

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Napisał d-r Teodor Heiman. (Ciąg dalszy). — 12 (serya 1) przypadków otwarcia jamy otrzewnej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy. Podał d-r Fr. Stępkowski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 122. Badania na dżumę. 123. Nowy sposób upodabniania mleka krowiego do kobilego. — **Streszczenia zbiorowe.** Dotychczasowe wyniki leczenia tuberkulną TK. — **Odcinek.** Zdrowotna gimnastyka szwedzka. Podał d-r Roman Skowroński. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Sur la casuistique et le traitement chirurgical des complications lethales d'otites suppuratives. 2) D-r Fr. Stępkowski — 12 cas (1-er serie) de laparotomie dans les maladies chroniques des adnexes de la matrice.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Zur Casuistik und chirurgischen Behandlung lethaler Complicationen der eitrigen Erkrankungen des Ohres. 2) D-r Fr. Stępkowski — Zwölf Fälle (1-te Serie) von Eröffnung der Peritonealhöhle mittelst Laparotomie bei chronischen Erkrankungen der Gebärmutteradnexe.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań.

Napisał D-r Teodor Heiman.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 37).

Zanim przejdę do ostatecznych wniosków, do jakich prowadzą przedstawione historye chorób, uważam za właściwe podać krótki opis dwóch przypadków ropnico - posocznicy pochodzenia usznego zakończonych śmiercią, w których otworzyłem zatokę poprzeczną, lecz których sam nie spostrzegałem. Opieram się tu na posiadanych danych z historyi chorób, opis jednak przebiegu choroby wypadnie dość powierzchownie.

Przypadek VIII. Żołnierz, I. M., lat 22 mający, przybył do szpitala z przyczyny zapalenia ropnego przewlekłego ucha środkowego lewego. Po trzytygodniowym leczeniu rozwinęła się u niego gorączka typu ropniczego, przyłączył się silny dreszcz wstrząsający i obrzmienie a następnie zropienie lewego stawu mostko-obożkowego. Chory skarżył się na ból w okolicy potylicowej lewej, boczne ruchy głowy były upośledzone i bolesne; śledziona powiększona; znaczne osłabienie ogólne i lekkie majaczenie. Stan taki trwał przeszło tydzień. Wezwany na naradę

rozpoznałem zakrzep zatoki poprzecznej lewej i ropnico-posocznicę. Przystąpiłem natychmiast do operacji. Wydłutowałem wyrostek sutkowy wypełniony ziarniną i ropą, obnażyłem zatokę poprzeczną na znacznej przestrzeni (3 cm.); opona twarda nie tętniała. Nakłócie jej i aspiracja strzykawką PRAVAZ'a dała wynik dodatni: rozciąłem przeto zatokę na długości 3 cm. i wyciągnąłem z niej gruby zakrzep, barwy żółto-czerwonej, niezupełnie wypełniający zatokę; łyżeczkę wsunąłem do zatoki ku tyłowi, ażeby wydobyć resztę zakrzepu, jakiby mógł tam pozostawać; po usunięciu wszelako małego kawałka pojawiło się krwawienie. Nałożyłem zwykły opatrunek. Operacja dalszego przebiegu ropnicy nie powstrzymała. Chory po operacji przeszedł pod moją opiekę. W rozmaitych odstępach czasu rozwinęły się kolosalne ropnie w okolicy obydwóch barków i w prawej okolicy pośladkowej. W miejscach chęlbocących robiłem szerokie cięcia i wypuściłem niejednokrotnie ropę; ta wszelako szybko, bo już po 24 godzinach na nowo się gromadziła. Chory gorączkował wciąż, gorączka była średnio wysoka ($38,5^{\circ}$ — 39°) z nieznacznymi zwolnieniami rannemi; wychudł w wysokim stopniu; staw obojczyko-mostkowy uległ czasowemu zwicnięciu; przytomność była wciąż zachowana. W takim stanie pozostał chory po operacji przez sześć tygodni. Przez ten czas rana na wyrostku sutkowym i potylicy zagoiła się. Opatrując mu pewnego dnia rany, otrzymałem nagle bardzo silny krwotok z rany pośladkowej; był on nader gwałtowny, lecz na razie tamponem udało go się powstrzymać. Po trzech dniach przystąpiono do usunięcia tamponów, wtedy jednakże powstał krwotok jeszcze gwałtowniejszy. Konsultant chirurg rozszerzył ranę, ażeby odszukać miejsce krwawiące; to się wszakże nie udało i chory po kilkunastu minutach zmarł skutkiem utraty krwi.

