo kwasem solnym zakwaszonym, kwasem pikrynowym w zakwaszonym płynie, wreszcie azotanem srebra. Żaden z rzeczonych odczynników nie dawał osadu, co dowodzi stanowczo nieobecności peptonu w badanym płynie. Kwas fosforowolframowy z kwasem solnym dał wprawdzie osad, ale ten odczyn rozstrzygającym nie jest, gdyż odczynnik rzeczony strąca też i tyrozynę oraz sole [fosforany, chlorki]. Dla potwierdzenia mego wyniku nie od rzeczy będzie wspomnieć, że w tymże czasie kol. SZUMLAŃSKI rozpoczął badania nad przywiezionym osobiście peptonem DEFRESNE'a, w sposób zupełnie z opisanym jednaki. Otóż, chociaż o ile wnieść można z wstępnych poszukiwań i w tym produkcie ilość peptonu zbyt wielką nie jest, jednakże odczynniki na pepton [tanina, odczyn biuretowy, sublimat] dawały wyraźne osady w płynie odsączonym po strąceniu półtorachlorkiem żelaza, octanem sodu i ługiem sodowym.

Taki wynik badania jakościowego skłonił mię do wykonania kilkakrotnego rozbioru ilościowego. 5 gramów cybilsu w stanie, w jakim się w handlu znajduje, wysuszono w zważonym tyglu platynowym przy 105° C., poczem w tymże tyglu masę wysuszoną [sprowadzoną do stałej wagi] spalono i zważono popiół po spaleniu powstały. Skład cybilsu okazał się jak następuje [obliczony na 100 części]:

wody . . . . .	10,02%
solii . . . . .	25,79%
substancji organicznych . .	64,19%

---

100,00



Białko oznaczałem oddzielnie; wynosi ono 1,22% w 100 częściach cybilsu. Ponieważ, jak to wykazały badania jakościowe, cybils badany nie zawiera wcale peptonu, cała więc ilość 64,19% substancyj organicznych, po potrąceniu białka 1,22%, a więc 62,97% przypada na materje wyciągowe (*Extractivstoffe*).

Jest przeto cybils stały, podobnie jak ekstrakt LIEBIG'a. raczej używką (*Genusmittel*), niżeli pożywieniem (*Nahrungsmittel*), zawiera bowiem bardzo mało białka, a nie zawiera wcale peptonu.

### III. TEORYJA WSTECZNEGO ZARAŻENIA SIĘ MATKI PRZYMIOTEM OD PŁODU

(*Théorie „choc en retour”*).

STUDYJUM KRYTYCZNE.

opracował

**D-r Karol Szadek** [z Kijowa].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

Obrońcy teorii *choc en retour* zwracają uwagę na okoliczność, że w przypadkach, przez nich obserwowanych, nie znaleziono żadnych śladów pierwotnego przymiotu. Taki wynik ujemny, stwierdzony już w tym czasie, kiedy u matki pojawiły się ogólne objawy przymiotowe, nie ma wielkiego znaczenia i wcale nie wykazuje nam żeby u chorych, poddanych obserwacji, nie było przedtem objawów pierwotnych. Wiadomo od dawna, że stwardnienia przymiotowe pierwotne przebiegają bardzo często u kobiet prawie niespostrzeżenie, nie wywołując żadnych dolegliwości, a szybko ulegając wessaniu. Wspominają o tem liczni autorowie: RICORD<sup>151)</sup>, BAERENSPRUNG<sup>152)</sup>, MIEHR<sup>153)</sup>, ENGELSTAEET<sup>154)</sup>, TROUSSEAU<sup>155)</sup>, SIGMUND<sup>156)</sup>, BAUMLER<sup>157)</sup>, MUELLER<sup>158)</sup>. W niektórych przypadkach pierwotne stwardnienia przymiotowe, jeżeli są umiejscowione nietylko w miejscach bardziej ukrytych, ale nawet na zewnętrznych czę-

<sup>151)</sup> Traité des maladies vénériennes. Paris. 1838. p. 602—603; Lettres sur la syphilis. II édition. Paris. 1856 p. 49 et 68.

