

MEDYCYNA.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do techniki operacyjnej zranień przepony. Podał Dr. Maryan Borsuk. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldflam. Dalszy ciąg.—**Bibliografia i Krytyka.** O dziedziczeniu kity. Przez D-ra E. Fingera.—**Streszczenia i wyciągi.** 70. O rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego. 71. O napotykanii łaseczników błonicowych Loeffler'a. 72. O zatruciu arsenikiem.—O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Marzec r. b. i o śmiertelności z tyfusów w Warszawie. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ SZPITALNEJ.

Przyczynek do techniki operacyjnej zranień przepony.

Podał **Dr. Maryan Borsuk** ordynator tejże kliniki.

W literaturze lekarskiej, tak zagranicznej jak i naszej, bardzo rzadko są opisywane rany przepony. Dzieje się to prawdopodobnie z tej przyczyny, że rany te są stosunkowo rzadkie, z powodu specjalnego położenia tego narządu, a także, że rozpoznanie za życia jest niesłychanie trudne i wreszcie, że leczenie na drodze operacyjnej tych ran dawało złe wyniki, co nie zachęcało chirurgów do ogłaszania swych niepowodzeń. Pomijając kwestyę sporną, czy każdą ranę przepony trzeba zeszywać, zaznaczam tylko ten fakt, że nawet bardzo małe obrażenia tego narządu, z wielką trudnością się zrastają, ponieważ brzegi rany przepony mają skłonność do rozchodzenia się (PRZEWOSKI, SAWICKI ¹⁾). Mając to na względzie, jestem tego zdania, że każde rozdarcie przepony trzeba się starać zaszyć; wszelako wykonanie tego często przedstawia wielkie trudności z powodu głębokiego położenia przepony, a przytem sama technika operacyjna tego rękoczynu do ostatnich prawie czasów nie miała wyrobionej metody. Niedawno zostały proponowane sposoby, ułatwiające dostęp do głęboko położonej przepony, których jednak, sędzę, do rozwiązujących całkowicie to zadanie nie można zaliczyć, mianowicie:

HOROCH ²⁾ radzi w podobnych razach torować drogę do przepony od strony jamy opłucnej, mianowicie, wyciąć kilka żeber, otworzyć jamę opłucnową, i tedy dostać się do przepony. Mojem zdaniem, metoda ta nie jest praktyczną, gdyż ruchy samego płuca i przepony uniemożliwiałyby należyty dostęp. POSTĘPSKI z Rzymu (*Centralblatt für Chirurgie 1890 rok N. 11*), poleca inny sposób; polega on na wytworzeniu płata z części miękkich i żeber w okolicy

¹⁾ Gazeta Lekarska 1888 i 1889 r.

²⁾ Horoch. Zur Casuistik der Diaphragmalhernien. Allg. Wien. med. Zeit. N. 50—53. 1892.

uszkodzenia. Jeśli rana leży w okolicy dolnych żeber, to wystarcza proste przecięcie leżącej poniżej przestrzeni międzyżebrowej, bez resekcji żeber. Jeśli przecięto kilka żeber, to należy je połączyć zapomocą szwu; jeśli jest przecięcie jednego lub dwóch żeber, to wystarcza zeszyć części miękkich. Po wycięciu płata odpowiedniej wielkości, należy go unieść ku górze, ażeby otworzyć dostęp do przepony. Z opisu POSTĘPSKIEGO widać, że jamy brzusznej on nie otwiera, co potwierdza przypadek MONARA operowany sposobem POSTĘPSKIEGO (*Centralblatt für Chirurgie* 1890 rok N. 30).

POSTĘPSKI bardzo zachwala swój sposób i już od 1891 roku (*Centralblatt für Chirurgie* N. 48) przedstawił siedm przypadków zranienia przepony, operowanych szczęśliwie jego metodą. Z pomiędzy tych, trzy przypadki należą do POSTĘPSKIEGO, cztery zaś inne do MONARA, RICOLFI i de NICOLA. Nakoniec prof. RYDYGIER podał swoją metodę, którą jednak wtedy można zastosować, gdy rana zewnętrzna znajduje się na klatce piersiowej i kiedy niema zranienia jelit, lub innych trzew brzusznych, o czym nigdy prawie z pewnością nie można wiedzieć, według mego zdania, bez otwarcia jamy brzusznej. Prof. RYDYGIER w swej metodzie radzi rozszerzyć ranę na klatce piersiowej w kierunku poprzecznym ku mostkowi, i dodać do tego od rany cięcie pionowe ku dołowi. Otrzymany w ten sposób płat trójkątny można z łatwością odwinąć i wtedy dostęp do rany przepony staje się zupełnie możliwy. Jesliby przy odwijaniu płata żebra się złamały, nie wpływało by to niekorzystnie na dalszy przebieg leczenia. Dostanie się zaś do rany przeponowej, od strony klatki piersiowej, ma, zdaniem RYDYGIERA, tę wyższość nad torowaniem sobie drogi od jamy brzusznej, że uwięzione jelita, z powodu ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, od strony brzucha z wielką trudnością wydobyć można, gdy tymczasem po otwarciu klatki piersiowej znajduje się już tu ciśnienie atmosferyczne. Mojem zdaniem, sposoby POSTĘPSKIEGO i RYDYGIERA mają te same niedogodności, co i sposób HOROCHA, o czym wyżej wspominałem, gdyż ruchy płuca i samej przepony niezmiernie utrudniają wszelką manipulację ze strony jamy opłucnej, a także przy tych sposobach od strony otwartej jamy opłucnej, nie możemy dokładnie wiedzieć, w jakim stanie znajdują się narządy brzuszne.

MATLAKOWSKI proponuje trochę odmienny sposób, mianowicie, cięciem ukośnem przeciąć części miękkie na klatce piersiowej, a także podokostnym sposobem i kilka żeber; uchwyciwszy potem mocnym hakiem górną część tej rany, odciągnąć ją ku górze i ku przodowi. W taki sposób odchyła się część przedniej ściany klatki piersiowej, zasłaniająca nam dostęp do przepony. Kol. SAWICKI i ja probowaliśmy tego sposobu na trupach i przyszliśmy do tego przekonania, że chociaż sposób ten jest bardzo prosty i łatwy, jednak ma te same niedogodności, co i sposoby: HOROCHA, RYDYGIERA i POSTĘPSKIEGO, a także ujemną stroną jego jest to, że powiększa napięcie brzegów rany przepony, co utrudnia nakładanie szwów.

Sposobu zaś DELAHAUSSE'a³⁾, z mego osobistego doświadczenia podzielać nie mogę. Powiada on, że laparotomia i usunięcie trzew ku dołowi daje dostateczne miejsce do rękoczynów na przeponie. Mając na względzie wypukłe położenie przepony w kształcie kopuły w głębi klatki piersiowej, gdzie szczyt sięga połączenia piątego żebra z mostkiem, każdy się zgodzi na to, że operowanie jest niezmiernie trudne. W roku 1888 pomagałem koledze SAWICKIE-

³⁾ Contribution à l'étude de maladies chirurgicales du diaphragme. Rev. d. scien, med, t. XXVII p. 700.

MU przy operacyi zeszywania przebitej przepony. Trudności dostępu do miejsca przebiccia, tak ze strony otrzewnej, jak i ze strony opłucnej, były nie do pokonania. Otóż, kolega SAWICKI wyciął kilka żeber, poczynając od dziesiątego, i wtedy dostęp do miejsca zranienia przepony okazał się w zupełności możebny. Kolega SAWICKI sposób ten ogłosił w Gazecie Lekarskiej w roku 1889.

Wszystkie te sposoby mając na względzie, w przypadku jaki mi się wydarzył w dniu 6-ym Grudnia 1892 roku, zastosowałem metodę kolegi SAWICKIEGO i wtedy po raz wtóry doszedłem do tego wniosku, że od strony jamy brzusznej najłatwiej jest nakładać szew na przeponę zranioną, wycinając jednak uprzednio jedno, lub kilka żeber. Szczegóły tego przypadku są następujące:

Dnia 6-go Grudnia 1892 roku, w okolicach Warszawy, robotnik 22 letni został ugodzony nożem w bok lewy. Zaraz był krwotok bardzo silny. Felczer miejscowy zaszył powierzchowne brzożę rany; w sześć godzin po tem skaleczeniu przywieziono chorego do Szpitala Dzieciątka Jezus. Wkrótce potem badałem chorego i znalazłem co następuje:

Osobnik wątłej budowy, bladej wysoce, z zapadłemi oczami, słabo jęczy i apatyczny, prawie bez tętna, zimny. Po odjęciu szmat pokrywających ranę, znalazłem na linii sutkowej w okolicy dziewiątego, dziesiątego i ósmego żebra guz elastyczny wielkości dwóch pięści dorosłego. Na górnej powierzchni tego guza w ukośnem położeniu leżała rana zaszyta długości sześciu czy siedmiu cent. Po obmyciu i zachloroformowaniu chorego, przy pomocy aparatu JUNKERA, z ostrożnością największą w obec niedokrwistości chorego, usunąłem szwy, wygarnąłem z wnętrza guza skrzepy krwi i wtedy na dnie znalazłem sieć, która wcisnęła się między przecięte dziewiąte i dziesiąte żebro. Wprowadzenie palca w celu zoryentowania się między przeciętymi żebrami okazało się niemożliwe, wobec czego usunąłem po kawałku dziewiątego i dziesiątego żebra. Długość każdego wycinka wynosiła 6—7 cent. Wówczas kierując się siecią, wprowadziłem palec w głąb i przekonałem się, że jestem w jamie opłucnej, skąd prowadził otwór w przeponie do jamy otrzewnowej. Tą drogą sieć dostała się na zewnątrz. Po wyjęciu palca usłyszeliśmy szmer charakterystyczny wchodzenia powietrza do jamy opłucnej, przytem z rany zaczęła wydobywać się krew strumieniem; mając więc na względzie silne krwawienie, zranienie przepony, otwarcie jamy brzusznej i ewentualnie zranienie trzewiów brzusznych, wykonałem natychmiast laparotomię wzdłuż brzożę zewnętrznego mięśnia prostego brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej, buchnęła z niej masa krwi płynnej i skrzepłej, przytem znowu ponowiło się wchodzenie powietrza do jamy opłucnej. W tej chwili chory przestał oddychać i była chwila, że sądziłem, iż śmierć nastąpiła. Po użyciu wszakże środków pobudzających chory zaczął znowu oddychać; chloroform odstawiłem. Pomagający mi profesor TAUBER zamknął palcem ranę w przeponie, a ja wygarnąłem wszystką krew z jamy otrzewnowej, wydobylem kiszki na zewnątrz i zawiąawszy je w ciepłe serwety, oddałem pomagającemu mi koledze PASŁAWSKIEMU, który odciągnął je ku dołowi i na lewo.

Wtedy mogłem zajrzeć w głąb i znalazłem na przedniej powierzchni mocno rozszerzonego żołądka ranę, około 4 czy 5 cent. długości, skąd wydobywała się zawartość jego (kartoflanka). Na tę ranę nałożyłem klasyczny szew trzypiętrowy. Następnie obejrzałem ranę przepony; miała ona długości około pięciu cent. i leżała w kierunku włókien mięśniowych, blisko przyczepu wyciętych żeber. Zeszywanie tej rany nie przedstawiało najmniejszej trudności.

(szew jedwabny węzełkowy, jednocześnie chwytający: otrzewną, mięśnie przepony i opłucnej). Usunięcie żeber wpłynęło na podatność otaczających tkanek i łatwe ich zbliżenie. Inne okolice przepony—gdzie żebra odpowiednio nie były wyresekowane, nie tylko, że przedstawiałyby trudności w nałożeniu szwu, ale samo ich obejrzenie sprawiało mi sporo kłopotu. Inne narządy trzewiowe okazały się nienaruszone; po zrobieniu ścisłej toalety, ranę brzuszną i piersiową zamknąłem szwami węzełkowymi. Chory w dziesięć godzin po operacji umarł. Sekcyja potwierdziła w zupełności to, co było rozpoznaniem przy operacji. Szwy trzymały doskonale, śmierć nastąpiła z ostrej niedokrwistości.