Badanie pośmiertne, przy którym byłem obecny, wykazało: całkowite zamknięcie lewej zatoki poprzecznej sznurkiem błyszczącym szklistym koloru, bladego, twardego, złożonym z włóknistej tkanki łącznej; zgorzel i zropienie tkanki łącznej międzymięśniowej i tłuszczowej w prawym pośladku; przetoki ropne sięgały głęboko między mięśnie uda; obnażenie stawu krzyżo-biodrowego prawego; nadżarcie kilku żył w kilku naraz miejscach; ropnie około-stawowe obydwóch barków; zrost lewego stawu obojczyko-mostkowego; bezkrwistość wszystkich narządów wewnętrznych.

Przypadek IX. Dragon, J. K., lat. 23, przybył do szpitala z powodu przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego lewego. Był przez trzy tygodnie w sposób zwykły leczony i z powodu jakoby tyfusu, który się przyłączył do cierpienia usznego, miał być przeniesiony do odpowiedniego oddziału. Przypadkowo tego dnia widziałem chorego i przy bardzo już powierzchownem badaniu przyszedłem do przekonania, że jestto sprawa ropnicza, będąca następstwem sprawy ropnej w uchu; radziłem też lekarzowi, pod którego opieką chory się znajdował, nie przenosić go do oddziału dla tyfusowych, tylko leczyć go według właściwych w takich razach wskazań, t. j. starać się usunąć zakażenie ogólne na drodze operacyjnej. Po pięciu dniach zostałem wezwany na naradę do tego chorego i znalazłem obraz bardzo ciężkiej ropnicy. Chory przez ten czas miał dwa razy dreszcze wstrząsające; twarz zapadła, sinica, zropienie stawu: drugiego u trzeciego palca ręki lewej, prawego łokciowego i prawego kolanowego. Istniała wybitna bolesność okolicy lewego wyrostka sutkowego i okolicy potylicowej lewej, bóle w okolicy wątroby i prawego płuca przy braku w tych narządach zmian podmiotowych, powiększenie śledziony, zaparcie stolca, brak łaknienia, senność i lekkie majaczenie. Przez cały czas istniała gorączka wyraźnego typu ropniczego. Lubo w takich warunkach rokowanie było bezwarunkowo niepomyślne i szanse wyzdrowienia redukowały się do *minimum*, przystąpiłem wszelako natychmiast do operacji otworze-

nia zatoki poprzecznej. Wydlutowałem wyrostek sutkowy i ranę kostną rozszerzyłem ku tyłowi na okolicę zatoki poprzecznej, którą tak w części wstępującej jak i poprzecznej na znacznej przestrzeni obnażyłem; zatoka była biała i pokryta cienką warstwą ropy. Zatokę naciałem na całej przestrzeni obnażonej; była ona całkowicie wypełniona ropiasto rozpadłym zakrzepem koloru brudno-żółtego. Masy zakrzepowe zapomocą łyżeczki usunąłem na całej przestrzeni aż do *torcular Herophili* i do żyły szyjowej; zatokę lekko wytamponowałem gazą jodoformową i ranę opatrzyłem. Jednocześnie otworzyłem ropień na palcu. Z powodu wielkiego osłabienia chorego pozostałe ropnie stawowe miały być opróżnione dopiero na jutro. Na drugi dzień wszelako chęłbotanie we wspomnianych wyżej stawach znikło. Trzeciego dnia zmieniłem opatrunek, rana była zupełnie sucha, blada. Tegoż dnia chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem nie byłem obecny. W protokole sekcyjnym znalazłem między innemi notatkę: zropiały zakrzep w pozostałych częściach zatoki, zakrzep żyły szyjowej wewnętrznej, ropa w prawym stawie łokciowym i kolanowym, *hyperaemia hepatis et renum, infarctus lienis*. Ucho oraz inne zatoki nie były niestety badane.