<sup>152)</sup> Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1814 p. 12.

<sup>153)</sup> Mittheilungen aus d. syphil. Abtheilung in Würzburg. p. 59.

<sup>154)</sup> Die constitutionelle Syphilis. Deutsche Übersetz. Würzburg. 1861. p. 2—3; klinische Vejlend. p. 37.

<sup>155)</sup> Clinique médicale. Paris. 1862. p. 672.

<sup>156)</sup> Handbuch d. Chirurgie v. PRITHA und BILLROTH. III. Bd. Syphilis und venerische Geschwüre. Die Wiener Klinik für Syphilis [Virtelj. für Dermat. und. Syphilis. 1877. 1—2. p. 10], Wien. medie. Wochenschrift. 1879. 10.

<sup>157)</sup> ZIEMSEN's Handbueh. III. Bd. Syphilis. II Aufl. 1878. p. 49.

<sup>158)</sup> Grundriss der Pathol. und Therapie der venerischen Krankheiten. Leipzig. 1884. p. 81.

ściach płciowych, mogą przebiegać niepostrzeżenie. Z drugiej strony małe pierwotne stwardnienia i owrzodzenia mogą nieraz być poczytane za przypadkowe niewinne obtarcia, o których chore szybko zapominają, dzięki temu, że pierwotne objawy przymiotu przebiegają u kobiet bardzo łagodnie. W tym względzie bardzo jest pouczającym przypadek, opisany przez TARNOWSKIEGO<sup>159)</sup>, w którym to przypadku lekarz nie dopatrzył u siebie samego pierwotnego stwardnienia przymiotowego i gdy wystąpiły u niego pierwotne objawy przymiotu, nie wiedział jak objaśnić ich wystąpienie; dopiero po wielu badaniach i wypytywaniach udało się odnaleźć pierwotne ognisko zakażenia na rękę. Jednym z powodów niedopatrzenia pierwotnego objawu przymiotu u kobiet jest z pewnością brak cech dostatecznie wyróżniających tenże objaw; bardzo rzadko występuje on pod postacią charakterystycznego stwardniałego owrzodzenia lub też wyraźnego stwardnienia [jak zwykle u mężczyzn], lecz najczęściej jako niewielki guziczek<sup>160)</sup>, lub blaszkowate stwardnienie, lekko łuszczące się, prawie nieulegające owrzodzeniu; nie tylko więc chora, ale nawet i lekarz, jeżeli bada nie bardzo pedantycznie, łatwo może przeoczyć takie zmiany.

Na podstawie powyższych danych, można więc napewno przyjąć, że w wielu przypadkach przytoczonych na poparcie teorii *choc en retour*, pierwotne zmiany przymiotowe, chociaż i mieściły się na zewnętrznych częściach płciowych, jednak były mało charakterystyczne i łatwo uległy przeoczeniu. Tu można też odnieść przypadki, w których chore dostawały się pod obserwację lekarza dopiero wtedy, gdy wystąpiły u nich objawy ogólne, przedtem zaś wcale się nie znajdowały pod kontrolą lekarską.

Wszystko, co wyżej powiedzieliśmy, odnosi się do umiejscowienia pierwotnych zmian przymiotowych na zewnętrznych częściach płciowych; wiadomo jednak, że zmiany te dosyć często bywają umiejscowione i w innych okolicach, mianowicie na wargach ust, w jamie ustnej, w gardzieli, na powiekach, na policzkach, w otworze stolcowym, na ścianach pochwy, na ustach macicznych i t. d.<sup>161)</sup>. W takich przypadkach jeszcze łatwiej mogą one być przeoczone, lub zupełnie nie rozpoznane. Zdarza się to najczęściej, jeżeli pierwotny objaw przymiotu będzie umiejscowionym w okolicach niedostępnych dla oka, np w głębi pochwy i na szyjce macicznej. Dopiero od niedawna znane są lekarzom przymiotowe stwardnienia szyjki macicznej, mianowicie od czasu zastosowania wzornika maciczne-

---

<sup>159)</sup> LANCEREAUX. Rukowództwo k izuczeniju siñlisa. Tłumaczenie prof. TARNOWSKIEGO, str. 100—101.