W roku 1890, w *Centralblatt für Chirurgie* N. 39, opisany został przypadek MONARA, operowany sposobem POSTĘPSKIEGO. Przez ranę przepony wypadł kawał sieci i część żołądka, który okazał się zraniony. Zawartość jego wylewała się do opłucnej. Po odcięciu sieci, zeszyto w jamie opłucnej żołądek, odprowadzono go do jamy brzusznej, nałożono szew na ranę przepony i wytualetowano jamę opłucną. Całe więc szczęście, że zraniony żołądek wypadł przez ranę przepony, inaczej bowiem MONAR nie tylko nie byłby w stanie zeszyć skaleczonego żołądka, ale nawet operując od strony jamy opłucnej, nie wiedziałby o tem zranieniu. Wszak przez otwór przepony, badając ze strony jamy opłucnej, ani palcem, ani okiem nie można ocenić, jakie narządy zostały skaleczone w jamie brzusznej, dla tego potrzeba koniecznie ją otworzyć. Otóż, wyższość metody SAWICKIEGO w porównaniu z innemi polega, po pierwsze, na udogodnieniu i na ułatwieniu dostępu do miejsca zranienia przepony, powtórę na tem, że możebnem się staje obejrzenie dokładne i oczyszczenie jamy brzusznej, a także pośrednio i jamy opłucnowej; po trzecie, zmniejszamy napięcie mięśnia samej przepony, czem sprzyjamy zbliżeniu się i zrośnięciu zeszytej rany przepony.

Niejaki wyjątek, a raczej odmienne postępowanie, potrzebne jest w przypadkach zranień przepony ze strony prawej. Wtedy dostęp do miejsca zranienia będzie łatwiejszy ze strony jamy opłucnowej, gdyż ze strony jamy brzusznej wątroba zasłania przeponę. Z tem wszystkiem sędzę jednak, o czem na trupach się przekonałem, że operując od strony opłucnej, niezmiernie zmniejszamy sobie trudności techniczne przez wycięcie paru żeber odpowiadających miejscu zranienia przepony; przytem sędzę, że i w tych przypadkach powinna być dokonana laparotomia, żeby się przekonać, jak głęboko sięga zranienie, i czy nie ma uszkodzeń narządów brzusznych.

O uleczałnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn

podał S. Goldflam.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 16).

Przypadek III. T..., panna, 22 lata, nauczycielka, przedstawiła mi się po raz pierwszy 13. IV. 92. Była zawsze zdrową, jakkolwiek anemiczną i ostatniej włości zimę cierpiała na głowę. Obecne cierpienie żadną inną chorobą nie poprzedzone, rozpoczęło się przed 3-ma tygodniami bez wiadomej przyczyny, przy towarzyszeniu bólu głowy, mroczkami przed oczyma, światłowstrętem, uczuciem drżenia w członkach; podobno istniało przez krótki przeciąg czasu i podwójnowidzenie. Przywołany wtedy okulista znalazł oczy w stanie prawidłowym. Pod wpływem antypiryny i bromu bóle głowy uśmierzyły się. Po upływie tygodnia zjawilo się

uczucie ściskania na wysokości łuków żebrowych, które przeszkadzało w oddechu, a następnie uczucie osłabienia i ociężałości w ramionach i karku; w tym czasie zauważono opadanie prawej górnej powieki. Wkrótce zaczęło występować zmęczenie przy żuciu, żuchwa opadała i chora zmuszoną była ręką ją podtrzymywać; zdarzało się też, że płynne pokarmy wracały nosem. Chora męczyła się przy rozmowie, mowa przyjęła odcień nosowy. Wreszcie zaczęła doznawać drętwienia w języku podczas jedzenia, chodzenia, a niekiedy i podczas rozmowy.

Chora nigdy żadnych przypadłości histerycznych nie miewała. Menstruacje prawidłowe. Ojciec pacjentki umarł w 37 roku życia z powodu guza w mózgowiu. Matka ma od urodzenia zez rozbieżny.

Chora jest osobą wątłą, o bladej cerze twarzy, miernie odżywiona, bez zmian w narządach wewnętrznych. Tętno 90. Umiarkowane opadnięcie prawej powieki (*ptosis*), rogówka osłonięta do $\frac{2}{3}$ swej powierzchni; prawa górna powieka może być nieco uniesiona jedynie z wysiłkiem woli i przy współudziale mięśnia czołowego; w położeniu poziomym udaje się to łatwiej. Po za tem żadnych innych zboczeń ze strony oczu stwierdzić nie można, siła widzenia prawidłowa, wrażliwość na barwę zachowana, pole widzenia niezweżone, źrenice oddziałują zarówno na światło, jak i przy akkomodacji, ruchy gałek ocznych prawidłowe, odruch łącznicowy i rogówkowy zachowane, niema ani objawu GRAEFFE'go, ani STELLWAG'a. Również bez zboczeń okazują się i inne zmysły. Gałąź powiekowa nerwu twarzowego działa prawidłowo; przeciwnie w obrębie dolnej jego gałęzi spostrzegać się daje obustronne porażenie, mimiczna gra posiada zmniejszoną ruchliwość; policzków wydać chora nie jest w stanie, jak również nie może gwizdać, co dawniej wykonywała z łatwością. Objawy te łączą się z niedowładem podniebienia, którego pobudliwość odruchowa niewątpliwie jest zmniejszoną i wrażliwość na dotknięcie również stępioną. Ruchomość podczas wydobywania głosu jest wszakże jeszcze zachowana, języczek zbacza na lewo. Język wydaje się chudszy, ruchy jego są prawidłowe; uczucie drętwienia występuje głównie przy jedzeniu. Pobudliwość odruchowa oraz wrażliwość na dotknięcie tylnej ściany gardzieli jest także stępiona; połykanie jednak dokonywa się prawidłowo, przyczem chora wywiera ucisk na okolicę kości gnykowej, ponieważ zdaje jej się, że otwór nosogardzielowy jest zbyt szeroki. Mowa ma być według słów chorej i jej matki nosową, lecz w danej chwili objaw ten nie jest wyraźny. Nosowe brzmienie mowy staje się wydatniejszym podczas dłuższej rozmowy, a wtedy rzecz dochodzi podobno do zupełnej prawie niemożności mówienia. Żucie jest mocno utrudnione; chora odczuwa przy tej czynności zmęczenie w okolicy mięśni żwaczy. Gdy chora chodzi lub siedzi bez oparcia, to zmuszoną jest podtrzymywać ręką dolną szczękę, aby przeszkodzić opadnięciu jej. W istocie, wszystkie mięśnie poruszające żuchwę okazują się bardzo słabymi; skurczu mięśni żwaczy i skroniowych prawie się nie wyczuwa. Wskutek utrudnienia w akcie żucia upośledzonym jest w pewnym stopniu odżywianie się chorej.

Układ mięśniowy całego ciała jest w pewnej mierze dotkniętym: ruchy głowy są słabe i głowa ma tendencję opadania ku przodowi. Mięśnie brzucha są także słabe, chora nie jest w stanie podnieść się z pozycji leżącej bez pomocy rąk; również nie potrafi siedzieć dłużej bez oparcia. Co do górnych kończyn, to uskarża się na osłabienie w ramionach; mięsień naramienny znajduje się być najbardziej porażonym: chora nie jest w stanie podnieść ramienia do należytej wysokości, a już po niewielu ruchach podniesienie kończyny staje się całkowicie niemożliwym. Pobudliwość mechaniczna mięśni jest bardzo wyraźna. Mięśnie i nerwy są na ucisk niewrażliwe; odruch *m. tricipitis* żywy, odruch od kości promieniowej łatwo się wywołać daje. Co do dolnych kończyn, to chora na nie wcale się nie skarża, wszakże siła ruchów jest w nich zmniejszoną. Zjawisko wyczerpania nie występuje tu tak wyraźnie. Przy chodzeniu występuje łatwo uczucie duszności. Odruchy kolanowe bardzo żywe. Czynność pęcherza i odbytnicy prawidłowa. Czucie wszędzie zachowane. Pobudliwość elektryczna niezmienną.

Najbardziej żali się chora na zmęczenie i bezwładność w dolnej szczęce, na niemożność żucia i dłuższego mówienia. O bólach chora nie wspomina. Okazuje się, że w miarę wykonywania czynności, występuje w odpowiednich mięśniach zmęczenie; tak bywa podczas żucia, mówienia i t. p. W godzinach porannych stan chorej bywa stanowczo lepszym, nawet opadnięcie powieki jest mniejsze, chociaż

osłabienie jest tak znaczne, że chora bez pomocy ani ubrać się, ani uczesać nie jest w stanie, doznaje uczucia duszności i ciężaru w głowie, które w ciągu dnia przechodzi, ale łatwo powraca podczas chodzenia. Po pierwszym przyjęciu pokarmów żuchwa staje się bezwładną, a mowa utrudnioną. Najgorzej czuje się chora wieczorem, nie może prawie wcale dobyć głosu, ani jeść i t. p.

28. IV. W ciągu ubiegłego czasu był tylko jeden dzień polepszenia. Natężenie objawów wzmożło się. Polykanie jest znacznie upośledzone: pewnego dnia była chora zmuszoną powstrzymać się całkowicie od przyjęcia pokarmów. Chora uskarża się nieco na bóle w ramionach i udach.

2. V. Utrudnienie w polykaniu występuje zaraz przy pierwszym przyjęciu pożywienia: płyny wracają nosem lub też wciekają do krtani, wywołując napady zakrzuszenia; pokarmy stale osiadają w gardzieli i z trudnością zapomocą kaszlu zostają wyrzucane. Wkrótce staje się niemożliwym odgryzanie kęsa, żucie, lykanie, a daremnym wysiłkom towarzyszy uczucie duszności. Dolna szczeka jeszcze bardziej opada i chora wciąż ją ręką podtrzymuje. Odruch żuchwy jest żywy. Odruchy tylnej ściany gardzieli i podniebienia całkowicie zniesione, odruch krtani zachowany. Przy tonacji, struny głosowe szybko odskakują, zresztą stosunki normalne (Dr. MEYERSON). Mowa o silnie nosowem brzmieniu, mozołna, po kilku minutach staje się niezrozumiałą. Przy spokojnem oddechaniu daje się często dostrzec udział pomocniczych mięśni oddechowych; ekskursye klatki piersiowej są nieznaczne. Głowa chwieje się na wszystkie strony, prosto jej trzymać chora nie jest w stanie. Ramiona mogą być podniesione tylko do wysokości poziomu; ruchy ich nie posiadają ani siły, ani wytrzymałości. Już lepiej dzieje się z rękami i przedramionami. Przy chodzeniu występuje szybko zmęczenie i uczucie duszności. Chora nie jest w stanie przejść jednej ulicy, powłóczy nogami, które się uginają. Odruchów brzusznych wywołać nie można. Stosuje się centralną galwanizację i do wewnątrz *extr. secal. corn.*

13. V. Zdarzają się dni polepszenia i pogorszenia; przeważają ostatnie. Nawet w ciągu jednego dnia bywają wahania w natężeniu objawów. Jakoż bywały dni, kiedy mowa była całkiem niezrozumiałą; w godzinach porannych bywa łatwiej z polykaniem i mową, w ciągu dnia doznają te funkcyje pogorszenia. Dzisiaj brzmi mowa nosowo i jest trudno zrozumiałą, a staje się jeszcze mniej wyraźną po jedzeniu, i wogóle po wszelkim wysiłku (mięśniowym). Polykanie jest wielce utrudnione; pokarm nie wraca już nosem, lecz napowrót przez usta, wskutek osłabienia mięśni wargowych. Ułożenie warg do całowania, ujęcie ich między zęby jest nie do skutecznienia. I język szybko się męczy; nie jest on w stanie wydostawać z zakątów ustnych okruców pokarmowych (istnieje osłabienie mięśni policzkowych). Podniebienie porusza się bardzo niewiele przy fonacji; jego pobudliwość elektryczna jest zachowana. Płota również podlega wahanom; jednego dnia jest wydatniejszą, drugiego mniej znaczną. Inne objawy bez zmiany; jedynie co się tyczy aktu oddechania, istnieje może pewne polepszenie; udział mięśni pomocniczych nie jest widoczny; uczucie duszności towarzyszy zmęczeniu wskutek chodzenia i jedzenia. Mocz wolny od nieprawidłowych składników. Do wewnątrz chora przyjmuje pyrofosforan żelaza.