Epicrisis. Pobieżny opis przytoczonych dwóch przypadków chorobowych poznał nas z postacią ropnicy, gdzie za życia rozpoznano zakrzep zatoki poprzecznej i gdzie tenże przy operacyi został stwierdzony. W pierwszym z tych przypadków wynik dodatni otrzymany po nakłóciu zatoki poprzecznej wielce przyczynił się do rozpoznania właściwego stanu zatoki; w drugim nakłócie to było zbyteczne, albowiem cały szereg innych objawów ani na chwilę nie pozwalał wątpić, że zatoka poprzeczna jest wypełniona rozpadłym zakrzepem. Usunięcie zakrzepu z zatoki poprzecznej i zastąpienie go zakrzepem organizowanym w przypadku pierwszym czyniło dalsze zakażenie z tego miejsca prawie niemożliwym. Chory ten wyzdrowiałby prawdopodobnie, gdyby nie istniało ognisko zakażające w stawie mostko-obończykowym, co było przyczyną ropni przerzutowych w innych stawach i rozwinięcia się t. zw. ropnicy wtórnej. Nawet bez krwotoku stan ten doprowadziłby chorego do śmierci skutkiem wycieńczenia ogólnego. Krwotok należy uważać za następstwo nadżarcia naczyń chorobowo zmienionych, przez czas dłuższy wystawionych na działanie ropy. W przypadku drugim sprawa chorobowa była do tego stopnia posunięta, że, jak już wyżej rzekłem, szanse wyzdrowienia były bardzo małe.

Porównyując te dwa przypadki z tymi, które skończyły się wyzdrowieniem, widzimy, że w tych ostatnich zatoka poprzeczna nie zawierała zakrzepu, z czego wynika, że postaci ropnicy, przy których brak zakrzepu w zatoce poprzecznej, są prawie zawsze śmiertelne, a te, w których zakrzep został usunięty na drodze operacyjnej, więcej aniżeli w połowie przypadków kończą się także niepomyślnie. Klinicznie przeto wypada przyjąć podział ropnicy wikłającej ropienia narządu słuchowego na ropnicę z zakrzepem w zatoce poprzecznej i na ropnicę bezzakrzepową. KRÖNER, HESSLER i BRIEGER przyjmują ropnicę pochodzenia usznego bez współudziału jednej z zatok, powstającą skutkiem bezpośredniego przedostania się drobnoustrojów przez ściany naczyń do krwiobiegu. KÖRNER przyjmuje, że ten rodzaj ropnicy powstaje skutkiem zapalenia małych żyłek kostnych, przez które dostaje się do krwiobiegu ropa z ogniska pierwotnego. Nadto HESSLER przyjmuje jeszcze trzecią postać ropnicy „z przerzutami i częściowem zajęciem zatok“, powsta-

jącą skutkiem tego, że małe zakrzepy wytworzone w żyłach kostnych wrastają do zatoki i oderwane zostają przez strumień krwi.

Autorowie ci są też zdania, że wszystkie przypadki ropnic wyleczonych są to ropnice bezzakrzepowe. JANSEN w dawniejszej pracy swojej wątpi też, czy wiele przypadków wyleczonej ropnicy notowanych w literaturze było w istocie ropnicą zakrzepową; uważa on je za ropnice bezzakrzepowe. W późniejszej pracy swojej dochodzi on do innego przekonania, a mianowicie, że ropnica bez zakrzepu jest niezmiernie rzadka. W ostatnich miesiącach LEUTERT, opierając się na dwunastu przypadkach twierdzi, że dotąd nikt jeszcze nie dowiódł istnienia ropnicy usznej bez jednoczesnego zakrzepu, a jeżeli coś podobnego się zdarza, jest niezmiernie rzadkie.