<sup>160)</sup> Czasami przymiot objawia się pierwotnie pod formą guziczka (*papula*) na błonie słuzowej [LINDWURM — Würzb. Zeitschr. III. 1862. p. 150. — LANG. Path und Ther. d. Syph. 1884. p. 88—92]. — W niektórych przypadkach, przytaczanych jako dowody na korzyść teorii *choc en retour*, obserwowano u ciężarnych wysypkę guziczkową na częściach płciowych. [Przyp. I. III. IV. DIDAY. Annales. 1877. przyp. FRANK'a]. Zachodzi pytanie, czy te guziczki nie były pierwotnymi objawami przymiotu?

<sup>161)</sup> Umiejscowienie pierwotnych objawów przymiotu po za obrębem części płciowych zdarza się najczęściej u dzieci i u kobiet. Ta ostatnia okoliczność jest bardzo ważna, cała bowiem teoria *choc en retour* odnosi się tylko do kobiet.

go do badania chorych przymiotowych. Z pomiędzy dawniejszych autorów FRICKE<sup>162)</sup>, RICORD<sup>163)</sup>, HAUCK<sup>164)</sup> i BONORDEN<sup>165)</sup> wspominali o konieczności stosowania wziernika. O ile się zdaje RICORD pierwszy zwrócił uwagę na to, że szankry mogą mieścić się i na szyjce macicznej. BAUMÉS<sup>166)</sup> w swym podręczniku powiada, że szankry części pochwowej macicy (*os tincae*) spotykać można daleko częściej niż wogóle przypuszczają. Później o szankrach macicy wspominali HUGUIER<sup>167)</sup>, INGARDEN<sup>168)</sup> i HOELDER<sup>169)</sup>, przyczem ten ostatni zwraca uwagę, iż bardzo często bywają one przeoczone. Pomimo to, długo potem jeszcze nie wspomniano nic o podobnej lokalizacji pierwotnych objawów przymiotu ani w podręcznikach o chorobach przymiotowych, ani też w podręcznikach o chorobach kobiet; dopiero po ukazaniu się pięknej pracy SCHWARTZ'a<sup>170)</sup> zwrócono baczniejszą uwagę na owrzodzenia szyjki macicznej. Niedługo potem ogłoszono też cały szereg spostrzeżeń dowodzących wyraźnie, iż owrzodzenia przymiotowe szyjki macicznej są stosunkowo nierzadkie, ale że za to rzadko kiedy bywają rozpoznawane<sup>171)</sup>; dlatego zaś tak łatwo uchodzą uwagi badaczy, że nie towarzyszą im żadne wybitne objawy chorobowe. Podobne spostrzeżenia ogłosili: HENRY<sup>172)</sup>, KLINK<sup>173)</sup>, RAZUMOW<sup>174)</sup>, MRAČEK<sup>175)</sup>, GLUCK<sup>176)</sup>, PREISS<sup>177)</sup> i DOLÉRIS<sup>178)</sup>.

Dokładniejsze zbadanie pierwotnych owrzodzeń przymiotowych szyjki macicznej wyjaśniło, że przebiegają one szybko i w większości przypadków nie po-

162) FRICK. Die Krankheiten der Schleimbeutel der Mutterscheide. [Rus's. Magazin. 1830. XXXIII. 2].

163) RICORD. Sur l'emploi du speculum chez les femmes affectées des mal. vénér. [Gaz. médic. Paris. 1833. Janv.].

164) HAUCK. Beiträge zur Lehre von den syphilitischen Krankheiten. [Rus's. Magazin. 1840. LVI. 1].

165) Syphilis. Berlin. 1834. p. 238.

166) Précis théor. et prat. sur les malad. vénér. 1840. II. — BEHREND's. Syphilidologie. Alte Reihe. 1842. IV. 3. p. 414—415].

167) Syphilidologie. Alte Reihe. 1843. V. p. 593.

168) Syphilidologie. Wien. 1845. p. 43—45.