16. V. Puls 110. Ogólne osłabienie bardzo znaczne, ciągłe uczucie duszności, oddech powierzchowny z udziałem mięśni pomocniczych. Bóle brzucha od wczoraj, biegunka. Chora nie wstaje z łóżka.

19. V. Wczoraj wieczór zaalarmowano kol. BERNSTEINA z powodu napadu zaduszania, jaki wystąpił podczas spożywania rozmoczonego w herbacie sucharka. Chora była w stanie znacznej sinicy. Od tego czasu trudno jest chorą nakłonić do przyjęcia pokarmu. Bóle brzucha pod wpływem makuwca zmniejszyły się. Nawet w łóżku oddechanie dokonywa się przeważnie przy pomocy mięśni pomocniczych; oddech jest powierzchowny z nieznacznym udziałem przepony; ilość oddechów na minutę 36. Leżąc na boku, doznaje chora duszności.

21. V. P. 70. Resp. 36; T. w ostatnich dniach subnormalna 36,7—37,0. Napady zaduszania występują często przy spożywaniu płynnych pokarmów; w godzinach poobiednich polykanie zupełnie niemożliwe. Ruchy języka straciły również na sile, dotknięcie językiem twardego podniebienia albo górnej wargi skutecznici się nie daje. Chora nie jest w stanie głowy unieść z poduszek, ani usiąść, ani się obrócić bez obcej pomocy; przy usiłowaniu wykonania tych ruchów, występuje natych-

miast subiektywne uczucie duszności. Najlepiej są jeszcze zachowane funkcje dolnych kończyn. W obrębie mięśni warg, nosa, żwaczy, mostkosutkowych, piersiowych, naramiennych spostrzedz się daje od czasu do czasu występujący kloniczny skurcz. Ze względu na niedostateczne odżywianie się chorej, miano przystąpić do karmienia zapomocą zgłębnika żołądkowego.

31. V. P. 90—100. Resp. 36. Od kilku dni wystąpiła poprawa co do polykania, jakkolwiek od czasu do czasu pokarmy przedostają się do nosa albo do krtani. Oddechanie odbywa się przeważnie bez udziału mięśni pomocniczych i nie jest tak powierzchownem. Duszność pojawia się rzadko. Ptoza wydaje się zmniejszoną, lecz chora słabiej mruży oczy. Mogła wstać z łóżka, górna połowa tułowia chwieje się przy staniu i chodzeniu. Chora dolną szczękę stale podtrzymuje ręką. Odruchu od kości promieniowej wcale wywołać nie można, od mięśnia trójkłowego ramienia zaledwie otrzymać się daje. Kloniczne skurcze wzmiankowanych mięśni występują znacznie rzadziej. Menstruacja pojawiła się wczoraj przedwczesnie.

3. VI. Chora znowu przeżyła dwa napady zaduszania, wywołane przez przyjęcie pokarmów i laryngoskopowanie, a oprócz tego dziś rano jeden napad duszności, pozornie samojstny. Napad zaduszania po badaniu krtani, mogłem dziś po południu obserwować już w okresie zejścia: puls 120—130, drobny; oddech szybki, powierzchowny z udziałem mięśni szyjowych, kurczących się słabo i nierówno; silny niepokój. Chora w najwyższej trwodze domaga się uwolnienia jej od męczarni przez podanie wymiotnego środka; twarz sinicowa; słychać grube rżenia na piersiach i w tchawicy; chora daremnie usiłuje wykrztusić śluz zapomocą kaszlu, lecz siła ruchów wydechowych jest zbyt słabą. Stan był o tyle niepokojący, że wraz z kol. BERNSTEINEM zdecydowany byłem zastrzyknąć podskórnie apomorfine, gdy po $\frac{1}{2}$ godzinnem bezskutecznem usiłowaniu udało się wreszcie chorej wyksztusić zapomocą kaszlu nieco śluzu, poczem nastąpiła ulga. Jakkolwiek powstawaniu tego rodzaju napadów sprzyjać może po części lekka *angina* i *tracheitis*, to jednakże główny ich powód tkwi w osłabieniu aktu oddechania. Oddech przecie i po za napadami jest powierzchowny, nierówny, przerywany przez dłuższe przestanki. Napady te są tem więcej zastanawiające, ile że pod innymi względami polepszenie zaznaczyć się daje: polykanie odbywa się łatwiej, łaknienie jest dobre, dolna szczęka nie bywa tak bezprzestannie podtrzymywana, ramiona podnosi chora wyżej, tułów nie pochyla się tak bardzo. Badanie laryngoskopowe, przez D-ra MAYERSONA dokonane, stwierdziło zachowanie odruchów, czucia i ruchów, jedynie przy fonacyi struny głosowe natychmiast się rozchodzą.

10. VI. Było jeszcze kilka napadów duszności, zresztą polepszenie trwa: odżywianie się chorej odbywa się dostatecznie, jakkolwiek po jedzeniu występuje znużenie; na siłach czuje się chora lepiej, może się swobodnie poruszać po pokoju, nie chwiejąc się, głowę trzyma prosto bez wysiłku, oddycha głębiej, kaszle mocniej. Również i opadnięcie powieki zmniejszyło się znacznie i różnica w porównaniu z lewem okiem prawie się wyrównała. Chora podnosi ramiona dość dobrze, odruch mięśnia trójkłowego jest wyraźny, od kości promieniowej otrzymać się nie daje. Dolne mięśnie twarzy są wciąż słabe, również i mrużenie oczu dokonywa się niedostatecznie, a podczas mycia twarzy, mydliny przedostają się do worka łącznicowego (mięśnie brew marszczące oraz czołowe kurczą się energicznie). Mięśnie zniżające żuchwę są również słabe. Mowa mocno nosowa. Ruchy języka ograniczone, jak dawniej.

22. VI. Polepszenie trwa, nie było napadu duszności, polykanie odbywa się jeszcze lepiej, żęby zaciska chora mocniej, lecz żucie wciąż jeszcze upośledzone. Najgorzej dzieje się z potrawami tego rodzaju, jak np. kaszka, które przylgną do błony śluzowej ust, a językiem nie mogą być usunięte. Ptoza znikła zupełnie. Chora jest w stanie bez pomocy się ubrać, umyć, uczesać, czego od 8 tygodni dokonać nie mogła. Wszakże wrzystkie ruchy są jeszcze bardzo słabe. Ramię może być podniesione około 15 razy z rzędu, lecz ekskursje kończyny stają się coraz mniejsze i padają do zera. Przy ręcznej robocie musi chora dłuższe przerwy czynić, męczy się bowiem szybko. Dziś i odruchu mięśnia trójkłowego otrzymać nie można. W dolnych kończynach zmęczenie nie występuje tak prędko. Odruchy kolanowe są żywe. Wychodząc z teoretycznego założenia, że być może, cierpienie powodowane jest jakąś intoksykacją ze strony przewodu pokarmowego, zastosowano salol 4 razy dziennie po 0,25 bez widocznego rezultatu.

28. VI. Chora do polikliniki przyjechała, chodzić bowiem może jeszcze niewiele. Wygląda blado. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni zachowana, być może nieco zmniejszona w obrębie dolnych mięśni twarzowych. Zalecono znowu żelazo.

9. VII. Odwiedziłem chorą na wsi. W godzinach rannych bywa stan daleko lepszy, mowa mniej nosowa, niż wieczorami. Chora może już dłuższe przechadzki odbywać, jakkolwiek nie bez wysiłku; szczękę podczas jedzenia, rozmowy jeszcze podtrzymuje ręką.

19. VII. Ubiegły tydzień nie należał do pomyślnych: chora była słabszą, źle mówiła, podczas przechadzki napadła ją raz duszność. Dziś wieczór P. 78. Resp. 20. Mowa prawie niezrozumiała. Oprócz żelaza przepisano strychninę.

5. VIII. Niewątpliwa i znaczna poprawa tak pod względem siły i wytrzymałości ruchów, jakoteż i dokładności mowy, której brzmienie nosowe jest mniej wyddatne, zmęczenie przy rozmawianiu nie występuje tak szybko. Podniebienie porusza się niekiedy przy fonacji i drażnieniu mechanicznem. Ruchy twarzy, języka są swobodniejsze i obszerniejsze; co się tyczy języka, to najbardziej jest utrudnionem podniesienie go ku podniebieniu. W szerokości obu szpar powiekowych dostrzedz się jeszcze niekiedy daje niewielka różnica. Również silniejszymi okazują się ruchy żuchwy, głowy, ramion; kąat podniesienia tych ostatnich zmniejsza się stopniowo i pada do zera po 20 poruszeniach. Odruch od kości promienowej znowu daje się wywołać. Z powodu mego wyjazdu powierzyłem chorą opiece kol. BERNSTEINA, który ją na wsi odwiedzał i z którego notatek wyjmuję, że pacjentka przebyła 16, 17, 18. VIII., zapalenie gardła (*angina follicularis*) z gorączką i wytworzeniem się ropnia wokoło migdałka, miała kilka napadów duszności z kołataniem serca; prawostronna ptoza powiększyła się znowu, język przy wysuwaniu zbaczał na prawo. 28. VIII. Polepszenie; mowa prawie bez śladu nosowego brzmienia; ptoza i zbaczanie języka bardzo nieznaczne. 5. IX. 92. Niema ani ptozy, ani zboczenia języka; głos dźwięczny. Ruchy języka, podnoszenie go ku podniebieniu, oraz ruchy mimiczne obszerniejsze; chora potrafi ściągać wargi i gwizdać, szczękę już więcej nie podtrzymuje, ruchy żuchwy są dość silne; chód pewny.

20. IX. 92. Zastałem chorą w stanie zupełnego prawie powrotu do zdrowia; przybyło jej na wadze, cera twarzy zdrowa. Ruchy głowy, żuchwy są silne. Zmęczenie w wiadomej postaci nie występuje już wcale w ramionach; dynamometr wskazuje po prawej 21, po lewej 23 kilo (chora należy do mańkutów). Chora może znowu z łatwością pisać, co przedtem połączone było z trudnością, ponieważ bez oparcia siedzieć nie mogła. Jedynie jeszcze ruchomość podniebienia przy fonacji i mechanicznem drażnieniu jest nieznaczna; odruch od tylnej ściany gardzieli otrzymać się daje.

D. c. n.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

O dziedziczeniu kiły.

Przez D-ra E. Fingera, Docenta chorób skórnych i wenerycznych Uniwersytetu w Wiedniu.

Serya II, zeszyt 12 Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. 1892.

Jednym z najpłodniejszych i zarazem najgruntowniejszych autorów na polu syfilidologii w naszych czasach jest docent uniwersytetu wiedeńskiego E. FINGER. Przecważnie pisze on po niemiecku, lecz od czasu do czasu pragnie przypomnieć się swoim ziomkom i wydaje jakąś mniejszą pracę po polsku. Tak powstała w nagłówek wymieniona praca „O dziedziczeniu kiły“ (syphilis). Rozprawa ta jest właściwie dalszem rozwinięciem, a w części powtórzeniem poglądów, które autor już dawniej—w 1890 r., wypowiedział w obszernem „Studjum historyczno-krytycznem“ p. t. „Przymiot jako choroba zakaźna z punktu widzenia nowożytnej bakteriologii“¹⁾.

Pomimo to, że łasecznik przymiotowy, odkryty w r. 1885 przez LUSTGARTEN'a, nie pozyskał dotąd prawa obywatelstwa w bakteriologii, to jednak nikt dziś nie wątpi o pasorzytniczem pochodzeniu przymiotu. Nie można więc czynić autorowi z tego powodu zarzutu, że sprawy patologiczne przymiotu dziś już traktuje ze stanowiska bakteriologicznego.