Według LEUTERT'a zwolennicy ropnicy bezzakrzepowej opierają swoje twierdzenie na następujących danych: 1) ostre zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) jakiegokolwiek kości wywołuje ropnicę za pośrednictwem drobnych i najdrobniejszych naczyń kostnych; dlaczegóżby więc coś podobnego nie mogło mieć miejsca przy ostrych sprawach w wyrostku sutkowym; 2) przy znalezieniu zakrzepu kość przytykająca do niego okazuje się zupełnie zdrową, czyli w tych razach zakrzep rozwinął się już jako następstwo cierpienia *resp.* zakrzepu małych żyłek kostnych; 3) w całym szeregu przypadków chorych zmarłych na ropnicę pochodzenia usznego przy badaniu pośmiertnym zakrzepu nie znaleziono; 4) cały szereg ropnic został wyleczony przez otworzenie wyrostka sutkowego bez operacji na zatokach. LEUTERT stara się zbić te fakty, mające świadczyć o istnieniu ropnicy bezzakrzepowej.

Twierdzi on, że: „analogii między zapaleniem wyrostka sutkowego a zapaleniem szpiku kostnego nie ma, przy ostatnim bowiem istnieje zapalenie na znacznej przestrzeni kości i szpiku kostnego, ten zaś z powodu swego bogactwa w naczynia krwionośne, ich obszerności i znacznej cienkości ścian żylnych przedstawia szczególną skłonność do wchłaniania pierwiastków zakażających przez ściany naczyń chorobowo zmienione. Nadto wiele przypadków ropnicy tej kategorii rozwija się na drodze zakrzepu. Wielkiego znaczenia jest też stopień jadowitości drobnoustrojów przy jednej i drugiej sprawie, która przy zapaleniu wyrostka jest znacznie mniejsza. Możliwość istnienia drugiego punktu L. nie zaprzecza, lecz nie dowodzi to bynajmniej, ażeby zakrzepy żyłek kostnych były w stanie wywołać ropnicę. Nie zawsze udaje się makroskopowo stwierdzić, czy odpowiednia część kości jest zdrowa; świeże bowiem zapalenie kości, przy którym współcierpi ściana zatoki, odznacza się powiększoną czerwonością, która w czasie badania pośmiertnego może zginąć, jeśli warunki odpływu ropy za życia przyjaźnie się ukształtowały. Przy zgorzeli kość jest biała jak przy wysokiem stwardnieniu. Dowodem cierpienia kości mógłby być tylko wynik badania drobnowidzowego. Nie jest też prawdem, ażeby zmiany zapalne w kości sprowadzały zawsze zakrzep w sąsiedniej części zatoki. Najmniej odnosi się to do opuszki żyły szyjowej; w niej zakrzep powstaje nie przez rozszerzenie się zapalenia z kości przylegającej (podstawy jamy bębenkowej), lecz przez drobnoustroje, które powyżej opuszki, najczęściej przez *sinus sigmoideus*, przechodzą przez ściany naczyń i do opuszki się dostają“. (LEUTERT l. c. str. 221. 222).

U chorych zmarłych na ropnicę, gdzie badanie pośmiertne zakrzepu nie wykazało, uważa to L. za dowód, że zakrzep nie zawsze łatwo daje się odszukać, bo jak nowsze badania wykazały, mieści się on nierzadko i wyłącznie w opuszce żyły szyjowej, na którą to okolice, pomimo, że już TROELTSCH

i SCHWARTZ o niej wspominają, od niedawna dopiero zaczęto pilniejszą zwracać uwagę. Mogą też w pewnych warunkach resztki rozpadłego zakrzepu być tak małe, że zostają łatwo niedostrzeżone.

Co się tyczy przypadków wyleczonych ropnic po samem tylko otworzeniu wyrostka sutkowego, to L., opierając się na wyrzeczeniu jeszcze VIRCHOW'a, odkrywcy ropnicy, że po usunięciu pierwotnego ogniska chorobowego zakrzep zapalny zagoić się może, zalicza przypadki tego rodzaju do ostatniej kategorii.