169) Lehrbuch der syphilitischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. p. 299, 311.

170) SCHWARTZ. Étude sur les chaneres du col uterin. Paris. 1873.

171) EMANUEL KOHN. Die Syphilis während der Periode initial und Frühformen und deren Behandlung. Wien. 1875. p. 68.

172) M. H. HENRY. Three Cases of induration of the os and. cervix uteri the result of syphilis [The americ. Journal of syphilography and Dermatologie. 1874. October. p. 346—348].

173) Ed. KLINK. Schankergeschwüre der Vaginalportion und der Scheide. [Viertelj. für Dermatologie. 1876. p. 542—558]; Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1880. Z. I.

174) W. RASUMOFF. Zur Statistik des Schanker der Vaginalportion. [Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1880. 4. p. 517—528].

175) F. MRAČEK. Über die syphilit. Initialerkrankung der Vaginalportion. [Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1881. I. p. 47—86].

176) Wien. medic. Presse. 1881. 32.

177) N. P. PREIS. Sifilitičeskej szankier matocznoj szejki. [Ruskaja medicina. 1884. 34—36].

178) J. A. DOLÉRIS. Etude sur la rig' dite du col d'origine syphilitique [Gaz. médic. de Paris. 1884. 50].

zostawiają śladów [blizn, stwardnień i t. p.]; tem łatwiej można je przeoczyć, że zazwyczaj nie towarzyszy im obrzmiewanie gruczołów limfatycznych pachwinowych [PREISS]. Z tych więc względów łatwo można przypuścić, że nawet w większości tych przypadków, w których inteligentne i uważające na siebie chore nie dostrzegły żadnych objawów przymiotu przed wystąpieniem objawów ogólnych, istniało przedtem pierwotne zajęcie szyjki macicznej, lecz zostało przeoczonem. W niektórych przypadkach, przytoczonych przez HUTCHINSON'a, wspomniano, że u matek, które zaraziły się przymiotem od płodu, w liczbie pierwszych objawów przymiotu zauważono i białe upławy; bardzo jest prawdopodobnem, iż zależały one od obecności przymiotowego owrzodzenia na części pochwowej macicy, które mogło następczo wywołać stan nieżytywy sąsiedniej błony śluzowej<sup>179)</sup>.

Szybki i łagodny przebieg owrzodzeń przymiotowych części pochwowej macicy jest także powodem, że często lekarz, nawet obserwując chorą w chwili gdy objawy ogólne są już rozwinięte, nie znajdzie żadnych śladów przebytego procesu na szyjce macicznej.

W niektórych przypadkach pierwotne stwardnienie przymiotowe może być umiejscowionem i w pochwie; podobne przypadki, chociaż rzadkie, były już konstатовane [VENOT<sup>180)</sup>, KLINK<sup>181)</sup>, BINET<sup>182)</sup>, GARDILLON<sup>183)</sup>, BOCKHARDT<sup>184)</sup>]. W tych razach cierpienie może też przebiegać niepostrzeżenie; w przypadku KLINKA chora nie podejrzewała obecności u niej pierwotnego owrzodzenia przymiotowego, które mieściło się na tylnej ściance pochwy, w bliskości sklepienia tylnego.

Tak więc nie ulega wątpliwości, że pierwotne owrzodzenia przymiotowe u kobiet mieszczą się także i w pochwie, to jest na jej ściankach lub na części pochwowej macicy, bardzo więc jest prawdopodobnem, że u kobiet ciężarnych, u których przedtem nie zauważono żadnych zmian zewnętrznych części płciowych i sąsiednich gruczołów limfatycznych, punktem wyjścia zakażenia ustroju przymiotem były części płciowe głęboko położone. Ze względu więc na to, przypadków przytaczanych dla poparcia teorii *choc en retour* nie możemy uważać za niewątpliwie rozstrzygające kwestyi dlatego, że właśnie nie wyłączono w nich możliwości pomieszczenia się pierwotnego objawu przymiotu w częściach płciowych wewnętrznych. Toż samo odnosi się i do przypadków ZEISSL'a, które na pozór są zupełnie przekonywającemi na korzyść teorii *choc en retour*, gdyż zgodzić się musimy z KASSOWITZ'em<sup>185)</sup>, który powiada, iż trudno brać na seryjo oświadczenie ZEISSL'a, jakoby on prawie codziennie w ciągu dwóch lat badał chorą i nie znajdował u niej nigdzie zmian

<sup>179)</sup> KOHN, l. c. p. 31—33. FOURNIER. Leçons sur la syphilis. Paris. 1882.