¹⁾ Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1890. 3 Heft. s. 331. Praca powyższa w niniejszem streszczeniu poczęści uwzględniona została.

Różnorodność i zmienność objawów przymiotu, iście proteuszowa natura tej, niesłychanie przewlekłej choroby, oddawna domagała się wyjaśnienia, powiązania i usystematyzowania oddzielnych faktów. Otóż, autor na podstawie analogii przymiotu z innymi chorobami zakaźnymi, przy umijętnem, a krytycznem spożytkowaniu bogatej literatury przedmiotu, wynajduje ową nitkę przewodnią w zawilej dotąd patologii przymiotu. Tym sposobem powstaje system, który, aczkolwiek na hipotezach oparty, wszystkie sprawy przymiotowe zadawalniająco wyjaśnia.

Niepodobna tu określić wszystkich rozumowań i wywodów autora, ograniczyć się więc musimy do przytoczenia: najprzód ogólnych zasad, na których autor oparł swoje rozumowania, a potem ostatecznych wniosków, w kształcie szematycznego zestawienia.

Przedwstępne wiadomości i zasady, na których autor opiera swoje dalsze wywody, są następujące:

1. Objawy przymiotu dziedzicznego odpowiadają w ogólności objawom przymiotu nabytego, z tą tylko główną różnicą, że przymiotowi dziedzicznemu, odpowiednio do sposobu przeniesienia jadu, brakuje objawu pierwotnego i następczego obrzmienia gruczołów.

Według okresu życia, w którym objawy przymiotu u dziecka występują, rozróżniamy 3 rodzaje przymiotu dziedzicznego:

a) przymiot płodowy: dziecko przychodzi na świat ze zmianami przymiotowymi;

b) przymiot dziedziczny: pierwsze oznaki występują dopiero w parę dni, tygodni lub miesięcy po urodzeniu;

c) przymiot dziedziczny późny: pierwsze objawy występują dopiero w lat kilka lub nawet w wieku młodzieńczym, przejściowym.

Zaburzenia w odżywianiu są przy formie dziedzicznej o wiele donioslejsze niż przy nabytej, stąd pochodzi przerażająca śmiertelność (80%) dzieci obciążonych przymiotem dziedzicznym. Zaburzenia te powodują: obumarcie płodu i poronienie, poród przedwczesny, przy którym rodzi się dziecko żywe lecz z objawami przymiotu lub bez nich, brak sił żywotnych u dzieci donoszonych, i wskutek tego śmierć w pierwszych godzinach lub dniach po porodzie, powstrzymanie rozwoju i niezwykła chorowitość.

2. Na zakażenie przymiotowe składają się dwa czynniki: pierwszym jest nieznanym dotąd pasorzyt swoisty, drugim, wytwory jego przemiany materii czyli t. zw. toksyny przymiotowe. Toksyny są nieodłączonemi towarzyszami zarazki; mogą jednak same tylko przedostawać się do ustroju, przez łożysko.

3. Odpowiednio dwom powyższym chorobotwórczym pierwiastkom przymiotu, autor rozróżnia dwie grupy objawów chorobowych. Pierwsza grupa jest bezpośredniem następstwem wtargnięcia i rozradzania się zarazki w ustroju na drodze mechanicznej i przedstawia typowe objawy przymiotowe t. j. objaw pierwotny i wtórnie wykwyty na skórze i błonach śluzowych. Drugą zaś grupę stanów i objawów chorobowych, jedynie wynikających z zatrucia ustroju toksynami, stanowią: odporność ustroju nabyta (*immunitas*), zaburzenia w ogólnem odżywianiu, peryod trzeciorzędny i niektóre formy przymiotu dziedzicznego (patrz niżej).

4. Odnosnie przechodzenia zarazki z rodziców na dzieci, autor zbija błędność dawnego pojęcia: jakoby jad przymiotowy przesiąkał cały ustrój. Tak nie jest. Jad nie przenika do wszystkich komórek ustroju, przeciwnie wiele z nich pomija; zdarzyć się więc może, że jad ani do nasienia, ani do jajka przymieszanym nie został, i tem właśnie dają się objaśnić często zdarzające się fakta, w których rodzice, świeżym przymiotem dotknięci, płodzą zupełnie zdrowo dzieci.

5. Czy przejście zarazki od zakażonej matki do płodu i naodwrot, od zakażonego płodu do matki, zatem drogą krążenia łożyskowego, może nastąpić przy zupełnie nienaruszonym łożysku, czy też potrzeba do tego uszkodzenia łożyska? dotąd rozstrzygniętem nie zostało.

6. Trzeciorzędne objawy, jak to już wyżej wspomniano, zdaniem autora, nie zależą od zarazki przymiotowego, lecz są spowodowane toksynami i właściwie poczytywać je należy za chorobę następczą i charłactwo, więcej zbliżone do złośliwego nowotworu, niż do przewlekłej choroby zakaźnej. Opinię powyższą uzasadnia autor następującemi, wybitnemi różnicami, jakie pomiędzy drugo- a trzeciorzędniemi objawami spostrzegać się dają: trzeciorzędne objawy w przebiegu przymiotu nie należą do

reguły, lecz do wyjątku (pojawiają się tylko w 15—20% leczonych, a w 30—40% nieleczonych przypadków), dalej, pojawiają się późno (nawet po 40 i 50 lat trwającym okresie), przebiegają nietypowo i bardzo przewlecznie, odznaczają się niezaraziliwością i szybkim oddziaływaniem na jod. Ostatnią własność, jak równie możność powstawania, bez poprzedzających 1-o- i 2-o-rzędnych przypadłości, dzielą trzeciorzędne objawy z innymi zjawiskami (zaburzenia ogólnego odżywiania) i stanami (odporność, niektóre formy przymiotu dziedzicznego), których zależność od toksyn przymiotowych już powyżej wykazaną została.

Przechodzimy teraz do części szczegółowej.

Odpowiednio do sposobu przeniesienia się jadu do ustroju i chorobotwórczego wpływu zarazka lub jego toksyn na ustroj, wynikają następujące działy, w ramy których wszystkie sprawy przymiotowe wstawić się dają, i to właśnie stanowi patologiczny sytem, przez autora ufundowany:

A) Wtargnięcie jadu przez miejscową utratę skóry lub błony śluzowej: przymiot nabyty. Tu autor rozróżnia 3 fazy dalszego rozwoju zarazka i 3 okresy choroby, zależące od wpływu toksyn przymiotowych na ustroj:

a) Faza pierwsza polega na rozmnażaniu się jadu na miejscu zakażenia i jego wtargnięciu do dróg limfatycznych (zmiana pierwotna, obrzmienie gruczołów). Okres pierwszy: podczas tego, wskutek przejścia toksyn przymiotowych z miejscowych ognisk rozmnażania się do krążenia krwi: zaburzenia w odżywianiu (niedokrwistość, osłabienie, gorączka, bóle latające, wzmagające się nocą, przemijający białkomoc i żółtaczka) i odporność (*immunitas*).

b) Faza druga polega na wtargnięciu jadu do krążenia, rozmnażaniu się tamże, rozprawdzeniu po całym ustroju i złożeniu w licznych (przerzutowych) ogniskach, na skórze i błonach śluzowych. Okres drugi: jako działanie toksynów: liczne zaburzenia w odżywianiu (gorączka, bóle, niedokrwistość, *seborrhoea*, *alopecia* i t. d.). Trwanie odporności.

c) Faza trzecia: po dłuższym trwaniu okresu drugiego, powolne wydalenie zarazka: niekiedy późne zapadnięcie ustroju na tak zw. trzeciorzędne objawy, swoiste charłactwo. Okres trzeci: ciężkie zaburzenia w odżywianiu, dalsze trwanie odporności, która jednak może już przeminać, jak o tem pouczają powtórne zakażenia osobników z objawami trzeciorzędnymi (MERKEL, GASCOYEN, DUCREY).

B) Wtargnięcie zarazka i toksyn przymiotowych wprost do naczyn krwionośnych lub do powstającego ustroju, za pośrednictwem nasienia (*infectio paterna s. spermatica*) lub jaja (*infect. materna s. ovarialis*) lub wreszcie obu razem, i wtedy mamy do czynienia z przymiotem dziedzicznym (*s. per conceptionem*, *s. hereditaria*); albo też zarażenie płodu następuje już po zapłodnieniu, przez zarażoną potem matkę, a zatem drogą krążenia łożyskowego (*infectio postconceptionalis sive placentaris*), i wtedy mamy właściwie u dziecka nie przymiot dziedziczny, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, a przymiot wrodzony (*syph. congenita*), który jednak od pierwszego nie daje się odróżnić.

a) Fazy pierwszej, t. j. rozmnażania się zarazka na miejscu jego wtargnięcia do ustroju, a zatem i pierwotnego objawu, jak równie następczego obrzmienia gruczołów, brakuje. Obraz choroby rozpoczyna się:

b) Fazą drugą, zawierającą: rozmnożenie się jadu w krwiobiegu, rozprzestrzenienie się po całym ustroju, tworzenie licznych przerzutowych ognisk, w których jad dalej się rozmnaża. Okres drugi, jako skutek toksynów: zaburzenia w odżywianiu, odporność, a zatem też samo, co w przymiocie nabytym.

c) Faza trzecia mieści w sobie: przewleczne zatrucie i charłactwo. Okres zaś trzeci i tu, jak i przy przymiocie nabytym, nie jest koniecznym, występuje jednak przy wzmożonej działalności toksyn z jednej, a czułości i słabym oporze ustroju z drugiej strony. U dziecka właśnie, wskutek wielkiej podatności ustroju dla wszystkich trucizn, wczesnie występują objawy zatrucia, tak, że druga i trzecia faza zlewają się razem.

C) Wyłączne przejście toksyn przymiotowych z matki na dziecko i odwrotnie, zarazek zaś organizowany w łożysku zatrzymany zostaje. I tu powstaje przymiot dziedziczny. Ponieważ właściwego chorobotwórczego zarazka w tych razach brakuje, przeto nie będą miały miejsca dwa pierwsze, ostre peryody choroby; skutki zaś toksyn przymiotowych zależeć będą od stopnia ich jadowitości i od oporu i sprawności ustroju zakażonego. Objawy zatem mogą się wydarzyć następujące:

a) U matki (ma tu miejsce: przejście toksyn od dziecka, dotkniętego przymiotem ze strony ojca, do ustroju matki czyli t. zw. *retroinfectio* lub *choc en retour*) może nastąpić:

1) Odporność przeciw przymiotowi, przy zupełnem zresztą zdrowiu (prawo COLLES'a: niezaraźliwość karmiącej matki od własnego przymiotowego dziecka, gdy zdrowa mamka przez toż dziecko zarażoną zostaje).

2) Odporność, połączona z nieprawidłowościami w odżywianiu, występującymi zwłaszcza w czasie ciąży, a więc w czasie pochłaniania toksyn (niedokrwistość, chudnięcie, bóle w okostnej, nerwobóle i t. p.).

3) Odporność i ciężkie przewłoczno zatrucie, z objawami trzeciorzędnymi.

b) U dziecka, po przejściu toksyn z matki na dziecko (*infectio postconceptionalis humoralis*), może wystąpić:

1) Odporność, przy zupełnem zresztą zdrowiu (prawo PROPHETA'y).

2) Odporność w połączeniu z zastojem w rozwoju i zaburzeniem w odżywianiu (śmierć w łonie matki, poród przedwczesny, spóźniony rozwój, dziecięcość).

3) Odporność, obok zaburzeń w rozwoju i ciężkiego zatrucia, objawiającego się wyłącznie postaciami trzeciorzędnymi (tu należą: liczne przypadki zwykłego przymiotu dziedzicznego, jak również przymiot dziedziczny późny).