Moje własne doświadczenie skłania mię do odróżnienia ropnicy bezzakrzepowej od zakrzepowej. Nie przeczę, że brak zakrzepu w zatoce poprzecznej nie wyłącza go w innem miejscu, ponieważ wszelako doświadczenie przekonuje, że większa część przypadków niepomyślnych odnosi się do ropnic, przy których znaleziono zakrzep w zatoce poprzecznej, ponieważ najczęściej, gdzie zakrzepu zatoki poprzecznej nie ma, przypadki takie kończą się wyzdrowieniem, a jak wykazują przytoczone przezemnie lubo nieliczne przypadki, wyzdrowienie jest prawidłem, musimy przeto przyjąć, że w tych razach rzeczywiście nie ma zakrzepu, albo też, że jeśli on się nie znajduje w zatoce poprzecznej, to jest on mniej szkodliwy, co jednak jest mniej prawdopodobne. Dla leczenia odgrywa najważniejszą rolę zakrzep w zatoce poprzecznej, jako najłatwiej dostępny dla rękoczynów leczniczych. Dla mnie oprócz czterech powyżej przytoczonych punktów, które uważam za bardzo przekonujące, dowodem istnienia ropnicy bezzakrzepowej jest nakłócie zatoki i otrzymanie z niej krwi płynnej przy istnieniu niewątpliwych oznak ropnicy. Wprawdzie podług LEUTERT'a wynik ujemny po nakłóciu nie wyłącza istnienia zakrzepu ściennego, ale o takim zakrzepie muszę powiedzieć, że albo go nie ma, albo też ustrój dobrze go znosi, skoro chorzy tego rodzaju prawie bez wyjątku wracają do zdrowia. O ile dotychczasowe moje doświadczenie przekonało mię, to w początkach wystąpienia objawów ropniczych lub ropnico-posocznicowych prawie nigdy nie ma zakrzepu i przez zastosowanie odpowiedniego leczenia można zapobiedz jego wytworzeniu.

Twierdzenie LEUTERT'a, że warunki dla powstania ropnicy przy zapaleniu szpiku kostnego są inne, aniżeli przy zajęciu wyrostka sutkowego, nie wytrzymuje krytyki. Że w wyrostku sutkowym jest daleko mniej naczyń, aniżeli w szpiku kostnym, że zatem przez nie dostać się może do krwiobiegu niewiele toksyn i drobnoustrojów, jest twierdzeniem czysto teoretycznem. Wprawdzie niewielkie ilości toksyn ustrój może z siebie wydzielić, gdy jednakże do niego dostawać się będą coraz nowe ilości tych trucizn, musi nastąpić chwila przeładowania ustroju, *resp.* rozwoju zakażenia ogólnego, bez względu na to, czy dróg wchłaniających jest więcej lub mniej. Wyzdrowienie przy dowiedzionym i rozpoznanym zakrzepie w zatoce poprzecznej zdarzyć się wprawdzie może, ale należy do bardzo nielicznych wyjątków, a prawdę powiedziawszy, nie ma do-
tąd niewątpliwego przypadku tego rodzaju.

(D. n.).

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

12 (serya I) przypadków otwarcia jamy otrzewny przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy.

Podał d-r Fr. STĘPKOWSKI.

(Dokończenie.—Zob. N. 37).

Sp o s t r z e c z e n i e VIII. *Hydrosalpinx bilateralis. Degeneratio ovariorum.*

A. S., lat 47, przybyła dnia 9. IV. 96. r. Zameżna od 28 lat. Pierwsza miesiączka w 16 r. życia po 7 dni, co 4 tygodnie. Ostatnia miesiączka przed 3 tygodniami. Rodziła dwoje czesnych dzieci; oba porody były kleszczowe. Ostatni poród przed 15 laty, przedwczesny, w siódmym miesiącu. Po porodach zwykle po kilka tygodni leżała w łóżku, jednakże ani pijawek, ani lodu nigdy na brzuch nie miała stosowanych. Czuje się chorą dopiero od pół roku; od tego czasu ma uczucie rozpierania, gniecienia, jakiegoś ciężaru w jamie macicy.