<sup>180)</sup> Journal de Bordeaux. VI. 1861. 2 ser. Teor. p. 63. — 2 ser. VIII. 1863. Dec. p. 554.

<sup>181)</sup> Viertelj. für Dermatol. und Syphilis. 1876. p. 552. Beobacht. VII.

<sup>182)</sup> France médicale. 1881. 4. 5.

<sup>183)</sup> 4 przypadki [Gardillon, Essai sur le chancre du vagin. 1881].

<sup>184)</sup> MAX BOCKHARDT. Ein Fall von hartem Schankier der Vagina. — Monatshefte für praktische Dermatologie. 1885. 12. p. 417—421.

<sup>185)</sup> Jahrb. für Kinderheilkunde. 1884. XXI. 1 Heft.



przymiotowych<sup>186)</sup>. Stawia się tu też pytanie jakie to było owo badanie? czy za każdym razem stosowano wziernik maciczny?<sup>187)</sup>

Tylko w ostatnim przypadku ZEISSL'a należy rzeczywiście wykluczyć możliwość umiejscowienia się pierwotnego stwardnienia przymiotowego nie tylko w zwykłych okolicach ale i w pochwie i na szyjce macicznej. Ale i w takim przypadku nie możemy mówić już z pewnością o braku objawu pierwotnego; mógł on się usadowić jeszcze głębiej, np. w kanale szyjki macicznej; chociaż dotychczas podobne przypadki nie były jeszcze obserwowane, to jednak *a priori* nie możemy odrzucić możliwości podobnego umiejscowienia przy pewnych sprzyjających warunkach [długie prącie, ujście maciczne otwarte podczas spółkowania, wskutek czego wydzielina przymiotowa może przeniknąć wprost do kanału szyjki]. Przypuszczenie powyższe wcale nie jest nowem: wypowiedział je już przed kilkoma laty AUBERT<sup>188)</sup>. Bardzo jest prawdopodobnem, że w niektórych przypadkach, zaliczanych do przypadków zarażenia się matki od płodu, nastąpiło zarażenie za pośrednictwem nasienia, które, dostawszy się do kanału szyjki macicznej, wywołało tam niepostrzeżenie przebiegające pierwotne owrzodzenie przymiotowe<sup>189)</sup>. Jednakowoż, wypowiadając powyższe przypuszczenie, zastrzegamy się, iż uważamy kwestyję tę jako zupełnie jeszcze nierozstrzygniętą.

Tak więc po rozpatrzeniu przypadków, opisanych przez różnych badaczy, którzy usiłowali dowieść możliwości zarażenia się matki za pośrednictwem płodu, przekonaliśmy się, że ani jeden z pomiędzy tych przypadków nie jest wcale rozstrzygającym w tym względzie. Powyżej już mówiliśmy, jak można sobie objaśnić brak pierwotnego stwardnienia w tych przypadkach, teraz zaś wspomnimy jeszcze słów kilka odnośnie do niedopatrzania pierwszych ogólnych objawów przymiotu. Jak już wspomniano, w niektórych przypadkach, przytaczanych dla potwierdzenia prawdziwości teorii *choc en retour*, opisano, iż pierwszemi objawami przymiotu u matek zapłodnionych przez syfilityków, były powrotne formy okresu lepieżowego. Nastręcza się więc pytanie, czy rzeczywiście owe objawy były pierwszemi oznakami przymiotu, czy też istniały przed nimi inne jakieś cierpienia lepieżowe? Obserwacja uczy nas, że bardzo często pierwsza wysypka przymiotowa i inne objawy wczesnego okresu przymiotu [cierpienia błon śluzowych i t. p.] mogą być bardzo niewyraźne i nie tylko chore, ale i lekarze mogą je przeoczyć. Można więc przypuścić z wielkiem prawdopodobieństwem, że w tych przypadkach powrotnych form przymiotu ogólnego u ciężarnych, w których przypuszczano iż zarażenie nastąpiło za pośrednictwem płodu, pierwsze ogólne objawy istniały jeszcze przed ciążą, lecz nie zostały dostrzeżone. Ujemne dane, zebrane z ana-