Z tego, co dotąd wypowiedzianem zostało, jak również z zasady, stwierdzonej doświadczeniem, że na dziedziczność przymiotu, zapomocą leczenia rodziców, zwłaszcza rtercią, można wpłynąć bardzo pomyślnie, a nawet wprost jej zapobiedz,—wyprowadzić się dają następujące praktyczne wnioski:

1) Nie zezwalać przymiotowym osobnikom na zawieranie związków małżeńskich, przed upływem pierwszych 3-ch lub 4-ch lat po zakażeniu, a najwcześniej w rok po ostatnich objawach choroby.

2) Przez czas powyżej określony, należy u odnośnych osobników prowadzić metodyczno, przeciwprzymiotowe leczenie.

3) W razie dostania się przymiotu do małżeństwa i zarażenia się męża lub żony, należy przestrzedz przed zajściem w ciążę, jak również zastosować energiczne leczenie.

4) Kobiętę ciężarną, przymiotem dotkniętą, trzeba leczyć szczególniej energicznie, przez cały czas trwania ciąży.

5) Nawet i kobietę pozornie zdrową należy energicznie leczyć, jeżeli tylko istnieje niebezpieczeństwo, iż nosi w swem łonie dziecko przymiotowe po ojcu, a więc jeżeli, pomimo świeżego przymiotu męża, żona zakażenia uniknęła, a także i wtedy, gdy kobieta już raz lub kilka razy poroniła, albo też porodziła dzieci po ojcu przymiotowe.

6) Dozwolić na karmienie dziecka przymiotowego jedynie tylko przez matkę lub żywić je sztucznie, ale nigdy nie oddawać zdrowej mamce (na zasadzie prawa COLLES'a).

7) Nawet dziecko, wydające się zdrowem, ale po rodzicach przymiotowych, przynajmniej w pierwszych 3-ch miesiącach, (najczęstszy termin pokazywania się u dziecka form zaraźliwych), dozwolić karmić tylko matce i jedynie w razie niezbędności oddać je mamce, bacząc przytem jak najstaranniej, aby, w razie ukazania się podejrzanych objawów u dziecka, natychmiast je od piersi mamki odłączyć.

J. Majkowski.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

70. M. FOURNIER. **O rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego.** Lekcja kliniczna w szpitalu Ś-go Ludwika w Paryżu.

Rozpoznanie przymiotu dziedzicznego, z uwzględnieniem przeszłości chorego i jego rodziny, przedstawia często bardzo wielkie trudności. Dokładne zbadanie chorego, a w szczególności co do stałych i charakterystycznych dla przymiotu dziedzicznego zmian (*stigmata*), powinno stanowić pierwszą i najgłówniejszą podstawę rozpoznania. Staranne zaś wywiady, odnoszące się do rodziny i przeszłości chorego, wyjaśnia i uzupełnia rozpoznanie.

Co do pierwszego, to przede wszystkim zwrócić należy uwagę na zęby, oczy i uszy badanego dziecka. Pokarbowanie i półksiężycowe zagłębienie

dolnego brzegu zębów siecznych, zapalenie śródmiażdżowe rogówki i zapalenie średniego ucha stanowią ową trójkę objawów HURCHINSON'a—dla przymiotu dziedzicznego charakterystyczną.

Na bliższe omówienie zasługują 3, mniej znane, a bardzo ważne grupy objawów. Pierwsza z nich dotyczy ogólnego zewnętrznego wyglądu chorego, druga zmian na skórze i błonach śluzowych, a trzecia nienormalności kośćca.

Co do 1-go. Rozwój dziecka, dotkniętego przymiotem dziedzicznym, bardzo rzadko odbywa się normalnie. Dziecko pozostaje małym i chorowitem. Cały jego wygląd zewnętrzny nie odpowiada wiekowi, 15 letnie wygląda na 10 letnie. Nawet wytworzyć się tu może karłowatość. Mowa dziecinna pozostaje bardzo długo; rozwój mięśni i porost włosów bardzo opóźniony. W późniejszym okresie dziecko źle się zwykle uczczy, jest opieszale i leniwe, chód ma machinalny, automatyczny, mówi uderzająco mało, co wszystko dowodzi bardzo ważnych zaburzeń w ogólnym odżywianiu.

Co do 2-go. Na szczególną uwagę zasługują owrzodzenia skóry i błon śluzowych, oraz pozostałe po nich blizny. Są one zwykle bardzo małe, formy obrączkowej lub łukowatej, albo też opisują krzywiznę pełzającą. Bardzo często owrzodzenia (ewent. blizny) bywają zgrupowane lub stykają się brzegami. Co do umiejscowienia, to mają one swoje specjalne siedliska, a mianowicie: kąty ust, okolice nosa, gardło, a nade wszystko okolice łędzwio-pośladkową. Ostatnia, jakkolwiek może być siedliskiem owrzodzeń rozmaitego pochodzenia, to jednak stanowi ona, jak to wykazał PARROT, ulubione siedlisko owrzodzeń przymiotu dziedzicznego, tak, że tu spotykane owrzodzenia lub blizny powinny zawsze budzić szczególne podejrzenie przymiotu dziedzicznego.

Co do 3-go. Najważniejsze jednak dane otrzymujemy przez badanie kośćca, tu bowiem wywołuje przymiot dziedziczny zmiany najgłębsze, najtrwalsze i najwidoczniejsze.

Kość czołową znajdujemy niekiedy zmienioną. Podaje się ona ku przodowi, przyjmując formę t. zw. czoła kwadratowego—czoło olimpijskie. Niekiedy przedstawia czoło symetryczne wypukłości, niekiedy znowu przyjmuje czoło formę łódkowatą.

Na kościach czaszkowych szukać należy małych garbów i wypukłości—jako śladów zapaleń okostnej, oraz starych narośli kostnych (*exostoses*). Należy zwracać uwagę na wydłużenia i poprzeczne rozszerzenia czaszki. Ostatnim towarzyszyć będą spłaszczenia wierzchołka głowy, przez co bardziej uwydatnią się części boczne czaszki, i tę właśnie nieforemność przyrównał PARROT bardzo słusznie i malowniczo—do pośladków. Ta czaszka formy pośladków (*natiforme*) jest czaszką przymiotową w całym znaczeniu tego wyrazu. Często także, wskutek nieprawidłowego rozrostu, powstaje asymetria w dwu połowach czaszki. Dzieci, przedstawiające powyższe nienormalności czaszki, mogą pozostać przy życiu, mogą przedstawiać zupełnie normalną inteligencję, lecz mogą też być dotkniętymi wodną puchliną głowy.

Charakterystyczną nieforemność twarzy stanowi deformacja nosa. Tu możemy oznaczyć 2 typy. W pierwszym powstaje zapadnięcie górnej części nosa, przez co koniec nosa staje się zadartym. W drugim, części dolne nosa jakby się cofały czyli wchodziły do pewnego stopnia w części górne, przez co powstaje t. zw. nos lornetkowaty. Zapytując rodziców o przyczynę tych nieforemności nosa, dowiadujemy się: że dziecko cierpiało niegdyś na chroniczny katar, przy którym w obfitych wydzielinach odeszły cząstki zmartwiałej kości. Lecz niekiedy podobne wspomnienia nie istnieją, zgorzel kości nie miała miejsca, a jednak spotykamy i wtedy pewne nieforemności mniej typowe, jako to: nos spłaszczony u swej podstawy, nos wogóle źle zbudowany, co przypisać należy nieprawidłowemu rozrostowi (*dystrophie*).

Na kościach kończyn znajdujemy, jako objawy przymiotu dziedzicznego, obrzmienia i zgrubienia. Szukać ich należy szczególnie na nasadach kości goleniowej, barkowej, sprychowej i łokciowej. Zmiany na kościach goleniowych zdarzają się najczęściej i są one dla przymiotu dziedzicznego najbardziej charakterystyczne. Kość goleniowa traci swój normalny wygląd; staje się grubsza, szersza i bezkształtna. Przyczyną zgrubienia jest nawarstwienie kostne na przedniej ścianie goleni złożone, i to właśnie nawarstwienie jest dla przymiotu dziedzicznego

objawem patognomonicznym. Wskutek tego nawarstwienia kostnego, i grzebień kości goleniowej zmienił swój wygląd: stał się szerszym, grubszym, w pośrodku więcej spłaszczonym, przez co wydaje się bardziej wydłużonym i podobnym do klingi szabli.

Skrzywienia kostne członków, skrzywienia kości tułowia, powodujące niepodobnienią klatki piersiowej, t. zw. pierś beczkowatą, łódkowatą, nie są rzadkiem zjawiskiem przy przymiocie dziedzicznym, lecz nie posiadają znaczenia charakterystycznego dla tej choroby, gdyż takie same zboczenia spotykamy przy chorobie angielskiej.

Co do związku pomiędzy przymiotem dziedzicznym i chorobą angielską, to autor przyznaje, że przymiot dziedziczny jest jedną z częstych, lecz nie najczęstszą przyczyną rachityzmu. Przytem wpływ ten ma znaczenie więcej usposabiające, przez upośledzenie ogólnego odżywiania, niż wywołujące, jak to dawniej utrzymywano (PARROT). Przy przymiocie dziedzicznym spotykamy często krzywicę jako powikłanie.

Cierpienia stawów zdarzają się przy dziedzicznym przymiocie często. Spotykamy: 1) wodne puchliny stawów, niebolesne i nie tamujące ruchów kończyną i 2) długotrwałe, niepodobniające zapalenia, polegające na zwyrodnieniu błony maziowej, chrząstek i kości, niekiedy z ogromnemi obrzmieniami i naroślami kostnemi, co może wstrzymywać rozwój całej kończyny i powodować zanik mięśni.

Przymiot dziedziczny niekiedy atakuje system nerwowy, a mianowicie mózg, bądź wprost, bądź przez uszkodzenia kości czaszkowych lub wskutek złego ogólnego odżywiania i charłactwa.

Co do inteligencji, to dzieci, przymiotem dziedzicznym obciążone, mogą okazywać normalną inteligencję, a nawet wybitne zdolności; w innych razach mierny rozwój umysłowy, a także zniechęcenie, oglupienie i idyotyzm. W ostatnim razie wyraz twarzy bywa szczególny: głowa, nie mogąc się utrzymać w równowadze, waha się z jednej na drugą stronę; twarz szeroka, spłaszczona, zwierzęca; dziecko siedzi lub leży ciągle nieruchome, tylko ręce są nieco czynniejsze, lecz poruszają się w niewłaściwym kierunku i bez siły.

Drugą część rozpoznawczego badania w przypadkach przymiotu dziedzicznego, jak to na wstępie powiedziano, mają stanowić wywiady, odnoszące się do rodziny chorego. Z tego źródła możemy otrzymać bardzo ważne i stanowcze wskazówki. Lecz baczyć tu należy, aby ewentualny ujemny wynik wywiadów nigdy nie przeważał danych, stwierdzonych na osobie chorego.

Pierwsze pytanie, na które należy odpowiedzieć, jest: czy rodzice przechodzili przymiot? Przy niepewnych zeznaniach, należy być bardzo ostrożnym, aby nie popełnić błędu. Jednym z takich, nader ważnym a częstym, może być błąd co do ojcostwa dziecka. Dziecko nie zawsze jest synem lub córką swego prawnego ojca. Sławne orzeczenie kodeksu: „*is pater est, quem nuptiae demonstrant*“ dobrem jest dla prawnika, lecz dla lekarza nie zawsze jest prawdziwym. Zdarzyć się może stanowcze zaprzeczenie przymiotu, w zupełnie dobrej wierze udzielone, a jednak choroba ta miała miejsce, lecz badany lub badana nic o niej nie wiedział. Z drugiej znowu strony pamiętać powinniśmy o tem, że chorzy dość często przyznają się do przymiotu, na mocy przebytego szankra miękkiego. Wogóle badanie rodziców powinno być prowadzone z wielką delikatnością i oględnością.

Badanie najbliższego rodzeństwa, jako to: braci, sióstr, może również dostarczyć bardzo ważnych wyjaśnień co do istnienia przymiotu w rodzinie. Na szczególną uwagę zasługują tu t. zw. *stigmata* t. j. zmiany organiczne, po przebytym przymiocie powstałe.