Jest to osobnik lat 47, średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiany. Ze strony płuc, serca i narządów brzusznych nic osobliwego zauważyć nie można.

Przy badaniu przez pochwę i ściany brzuszne wyczuwa się w dole biodrowym lewym guz wielkości pięści dorosłego człowieka; z prawej strony również guz wielkości głowy noworodka, umieszczony w jamie DOUGLAS'a; macica nie powiększona, wypchnięta przez ten ostatni guz ku górze i przodowi. Ruchomość tych guzów jest bardzo ograniczona; chębotanie dość wyraźne. Przystąpiłem do operacji w mniemaniu, że będę miał do czynienia z torbielami jajników, nie przypuszczając, żeby mogła być puchlina trąbkowa tak dużych rozmiarów.

11. IV. 96. *Koeliotomia abdominalis.* Lewy guz okazał się przyrośniętym do tkanek otaczających, leżał w dole biodrowym i sięgał daleko ku podżebrzu lewemu. Guz prawy był umieszczony w jamie DOUGLAS'a, daleko mocniej przyrośnięty do кишки prostej i do kości krzyżowej. Koniec brzuszny jajowodów zrośnięty z jajnikami. Płyn wypuszczony był przezroczysty, surowiczy. Po wyłuszczeniu obu worków, jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny pomyślny; szwy zdjęto 9-go dnia; *prima reunio*. Przez kilka dni po operacji wydzielina krwawa z macicy. 24. IV. wypisana jako zdrowa.

W tym przypadku twierdzenie MARTIN'a sprawdziło się w zupełności, ponieważ z lewej strony trąbka była w końcu macicznym niezmienną na przestrzeni 2 cm., z prawej zaś strony około 6 mm. Jajniki nieco powiększone przedstawiały drobnotorbielowate zwyrodnienie. Guz z lewej strony umiejscawiał się w dole biodrowym, ponieważ nie mógł już pomieścić się w małej miednicy z powodu jej zwężenia w wymiarze przednio-tylnym do 8 $\frac{1}{2}$ cm.

S p o s t r z e ż e n i e IX. *Kystoma ovarii sinistri multiloculare, contorsio pedunculi.*

G. B., przybyła po szpitala 14. IX 96. Zameężna od 20 lat. Pierwsza miesiączka w 13 r. z dużemi boleściami. Urodziła 6-ro dzieci czesnych, z których troje żyje. Raz tylko ronila. Ostatni poród przed 10 laty. Miesiączki były zawsze prawidłowe. Już od dwóch lat zauważyła chora powiększenie się brzucha. Przed dwoma tygodniami z niewiadomej przyczyny zjawily się boleści w dole brzucha, dreszcze i zapaść. Bóle trwały przez cały tydzień, obecnie już ustały i chora czuje się lepiej.

Osoba średniego wzrostu, lat 39, dobrze zbudowana, blada, dość dobrze odżywiana; narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Badanie przez pochwę wykazuje macicę w silnem przodozgięciu, przyciśniętą do spojenia łonowego, nie powiększoną; przez sklepienie tylne powyżej macicy można zaledwie z trudem wyczuć guz elastyczny. Zgłębnik maciczny przenika do jej jamy na 8 cm.

Guz *in situ dorsali* wypełnia jamę brzuszną niezupełnie, t. j. od góry nie dosięga *scrobiculi cordis* na szerokość dwóch palców; od dołu można włożyć z obu stron palec pomiędzy guz i *lig. Fallopii*; z boku daje się guz wyraźnie odgraniczyć *in reg. lumbali*. Guz ten nie jest mocno napięty i można go bardzo słabo poruszać z góry na dół i z jednego boku na drugi. Skóra na guzie swobodna, daje się łatwo ująć w fałdy i poruszać. Przy opukiwaniu na miejscu guza wszędzie odgłos tępy, w okolicy zaś lędźwiowej z jednej i drugiej strony i od góry nad guzem jest pas dający odgłos bębenkowy; pas ten jednakże z prawej strony jest większy niż z lewej. Przy dotykaniu wyczuwa się chębotanie nie dość wyraźne; napięcie wszędzie jednostajne. Wymiary: od *scrobiculum* do *symphysis* 35 cm.; od *spina ilei anter. sup.* do pępka z jednej i drugiej strony 19; od *scrobiculum* do pępka 16; od pępka do *symphysis* 19.