<sup>186)</sup> H. und M. ZEISSL. Lehrbuch der Syphilis. IV Auflage. Stuttgart. 1882. p. 632.

<sup>187)</sup> Wymienione przypadki są opisane u ZEISSL'a bardzo krótko i niedokładnie: nawet wcale nie wspomniano, czy chora była choć raz badana za pomocą wziernika macicznego.

<sup>188)</sup> L. JULLIEN. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris. 1874. p. 999.

<sup>189)</sup> Podobne przypuszczenie wypowiedział już LANG. [Vorlesungen über Pathol. und Ther. der Syphilis. II. Heft. 1885. p. 340].

mnezy chorej i z oświadczeń otaczających, nie mogą wpłynąć na osłabienie podobnego przypuszczenia <sup>190)</sup>).

Na nieszczęście bardzo wielu badaczy przywiązuje dotychczas zbyt wielką wagę do takiej anamnezy i opiera na nich swe teoryje i wnioski. Dostyc wspomnieć tu o teoryi *syphilis d'emblée*, oraz teoryi o przymocie dziedzicznym spóźnionym, które są oparte wyłącznie tylko na wątpliwej anamnezie.

### Rozbiór teoryi Hutchinson'a, Zeissl'a i innych.

Rozebrawszy krytycznie kazuistyczny materyjał, odnoszący się do kwestyi zarażania się matki od płodu, poświęcimy jeszcze kilka słów teoryi DIDAY'a, HUTCHINSON'a, ZEISSL'a i TARNOWSKIEGO, którzy mówią, że zarażenie się matki od płodu poczętego wskutek zapłodnienia jej przez syfilityka, następuje powoli, niejako przewlekłe. Według HUTCHINSON'a zarazek przymiotowy dostaje się do ustroju matki nie odrazu, lecz stopniowo, w małych ilościach i dopiero po wielu miesiącach jest w stanie ujawnić swój wpływ na ustrój matki, przyczem u tej ostatniej występują odrazu późne, trzeciorzędne objawy chorobowe [ZEISSL, TARNOWSKI, ŁASZKIEWICZ].

Takie powolne zakażenie ustroju macierzyńskiego nie zgadza się ze wszystkimi danymi i faktami ustalonymi w nauce odnośnie do istoty zarazka przymiotowego i jego wpływu na ustrój. Niezliczone obserwacje kliniczne, oraz dostyc liczne doświadczenia wykazują nam, że ustrój podlega zakażeniu przymiotem z chwilą dostania się doń maleńkiej ilości substancyi zakażającej, przyczem choroba objawia się charakterystycznymi zmianami, właściwymi przymiotowi, występującymi po upływie pewnego okresu czasu [okres wylegania], niezbyt długiego; dalej wiadomo, że skoro najmniejsza ilość zarazka dostała się do krwi, objawy ogólne rozwijają się niechybnie, stosunkowo w dostyc krótkim czasie. Z drugiej strony, dzięki niezmordowanym poszukiwaniom rozlicznych badaczy, nie możemy wątpić o tem, że zarazek przymiotowy nie jest trucizną chemiczną [której siła działania mogłaby zależeć od ilości], lecz jest substancją uorganizowaną, żywą (*contagium vivum*), a zatem siła i stopień jego działania nie zależy od ilości zarazka, lecz znajduje się w stosunku prostym do zdolności rozmnażania się tegoż zarazka i rozchodzenia się jego po całym ustroju, a w stosunku odwrotnym do stopnia odporności samego ustroju.