Jeszcze większe znaczenie dla rozpoznania przymiotu w danej rodzinie mają: wielka śmiertelność dzieci (*polymortalitas*) i wielka liczba poronień. Odnośna statystyka wykazuje przerażające liczby (80%), tak, że przymiot dziedziczny uważać należy za jedną z najczęstszych przyczyn śmierci. Częstość poronień zależy od tego, czy jedno z rodziców lub oboje dotknięci byli przymiotem. I tak, minimum poronień zdarza się w razach, gdy ojciec dotknięty był przymiotem; częstość ta staje się większą, gdy matka, a największą, co najczęściej ma miejsce, gdy oboje rodzice dotknięci byli przymiotem. W ostatnim razie spotykamy serye złożone z 8—12 poronień, a nawet w jednym małżeństwie 19 ciąży z rzędu nie dobiegło swego właściwego kresu. A zatem, na zasadzie częstych poronień i wielkiej

śmiertelności dzieci w danej rodzinie, możemy się bardzo zasadnie domniemywać istnienia przymiotu dziedzicznego w tej rodzinie.

Gazete des hopitaux. 1893. N. 2 et 5.

J. Majkowski.

71. C. FRAENKEL. O napotykanii lasieczników błonicowych Loeffler'a. Autor znajdował często na łącznicy drobnoustroj, który pod względem morfologicznym i biologicznym w zupełności odpowiada lasiecznikowi LOEFFLER'a. Pomimo takiej identyczności dwu tych gatunków, zachodzi pomiędzy nimi bardzo ważna różnica: szczepienie zwierzętom znalezionych przez F. bakterii daje wynik ujemny, gdy lasiecznik LOEFFLER'a, jak wiadomo, odznacza się wysokim stopniem jadowitości.

Ale i tu zdarzają się wyjątki, i to dosyć liczne. ROUX i YERSIN wykryli, że nie raz potrzeba znacznej ilości materii zakaźnej, aby u świnek morskich otrzymać wynik dodatni, a w całym szeregu przypadków napotykali bakterie LOEFFLER'owskie, zupełnie nawet pozbawione własności chorobotwórczych.

Zdaniem ich, które podziela i F., ta postać lasieczników daje się spostrzegać w bardzo łagodnych przypadkach błonicy i ku końowi choroby. LOEFFLER sam już wspominał o drobnoustrojach, mających bardzo duże podobieństwo do błonicowych, ale różniących się od nich brakiem jadowitości, i nazwał je lasiecznikami błonicy rzekomej (*pseudodiphtheriebacillus*). Po nim inni badacze znajdowali jednak też same lasieczniki i w istotnej błonicy, i w zwyczajnem oraz mieszkowatym zapaleniu migdałków (*ang. follicul.*), i w nieżyście gardzieli i w błonicy szkarlatynowej oraz odrowej, a wreszcie na zupełnie zdrowej błonie śluzowej gardzieli. HOFFMANN uważa je za bardzo częstych, omal że nie stałych mieszkańców gardzieli. ROUX i YERSIN dowiedli niebawem, że te lasieczniki (*pseudodiphtheriebacillen*) i lasieczniki istotnej błonicy nie są dwoma rozmaitymi drobnoustrojami, lecz należą do jednego i tego samego gatunku bakterii. Różnica w ich własnościach chorobotwórczych nie stanowi bynajmniej cechy, na zasadzie której moglibyśmy je wyodrębnić: przeciw jadowite i zupełnie pozbawione jadowitości lasieczniki czarnej krosty są drobnoustrojami tego samego gatunku. A zresztą, ROUX i YERSIN wykazali możliwość sztucznej przemiany lasieczników istotnej błonicy w lasieczniki rzekomej, a więc tem samem dowiedli ich identyczności. Należy tedy uważać za pewnik, że w błonicy napotkać można jadowite obok niejadowitych lasieczników i że jedne i drugie dają się spostrzegać i w innych cierpieniach, a nawet na zdrowej błonie śluzowej. Wraz z UHTHOFF'em znajdował F. lasiecznika rzekomej błonicy na zdrowej i chorej łącznicy i rogówce, pomiędzy innemi dwa razy w t. zw. *xerosis conjunctivae* i raz w krupie łącznicy, który, według zdania oftalmologów, stanowi cierpienie łagodne, niezarazliwe i niemające nic wspólnego z błonicyą.

Dziwny objaw napotykania jednego i tego samego gatunku bakterii, które raz posiadają własności chorobotwórcze, drugi raz są ich pozbawione, na pierwszy rzut oka wydaje się niezrozumiałym. Jeżeli jednak przypomnimy sobie, że bakterie włóknikowego zapalenia płuc bywały znajdowane na zdrowych błonach śluzowych raz jako drobnoustroje chorobotwórcze, drugi raz bez tej własności, że takąż samą różnicę zauważyli A. FRAENKEL, WEICHSELBAUM i inni w pneumokokkach w warunkach patologicznych, że to samo ma miejsce z paciorkowcami, z *bacterium coli* i tak dalej, to zrozumiemy, że i lasiecznik LOEFFLER'a może być reprezentowany przez różnorodne pod względem jadowitości osobniki. Zrozumiemy dalej, że drobnoustroje, będące nawet w pełni siły chorobotwórczej, nie koniecznie muszą zawsze prowadzić do zakażenia, lecz że potrzebne jeszcze jest do tego usposobienie ustroju i jego tkanek do przyjęcia zarazka. Dla błonicy przyjęto oddawna za czynnik usposabiający, zapalenie błony śluzowej gardzieli i złuszczenie jej nabłonka, które dopiero pozwala drobnoustrojom zagnieździć się w niej.

Prócz tego, według spostrzeżeń F. rozmaite błony śluzowe odznaczają się niejednakową skłonnością do przyjęcia zarazka błonicy: łącznica, na przykład, należy do bardziej odpornych. Tego dowodzą nader rzadkie przypadki prawdziwego błonicowego zapalenia łącznicy, łagodny przebieg krupu łącznicy, w którym, jak wyżej wspomniano, znalezione były jadowite lasieczniki LOEFFLER'a, oraz napotykanie ich w innych cierpieniach łącznicy, gdzie grały tylko podrzędną rolę. Jakaż jest wobec tego wartość znalezienia lasieczników LOEFFLER'a w wątpliwych przypadkach błonicy? W tym względzie ROUX i YERSIN zwrócili już uwagę, że w istotnej błonicy napotykamy lasieczniki zawsze w bardzo dużej ilości, w przeciwnym zaś razie jako pojedyncze osobniki. Wyjątek stanowi łącznica. Dalej sto-

pień jadowitości laseczników w większości przypadków będzie jednak miał znaczenie rozpoznawcze.

W końcu zwraca autor uwagę, że możliwość przejścia niejadowitych laseczników LOEFFLER'a w jadowite, może mieć znaczenie pod względem epidemiologicznym, i że, pamiętając o tej możliwości, łatwiej będziemy w stanie objaśnić sobie przypadki blonicy, których powstawanie dotychczas wydawało się nam niezrozumiałem. (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. 1893*). *Z. Srebrny.*

72. GUMPRECHT. O zatruciu arszenikiem. 20-letni chłopiec połknął o godz. 9-ej zrana sporą ilość białego słodkiego proszku. O godzinie 5-ej po południu przywieziono go do szpitala. Rozpoznano tu zatrucie arszenikiem, jakkolwiek zawartość żołądka próby na arszenik nie dała. Następnego dnia dopiero, gdy do badania mieszało kał, mocz i zawartość żołądkową, próba wypadła dodatnio. W moczu wykryto białko, cylindry, wiele komórek nabłonkowych oraz białych ciałek krwi. Przy uciskaniu stetoskopem na skórze chorego pozostawała biała obrączka, znikająca po upływie 30-sekund; równie długo widocznymi były ślady pisanych palcem na skórze liter. W 36 godzin po przyjęciu trucizny pacjent zmarł.

Przytoczony na końcu objaw niezmiernie jest ważny. Nie da się on objaśnić przez proste obniżenie ciśnienia krwi, gdyż nie widzimy go nigdy przy zastojach żylnych, natomiast spostrzegamy go często przy sprawach gorączkowych, którym towarzyszy podrażnienie narządu krążenia. Arszenik zatem działa na narząd krwionośny pobudzająco.

Przy badaniu pośmiertnem, w kiszkiach pod fałdami błony śluzowej znaleziono drobne cząsteczki arszeniku. Autor zwraca na to uwagę, nadmienając, że dotychczas nie mamy sposobu usunięcia z organizmu arszeniku w tej formie.

Ponieważ u chorego już w 8 godzin po zażyciu arszeniku wystąpiły wyraźne objawy ostrego zapalenia nerek, przeto zbadano najdokładniej nerki, aby się przekonać, czy niema w nich dawnych jakich zmian. LITTE i AUFRECHT, wywołując sztucznie zapalenie nerek u zwierząt przez podwiązanie tętnicy nerkowej lub moczowodu, czekać musieli na pierwsze objawy 24—36 godzin. Według SALKOWSKIEGO, po zatruciu fosforem zapalenie nerek występuje po 12 godzinach. Spostrzeżenie autora jest przeto niezmiernie ciekawe.

Substancja korowa nerek zmian żadnych nie przedstawiała, nabłonek kanalików skręconych był miejscami stłuszczony i słabo się barwił. Zmiany główne dotyczyły substancji rdzeniowej, specyjalnie kanalików brodawek nerkowych. Niektóre z tych kanalików były rozszerzone, w wielu całe światło kanalika wypełnione było komórkami nabłonkowymi; właściwy nabłonek kanalików wszędzie spłaszczony. Ponieważ w moczu znaleziono komórki nabłonkowe różnej wielkości i formy, przeto wątpić nie można, że pochodziły one zarówno z substancji korowej, jak i rdzeniowej nerki. Unoszone strumieniem moczu, zebrały się one w kanalikach brodawek nerkowych, zatkały ich światło i sprowadziły zastój moczu.

Z powyższej obserwacji autor wyciąga następujące wnioski:

- 1) Arszenik działa pobudzająco na narząd krążenia.
- 2) Działa też gwałtownie na nerki, gdyż już po 8-iu godzinach w moczu występuje białko, cylindry i komórki nabłonkowe.
- 3) Zmiany w nerce dotyczą przeważnie substancji rdzeniowej, substancja korowa napozór zupełnie jest niezmienniona.

(*Deut. med. Woch. Nr. 5. — 93*). *S. P.*

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Marzec r. b. i o śmiertelności z tyfusów w Warszawie.

Pozostało z zeszłego miesiąca	42 (m. 24, k. 18)
Przybyło w Marcu	94 („ 65, „ 44)
Wypisało się	87 („ 54, „ 33)
Zmarło	15 („ 12, „ 3)

Z 94 przybyłych chorych przypada 73 (m. 55, k. 18) na tyfus wysypkowy i 10 (m. 4, k. 6) na ospę.

W porównaniu ze Styczniem i Lutym zarówno ogólna ilość chorych, jak i tyfusowych, była w miesiącu Marcu największą. Zwracam przytem uwagę, iż dane nasze wcale prawie nie obejmują żydów, wśród których tyfus wysypkowy sroży się nierównie silniej jeszcze. Dane przeto ze szpitala starozakonnych, który przepełniony jest tyfusowymi, byłyby bardzo pożądane.

Z pojedynczych ognisk tyfusowych na szczególne wyróżnienie zasługuje Jabłonna, zarówno Stara jak i Nowa, która dostarczyła nam w tym miesiącu aż 21 chorych, między którymi były i całe rodziny ¹⁾. Ze względu, iż miejscowość ta jest jedną z najbardziej uczęszczanych siedzib letnich, interesowani zawczasu o tem pamiętać powinni. Zresztą od kilkunastu dni chorych z Jabłony wcale już nie przybywa.