Z tego więc widzimy, że obojętną jest ta okoliczność, czy do ustroju dostaje się odrazu znaczna czy też mała ilość zarazka; wyniki objawiające się w charakterze i przebiegu choroby będą jednakowe, jeżeli zarazek jest zdolnym do szybkiego rozmnażania się. Chodzi tylko o to, by znalazł on w ustroju pomyslnie dla siebie warunki. Jeśli zarazek przymiotowy dostaje się do krwi matki, jak dowodzą: DIDAY, HUTCHINSON, ZEISSL, to powinien on odrazu zakazić cały ustrój matki i wywołać wystąpienie ogólnych zmian swoistych; następnie, jeżeli

---

<sup>190)</sup> v. HUEBBENETT, Beobachtung und das Experiment in der Syphilis. Leipzig. 1859. pag. 2—3.

matka. od owego czasu zdrowa, zostanie zarażoną podczas pierwszej ciąży przez swój płód, to ustrój jej staje się odpornym dla działania zarazka, nie podlega nowemu zakażeniu przymiotem, a tembardziej nie może uleść zarażeniu podczas następnych ciąży; tymczasem HUTCHINSON i jego zwolennicy twierdzą, że następuje przewlekłe i powtarzane zakażenie ciężarnych przez ich płody. Nie dosyć na tem, autorowie owi mówią o stopniowem gromadzeniu się zarazka w ustroju matki, wskutek czego mają u nich odrazu występować objawy przymiotu późnego. Podobne przypuszczenie obalonem zostaje przez codzienną obserwację, która wykazuje nam, że zarazek przymiotowy ulega stopniowo osłabieniu, i że objawy przymiotu dziedzicznego są coraz to słabsze u kolejnych dzieci jednego syfilityka, przyczem, jeżeli pierwszy płód rodzi się nieżywym, niedonoszonym, a drugi rodzi się z ciężkimi objawami przymiotu trzewowego i niezadługo umiera, to u trzeciego objawy przymiotu są już znacznie słabsze, a u następnych istnieją bardzo lekkie formy przymiotu.

[C. d. n]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 9. Nienaturalne spółkowanie z kobietą w usta, połączone z gwałtem.

Fakt nienaturalnego spółkowania z kobietą w usta, połączonego z gwałtem, zdarzył się w Styczniu r. b. w powiecie Kaliskim, gminie Sompolno. Nad wieczorem do włościanki R. [22 lat liczącej, niezamężnej, która raz rodziła] zbliżył się na drodze w odległości pół wiorsty od wsi, Franciszek P. [26-letni, żonaty, dietny, dobrze zbudowany, zdrow, średnio odżywiony — staro wyglądający], który był już pod zarzutem gwałcenia kobiet i zaproponował R. spółkowanie. Na odmowną odpowiedź i gdy nie mógł gwałtem aktu tego, odbyć, pod groźbą uduszenia zażądał, aby R. otworzyła usta, w które też niezwłocznie wprowadził prącie. W tej chwili jednak R. ugryzła P. w prącie dwukrotnie tak silnie, że tenże z bólu puścił swoją ofiarę, która też zbiegła i zaniosiła skargę. Przy oględzinach sądowo-lekarskich znaleziono u P. prącie obrzmiałe, poranione i sińcami pokryte. U R. zaś znajdowały się na policzkach w pobliżu ust sińce, od rąk gwałciciela.

O nienaturalnem spółkowaniu w usta, wbrew woli kobiety, podręczniki sądowo-lekarskie nie wspominają.