Z miejscowych ognisk w dalszym ciągu dostarczyły nam tyfusowych wszystkie prawie przytulki noclegowe: Praski (4 przypadki), na Lesznie i Rybakach (po jednym). Następnie krańce miasta: Wola, Koło, Powązki, Grochów. W śródmieściu zaś następujące ulice: Nowolipie 65, Krucza 49, Pańska 26 i 116, Kamienna 3, Muranowska 42, Wspólna 69, Grzybowska 5, Radzywińska 7, Walec 17, Franciszkańska 19, Terespolska 23, Wolska 28, Chłodna 20, Krochmalna 43, Gęsia 75, Wałowa 21, Podwał 6, Ogrodowa 41, Tamka 21, Ostrowska 6, Piwna 19, Twarda 22, Marszałkowska 125, Bugaj 5, Chmielna 89, Nowolipki 92, Cyrkuł 12 (Praga), Solec 5, Smocza 4, Wiosenna 11, Więzienie śledcze i Fort na Woli.

Co się tyczy ospy, to przypadki jej były mniej częste, aniżeli w zeszłych miesiącach; pochodziły zaś z ulic: Wspólnej 33, Leszna 45, Grzybowskiej 16, Mokotowskiej 26, Ś-to Krzyskiej 11, Ogrodowej 8, Wolskiej 15, Śliskiej 70 i Kruczej 29.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy po kilka przypadków odry, róży, anginy folikularnej, zapalenia płuc włóknikowego i dwa *meningitis cerebro-spinalis*.

Zmarło: na tyfus wysypkowy 11 (m. 9, k. 2); na ospę 4 (m. 3, k. 1).

Mówiąc o śmiertelności z tyfusu wysypkowego, mimochodem muszę zwrócić uwagę czyją należy, na pewną niedokładność, jaka się peryodycznie wkrada do buletynów sanitarnych i statystyki śmiertelności miasta, zamieszczanych w „Zdrowiu“. Mam tu na myśli stale powtarzającą się rubrykę śmierci z tyfusu brzuszego, która podług tych danych, prawie zawsze większą jest od śmiertelności z tyfusu wysypkowego i rzadko kiedy wynosi mniej, niż 10 śmierci miesięcznie. Jeśli ostatnią tę cyfrę przypuszczalnie przyjmujemy za przeciętny procent śmierci z tyfusu brzuszego, wypadnie, że miesięcznie mamy w Warszawie do 100 przypadków tyfusu brzuszego. Byłoby to arcyśmętne świadectwo dla stanu sanitarnego Warszawy i jej nowych wodociągów. Na szczęście są to wywody na mylnych danych oparte.

Stałe zmniejszanie się tyfusu brzuszego w Warszawie od czasu zaprowadzenia nowych wodociągów z filtrami jest tak bijącym w oczy, iż trudno tego nie spostrzedz ²⁾. Potwierdzą to również wszyscy prawie lekarze szpitalni, a szczególnie ci, co pamiętają jeszcze dawne epidemie tyfusu brzuszego. Śmiało mogą powiedzieć, iż od roku 1889, kiedy tyfus wysypkowy na dobre zaczął gospodarować w naszym mieście, ani jednego nie widziałem pewnego, sprawdzonego na sekcji przypadku tyfusu brzuszego, choć rokrocznie z całemi setkami chorych zakaźnych mam do czynienia. Nie waham się przeto wypowiedzieć, iż dane o śmiertelności z tyfusu brzuszego w wykazach miejskich odnoszą się ³⁾ wprost do tyfusu wysypkowego, który w przeciwieństwie do brzuszego z każdym rokiem coraz bardziej u nas i w całym kraju się rozszerza. Błędy te statystyczne, prócz innych przyczyn pochodzą stąd, iż nietypowe formy tyfusu wysypkowego, których w każdej epidemii jest dużo, niejeden mniej doświadczony lekarz odnosi do tyfusu brzuszego, którego tradycje u nas jeszcze wciąż są mocno zakorzenione. Często jednak już samo ściślejsze zebranie wywiadów wystarczy, aby na prawdziwe tory rozpoznawcze trafić. Zbaczanie zaś z nich sprawia, iż jedną i drugą chorobę statystycznie przedstawiamy w fałszywym świetle. Dziwimy się z jednej strony znacznej śmiertelności z tyfusu brzuszego, którego w Warszawie prawie nie widzimy, dzięki dobrej wodzie; z drugiej zaś strony zamykamy oczy na małą śmiertelność z tyfusu wysypkowego, która w gruncie rzeczy jest znacznie większą, dzięki rozpaczliwej nędzy i co za nią idzie, niechlujstwu i ciasnocie znacznej części mieszkańców. Jest on przy niej dla tych wydziedziczonych najdotkliwszą może klęską, podkopując zdrowie i pozbawiając na długi czas najprodukcyjniejszych ich członków możliwości zarobkowania. Tyfus wysypkowy, choćby dla swej niezmiernej zaraźliwości, niemniej niż cholera, zasługuje na uwagę i troskliwość naszych ojców miasta.

¹⁾ Interes zdrowia publicznego wymaga, ażeby chorych z tyfusem wysypkowym nie przewozić z Jabłony do Warszawy, lecz zbudować w Jabłonie barak dla takich chorych i leczyć ich na miejscu. (*Przyp. Red.*).

²⁾ Gdy na przykład w roku 1881 we wszystkich szpitalach Warszawskich było przypadków tyfusu brzuszego 1557, to w 1891 r. już tylko 398, choć i ta cyfra wydaje mi się mocno przesadzona.

³⁾ Jeśli nie w zupełności, to w przeważnej części.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Według HALLOPEAU można zmniejszyć drażniące działanie kwasu karbolenego po dodaniu oliwy lub gliceryny, które nie wpływają na jego skuteczność. W ten sposób dadzą się użyć nawet roztwory stężone. Należy jednak brać preparat krystaliczny, nie zawierający wysokoku. (Bull. med. 93).

== KELLOG wyciął nerkę, zawierającą kamień kolosalnych rozmiarów, ważący 137 grm. Podług autora, był to największy kamień, jaki dotąd opisywano w literaturze. (Wracz 7—93)

== Jedno z francuskich pism chemicznych donosi, iż można łatwo otrzymać chloroform z chlorku sodu i acetonu zapomocą elektrolizy. Preparat ten nie zawiera ani jednego z owych pobocznych związków chloru, domieszanych tak często do zwykle używanego chloroformu. (Bull. med. 93).

== Podług LEONARDA, zmienia się głos śpiewaczek przy chorobach macicy, i to zarówno wtedy, gdy choroba ta jest pierwotną, jakoteż gdy jest wtórną, skutkiem choroby jajników. Śpiewaczka odzyskać może głos po wyleczeniu się. U dwóch chorych L. spostrzegł kurcz głosi przy każdym rękoczynie w macicy. HEGAR i STRUEBING już dawno zauważyli możność wywoływania kaszlu odruchowego z macicy lub jajników. Wiadomo także, iż głos kobiet miesiączkujących nie brzmi czysto. (Med. Record 92).

== RINDSKOPF badał w ciągu 9 miesięcy w Berl. szpit. żyd. moc chorych chloroformowanych, razem około 100 przypadków. Wybierał takie jedynie, w których moc przed operacją był prawidłowym. Otóż, 31 razy znalazł moc zmienioną pod wpływem chloroformu: 6 razy było białko i wałeczki, 19 razy tylko wałeczki, 6 razy tylko białko, 31 razy zwiększenie ilości leukocytów, 19 razy nabłonki różnego pochodzenia. Białko i wałeczki najsilniej występowały pierwszego dnia, a zniknęły na 3-ci dzień po operacji. Autor zaleca, jako najmniej szkodliwą, metodę usypiania kroplową, dalej badanie uprzednie moczu i stanu nerek przed narkozą, ostrożność u chorych na nerki, wreszcie unikanie szybko po sobie idących narkoz u tej samej osoby, gdyż może nastąpić nekroza nabłonka warstwy korowej. (M. m. W. 10—93).

== CHOUT zaleca tran jako prosty, niebolesny i skuteczny środek przeciw wilkowi. Stosuje go się w połączeniu z jodoformem (100,0 : 5,0). Napaja się tym środkiem kompresy, które muszą ciągle pokrywać zajęte chorobą miejsca (Lyon med. 93).

== COLOMBINI widział znakomite skutki po użyciu mentolu w dermatozach, przebiegających ze swędzeniem, np. pryszczycy i pokrzywce. Mniej dobrze działał ten środek w swędzeniu nerwowem. C. stosował 5—10% roztwór wyskokowy, w połączeniu z maścią cynkową 0,5 lub 3%. (Lyon med. 93).

== LEWIN zebrał 28 przypadków modzeli przymiotowych (*clavi syphilitici*). Na tę postać przymiotu nie zwracano dotąd uwagi, a jednak jest ona bardzo ważną pod względem praktycznym. Wystają one nad powierzchnię skóry, na dotyk są twarde, jakby zrogowaciałe, pokryte nieraz łuską. Wielkość ich waha się między łepkiem szpilki a ziarnkiem grochu. Z początku są czerwone, potem żółte. Częściej znajdują się na dłoni, niż na podeszwie. Występują przeważnie w wcześniejszych okresach przymiotu. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1—93).

== PETER opisuje dwa przypadki, w których znaleziono odmienne zupełnie zmiany we krwi, pomimo że w obu śledziona była mocno powiększona. Że istnieje obrzmienie śledziony bez leukocytozy, dowiódł już GAUCHIER. Pod nazwą „pierwotnego nabłoniaka“ śledziona opisuje on powiększenie jej z stwardnieniem i przerostem tkanki łącznej; taka śledziona osiągnąć może wagi 5 kilogr. Pomimo to krew okazuje się normalną. Niedawno DEBARE i BRUHL opisali tę samą chorobę pod nazwą „pierwotnego powiększenia śledziony“; rozwija się ona skrycie, towarzyszy jej uporeczywa niestrawność i niedokrewność. Lubo zmniejsza się liczba czerwonych krążków, nie dochodzi sprawa do wyraźnej leukocytozy. Sekcja wykrywa zwyrodnienie marskie śledziony z przerostem siatki łącznotkankowej i powiększeniem ciałek MALPIGHI'ego. Analogiczne są przypadki, opisane przez GILBERT'a jako „limfadenia bez leukocytozy“, przez STRUEMPPELL'a jako „niedokrewność śledzionowa“. (W. med. Blätt. 3—93).

== STEFFEN, opierając się na opisanym przez HOCHSINGER'a fakcie, iż w cierpieniach gruźliczych u dzieci występuje wzmóŜona ilość indykanu w moczu, przeprowadził badania w tym kierunku u 19 dzieci w wieku 1½—15 lat. Na 1203 rozbiórów, znalazł ślady indykanu 195 razy, w małej ilości 146 razy, w większej 58 razy, czyli że indykan nie jest objawem charakterystycznym dla gruźlicy (Jakob. f. Kinderk. T. 34).

== DUNLAP wyciął część kiszki cienkiej z powodu przedziurawienia przez tasiemca. Miednica przepełnioną była skrzepami krwi, a przez otwór w kiszce wysuwał się pasorzyt. Brzegi otworu były zmartwiałe, lecz

śladów przebytego owrzodzenia nie było. Część tasiemca została wydaloną przez ranę, druga zapomocą ławatyw. (N. Y. med. Jour. 93).

== LANNELONGUE i ACHARD opisują dwa przypadki ropni w okolicy odbytnicy, gdzie w ropie znajdował się wyłącznie *Bac. coli com.* (Bull. med. 93).

== BARTHOLOW zachwala skuteczność faryzacyi ścian brzusznych przy puchlinie brzucha, szczególnie w przypadkach, spowodowanych zastojem krwi w układzie żyły wrotnej lub marskością wątroby u alkoholików. Posiedzenie trwać winno powyżej 15 minut. Jedną elektrodę stawia się na pierwszy krąg grzbietowy, drugą posuwa się wzdłuż mięśni brzusznych. (Med. News 93).

== Phenocollum przeciw zimnicy. MANGANO sprawdził badania ALBERTONI'ego, który widywał skuteczne działanie tego środka, nie ustępujące jakoby chininie. M. wybierał takich chorych, u których były półksiężycy L'AVERAN'a i gdzie chinina zwykle mało działała. Otóż autor przekonał się, iż fenokol okazuje się zupełnie bezskutecznym, Tak samo było i w innych przypadkach zimnicy. (Rif. med. 93).

POLETINI dawał fenokol w 100 przypadkach, nie ustępujących pod wpływem chininy, z których w 50 otrzymał ustąpienie zimnicy. Nie było przytem ubocznych objawów ani następstw (Gaz. d. Osp. 93).

CERVELLO spróbował fenokolu u 18 chorych. Po największej części gorączka znikła już po pierwszej lub drugiej dawce, rzadziej dopiero na 5-ty lub 6-ty dzień. Autor dawał 1,0—2,0, na 2—4 godzin przed napadem. Szczególnie dogodnym okazał się nowy ten środek u dzieci, które nie znoszą chininy (Arch. di farmacol. 92).

== Zatrucie ołowiowe u pracujących w hutach szklanych zależy od proszku, którym polewają szkło i który zawiera do 60% ołowiu. Proszek ten nakłada się w postaci miazgi, ale po wyschnięciu daje pył. Z chwilą gdy doprowadzono w pewnej fabryce zawartość ołowiu w proszku do 20%, zatrucia ustały. (Med. Press. 93).

== Prof. LANDOIS w Gryfi podaje nowy sposób wykrywania tlenku węgla we krwi: 3 cm. sz. danej krwi miesza się ze 100 cm. sz. wody przekroplonej i dodaje kilka kropel rozcieńczonego ługu potasowego aż do odczynu alkalicznego; następnie dolewa się kilka kropel wodnego roztworu pyrogalolu, raz wstrząsa i szczerlinie napełnione i zabezpieczone od dostępu powietrza naczynie odstawia się; krew zachowa wtedy dłuższy czas swą normalną czerwoną barwę, gdy krew zwykła zabarwi się na brunatno, ponieważ kwas pyrogalowy pochłania chemicznie tlen. (M. m. W. 32—92).

== FRISCH opisuje przypadek różnicy pęcherza moczowego. 52 letni mężczyzna zachoro-

wał przed 20 laty po rzeżącce, na ostre zapalenie gruczołu krokowego z utworzeniem się ropnia, który pękł do pęcherza. Od owego czasu corocznie prawie powtarzały się małe ropienia w tym gruczole, z gorączką, bólami i parciem na mocz. Ostatnim razem chory dostał nagle dreszczy i wymiotów, gruczoł krokowy powiększył się; później wystąpiło obrzmienie śledziony, gwałtowne parcie na mocz; w moczu znaleziono osad ropny i pojedyncze paciorkowce. W 2 dni później zjawiła się róża na udzie lewym. Badanie cystoskopem wykryło mocną czerwoność błony śluzowej pęcherza z pojedynczymi wybroczynami. (Billroth's Festschrift).

== Przed 2 laty PLAESTERER, badając w klinice wyreburskiej u 100 zdrowych osobników głębokie i powierzchowne odruchy, znalazł cyfry następujące: odruch nadbrzusny u 62%, brzuszny u 99%, dźwigacza jądra u 66%, podszwowy u 98%, międzyłopatkowy u 15%, pośladkowy u 28%, okostnej na przedniej powierzchni goleni u 5%, rzepkowy u 98%, ścięgna Achillesa u 57%, mięśnia dwugłowego u 47%, trójgłowego u 48%. Próby te dokonywane były wyłącznie u mężczyzn. Obecnie GEIGEL przeprowadził badania w dalszym ciągu u kobiet (także w liczbie 100) i znalazł, że mniej znane odruchy (międzyżebrowy, międzyłopatkowy, pośladkowy) u kobiet nie występują prawie nigdy. Ze względu na szczególnie ważne znaczenie rozpoznawcze dźwigacza jądra (*m. cremaster*), mianowicie w świeżej hemiplegii mózgowej natychmiast po udarze (odrchu brak po stronie przeciwległej wylewowi), pożądanem było znaleźć u kobiety objaw równoważny lub analogiczny. Ponieważ odruch dźwigacza u mężczyzny polega na kurczeniu się tych włókien mięśnia ukośnego wewnętrznego, które przedziurawiają pierścień pachwinowy i pociągają jądro ku górze zapomocą sznurka nasieniowego; ponieważ i u kobiet te same włókna mięśniowe często przyczepiają się do więzła okrągłego, z tego powodu należało *a priori* przypuszczać, że przez odpowiednie drażnienie wewnętrznej powierzchni uda, otrzyma się u kobiety poruszenie wargi sromowej większej. Lecz u żadnej ze 100 badanych kobiet objaw ten nie wystąpił. Natomiast okazało się, iż istnieje u kobiety inny stały odruch, odpowiadający odruchowi dźwigacza jądra u mężczyzny. Gładząc końcem młotka perkusyjnego wewnętrzną powierzchnię skóry uda w kierunku sromu lub też poniżej więzła Poupert'a, otrzymuje się natychmiast wyraźny skurecz dolnych pęczków mięśnia ukośnego wewnętrznego powyżej i wzdłuż więzła Poupert'a. Że odruch ten odpowiada odruchowi dźwigacza jądra, dowodzi fakt, że u mężczyzny nie tylko jądro się podnosi, lecz jednocześnie także kurczą się włókna mięśnia ukośnego powyżej pierścienia pachwinowego. (D. m. W. 8—92).

Wiadomości bieżące.

— Uczestnicy Komitetu kolonii letnich uwiadamią, iż JW. Naczelnik Kraju upoważnił rzeczony komitet do zbierania składek na rzecz kolonii letnich, do wysokości rs. 10.000. Zwracając na to uwagę wszystkich naszych czytelników, uwiadamiamy zarazem, iż tak jak wszystkie inne redakcje, tak też i nasza upoważnioną została do przyjmowania składek na rzecz kolonii. Nadto, zwracamy uwagę, iż składki należy nadsyłać o ile możliwości wcześniej, mianowicie nie później, jak do 15 Maja r. b.

— Miasteczko *Wohyn* (a nie Wołyń, jak to błędnie jedno z pism podało), w guberni Siedleckiej położone, i od miasta Radzyna około 12 wiorst odległe, potrzebuje lekarza. Wohyn liczy przeszło 3000 mieszkańców, a w jego bliskości znajduje się wieś Bezwola 1200 dusz licząca, oprócz innych gmin i wsi. Mieszkańcy uchwalili 200 rs. rocznej pensyi dla lekarza, a jak nas upewnia właściciel apteki, przed półrokiem założonej, ludność jest zamożną, i chętnie korzysta z pomocy lekarskiej, i w braku miejscowego lekarza często z ościennych miast go sprowadza.

— Miasteczko Tuczyn (niedaleko stacyi Dróg południowo zachodnich Równa położone) potrzebuje również lekarza. Miejscowy pan aptekarz dochód z praktyki ocenia na 1200. Pożądanym jest lekarz kawaler.

— Miasteczko Boćki (gub. Grodzieńska, powiat Bielski) liczące 3000 mieszkańców, potrzebuje lekarza. B. leżą o 16 wiorst od stacyi Dr. Żel. Brzesko-Grajewskiej Bielski. Od Warszawy 8 godzin drogi. W okolicy dużo dworów. Najbliższy lekarz w Bielsku. Lekarz, który obecnie Boćki opuszcza, praktykował tam przez lat dwanaście. Bliższe wiadomości u aptekarza p. A. Michałowskiego w Boćkach. Adres St. pocztowa Boćki, gub. Grodzieńskiej.

— W Osadach Rolnych Studzieniec i Puszcza utworzoną została posada stałego lekarza. Oprócz mieszkania, opału, światła i t. p. wyznaczono pensyi rocznie rs. 500—600. Znajomość okulistyki i chirurgii jest konieczną. Szczegółów udziela w biurze Osad Rolnych prof. W. Miklaszewski, Królewska N. 33.

— We Lwowie wystąpiła niedawno gwałtowna epidemia tyfusu brzuszego, a mianowicie w dzielnicy Łyczakowskiej. W ciągu 3 tygodni zapadło tam 155 osób, gdy ogólna liczba przypadków chorobowych w całym mieście wynosiła 194 osoby. Mieszkańcy tej dzielnicy używają wody z t. zw. wodociągu dominikańskiego, od chwili zamknięcia którego, epidemia zaczęła widocznie słabnąć. Badania bakteriologiczne wykryły w wodzie wzmiankowanej la-

seczniki podobne bardzo do tyfusowych, gdy w innej wodzie, zaczerpniętej na tejże ulicy, lecz z innych źródeł pochodzącej, laseczników nie znaleziono. (Przegl. Lek. 15—93).

— W dniu 30 marca r. b. obchodzono uroczyscie w Paryżu przybycie do olbrzymich zbiorników w Montretout pierwszych 12000 m.³ wody, której dostarczać będą codziennie źródła rzek Avre i Vigne, przez co ilość wody źródlanej, obecnie codziennie do Paryża przybywającej, powiększy się z 170000 m.³ prawie do 300000 m.³ Źródła teraz uchwycone pochodzą z departamentów Eure i Loir i dostają się na miejsce swego przeznaczenia wodociągami długim na 102 kilometry, który zbudowano w ciągu dwóch lat. Zbiorniki znajdujące się w okolicy słynnego fortu Mont Valérien, mogą pomieścić w sobie 300000 m.³ i dzielą się na trzy części (*compartiments*), z których teraz ukończono budowę tylko pierwszej. Woda ze źródeł Avre jest znakomita, zawiera w sobie bardzo mało soli wapniowych i magnowych, tylko 7 miligramów w litrze ciał organicznych (w regulickiej jest ich 5½ miligramów) i jest jeszcze lepsza, niż woda ze źródeł Vazne i Dhuy, mająca 20 do 23 stopni francuskich twardości. Paryżanie spodziewają się, że tym sposobem uniknie się teraz potrzeby wprowadzania do ich miasta w lecie podejrzaną zawsze wodę ze Sekwany. (Prz. Lek.). Oby Warszawa, obok nieustannych kłopotów ze smokiem wodociągowym, nie znalazła się w potrzebie sprowadzenia wody źródlanej do picia, gdy woda z Wisły, jak woda z Sekwany, okaże się nieodpowiednią do tego celu. (Przypisek Red.).

— Na skutek petycji, wniesionych do austriackiego parlamentu, wiedeńskie kolegium profesorskie ma w czasie najbliższym zająć się kwestyą dopuszczania kobiet do studyów lekarskich. W kołach wydziału zdania w tej sprawie podobno są podzielone (SP. m. W. 10—93).

— Z inicjatywy BILLROTH'a powstał w Wiedniu „związek samarytański“. W dniu 1-m Marca odbył się tam pierwszy międzynarodowy kongres samarytański, mający na celu niesienie pomocy wszędzie, gdzie ona będzie potrzebną (katastrofy, epidemie, powódzie i t. d.). Główne siedlisko mieścić się będzie w Wiedniu, a filie urządzone zostaną w głównych miastach prowincyi austriackich. Związek ma wejść w takie same stosunki z państwem, jakie istnieją odnośnie do „Czerwonego Krzyża“. W razie wojny, związek samarytański oddaje cały swój skład osobisty i przybory na usługi „Czerwonego Krzyża“. Prezesem związku został Prof. BILLROTH. (SP. m. W. 11—93).

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie Członków, odbyć się mające we Czwartek dnia 4 Maja r. b. o godzinie 7½ wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), w celu wysłuchania publicznego zdania sprawy z działań Komitetu Kasy Wsparcia za rok 1892, stosownie do przepisu § 13 obowiązującej ustawy. Oddzielne imienne zaproszenia do Członków rozsyłane nie będą; przeto Komitet uprasza Redakcyę innych pism peryodycznych miejscowych o powtórzenie tego ogólnego zaproszenia. Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. J. Rogowicz*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/94 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu śp. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojeczcy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/94 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

Redakcyja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracyi pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcyi*, lecz do *Administracyi* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

Do dzisiejszego numeru dołącza się prospekt Zakładu Kąpielowego „Krynica“.

REDAKTOR I WYDAWCA **Dr. Henryk Dobrzycki.** Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Дозволено Цензурою. Варшава 15 Апрель 1893 г.

Друк **K. Kowalewskiego.** Królewska 29.