*D-r Antoni Dębczyński.*

### 10. Wrzód żołądka okrągły u dziewczynki 8-oletniej. Śmierć wskutek krwotoku żołądkowego.

W d. 28 Sierpnia 1885 r. przybyła do szpitala dla dzieci 8-o letnia Maryjanna Politowicz. Chora dobrej budowy ciała z dosyć obfitym tkanką tłuszczową podskórną, od kilku miesięcy cierpi ból w okolicy żołądka. Ból ten od czasu do czasu wzmaga się i wtedy występują wymioty. Taki atak silnych bólów w połączeniu z wymiotami zmusił matkę chorej w d. 27 t. m. do umieszczenia jej w szpitalu. Przy badaniu okazało się co następuje. Chora znajduje się w stanie apatycznym. senna, zapytania zaledwo pojmuje. od czasu do czasu bredzi. Tętno bardzo drobne, słabe i częste, wzrok błędny, oczy zapadnięte. Brzuch wzdęty, przy ucisku w okolicy żołądkowej chora uskarża się na silny ból. Umieszczona w oddziale szpitalnym wymiotowała przyjęty pokarm. Po oleju rycynowym miała w ciągu dnia 4 obfite wypróżnienia bez domieszki krwi. W ciągu

dnia następnego stan ogólny chorej nie zmienił się, wymioty śluzem i pokarmem z niewielką ilością krwi kilkakrotnie się powtórzyły. W nocy o godzinie 3-iej wystąpiły silne wymioty ze znaczną ilością krwi, upadek sił, obrzęk mózgu i w ciągu dwóch godzin chora zmarła. Badanie pośmiertne dokonane 31 Sierpnia wykazało: Skóra biała, tkanka tłuszczowa grubości  $\frac{1}{2}$  cala, brzuch miernie wzdęty, żołądek nieskurczony, pusty. Błona śluzowa dna żołądka pokryta grubą warstwą gęstego śluzu, dno żołądka i okolica dwunastnicy silnie przekrwione, na tychże miejscach liczne wynaczyńnienia rozmaitej wielkości. Na krzywiznie wielkiej w samym jej środku znajduje się blizna zagłębiona i okrągła, około 5 milimetrów w średnicy. Otrzewna, w miejscu odpowiedniemu zmętniała i promienisto wciągnięta ku środkowi. Świeżego owrzodzenia, ani miejsca krwotoku odnaleźć nie było można. W kiszkiach zmiany właściwe przewlekłemu niezytowi. Znalezione zmiany anatomiczne w żołądku jak niezyt przewlekły, zagojone owrzodzenie i liczne świeże wynaczyńnienia przedstawiają nam obraz patologiczny, właściwy cierpieniu w mowie będącemu. Przyczyną śmierci w danym przypadku był krwotok obfity; objawy upadku sił, bredzenie i t. p., zanotowane w ostatnich dwóch dniach życia chorej, nie znajdują w zmianach anatomicznych dostatecznego wyjaśnienia. Należałoby tu przyjąć za przyczynę tak gwałtownego ich wystąpienia wpływ częstych wymiotów i działanie odruchowe z nerwów żołądka na cały układ nerwowy.

A. Malinowski.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Z okazji przypadającego w r. b. 25-letniego jubileuszu nauczycielskiego, prof. D-r TEICHMAN wybrany został członkiem honorowym tutejszego Towarzystwa Lekarskiego.

*Dorpart.* Prof. VOGEL dyrektor kliniki terapeutycznej tutejszego uniwersytetu usunął się zupełnie z katedry.

*Manachium.* Zmarł w d. 14 b. m. wskutek utonięcia [wraz z królem bawarskim Ludwikiem II] profesor psychiatrii tutejszego uniwersytetu D-r GUDDEN.

Posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbędzie się dnia 25 Czerwca 1886, t. j. w Piątek o godzinie 7-mej wieczorem,

D-r ODO BUJWID: O szczepieniach ochronnych wścieklizny metodą PASTEUR'a [z demonstacyjami].

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Przegląd lekarski. Nr. 25.* ORZOWSKI. Kilka uwag nad wartością podotrzewnowej operacyi przepukliny uwięźniętej bez otwarcia worka. — CYBULSKI. O wpływie pozycyi ciała na krążeniu krwi u zwierząt. — ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika w r. 1852—1882.

*Medycyna Nr. 25.* HERING. Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych towarzyszących t. z. suchotom krtani.

### NADESŁANO DO REDAKCYI:

ŻMIGRODSKI. K uczeniu o wniematocznej bieremienności. St. Petersburg. 1886.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Kuryjera Codziennego“.

Wydawca Dr. St. Konradowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 13 Юни 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29.