8. X. *Koeliotomia abdominalis*. Operacji dokonał prof. Kosiński. Okazało się, że była to torbiel wielokomorowa lewego jajnika ze skręconą szypułką i z tego powodu zawartość torbieli była surowiczo-krwawa; w niektórych mniejszych torbielach płyn był czysto krwawy. Zrosty z siecią, kiszka miennymi dość słabe. Szypuła była raz jeden skręcona około swej osi w odległości 3 cm. od macicy. Stan pooperacyjny pomyślny. *Prima reunio*. Wypisana jako zdrowa.

Częstość skręcania bywa różnie u różnych autorów podawana. ROKITANSKY na 58 badań pośmiertnych znalazł 8 przypadków skręcania szypuły t. j. 14%; OLSHAUSEN 65%; SPENCER-WELLS 2%; THORNTON 8,5%. Skręcenie przed operacją wogóle rzadko tylko było rozpoznane. Na 13 przypadków skręcenia szypuły opisanych przez THORN'a tylko 5 razy rozpoznano trafnie. Według PARISOT'a na 14 przypadków rozpoznano skręcenie tylko 4 razy jeden. Trudność rozpoznania powstaje wskutek tego, że objawów niekiedy może być brak zupełny szczególnie, jeśli takie skręcenie odbywa się bardzo powoli, lub też objawy mogą być tak nieznaczne, że chora zupełnie nie uskarża się na żadne dolegliwości. Bywa i tak, że objawy są, tylko błędzimy, nadając im mylne tłumaczenie. Ogólny objaw dla skręceń, ostre zapalenie otrzewny, bywa tylko przy skręceniu szybko występującem, jak również i powiększenie nagłe guza. Zresztą płyn w torbieli o szypule skręconej może nie być krwawy. Również i przy ostrem skręceniu może brakować objawów charakterystycznych. Ponieważ częściej przebieg skręceń bywa powolny, więc i objawy nie występują tak wybitnie. Zrosty guza bywają tak częstem następstwem

skręceń szypuły, że SCHRÖDER uważa obszerne zrosty (po zapaleniu otrzewny) za prawdopodobną oznakę poprzedniego skręcenia szypuły.

Sp o s t r z e ż e n i e X. *Cystis urachi?*

W. Z., przybyła do szpitala 10. V. 95. r. Zawsze prawie zdrowa, rodzeństwo ma zdrowe. Pierwsza miesiączka bez bólów, później 7 dni co 4 tygodnie. Zameężna od 6 lat; urodziła czworo czesnych, żywych dzieci. Ostatni poród przed sześciu tygodniami. Nosząc w swem łonie ostatnie dziecko, zauważyła, że brzuch jest znacznie większy, niż podczas ciąży poprzednich, stąd wywnioskowała, jak również i jej znajome, że porodzi bliźnięta. Jednakże bliźniąt nie było, a brzuch po porodzie pozostał duży i takim jest do chwili obecnej.

Chora lat 27-iu, wzrostu średniego, mizerna; narządy wewnętrzne w porządku. W położeniu na grzbiecie brzuch znacznie wypukła się w okolicy pępkowej, a stąd pochyła się kolisto w okolice lędźwiowe. Objętość brzucha na wysokości pępka 92 cm.; od wyrostka mieczykowatego do pępka 16, od pępka do spojenia łonowego 19, od pępka do ości przedniej górnej z każdej strony po 17 cm. Guz ma wygląd owalu, którego objętość w okolicy podpępkowej jest znaczniejsza, aniżeli w nadpępkowej. Ściany brzuszne nie przesuwają się po guzie, który jest zrestą zupełnie nieruchomy we wszystkich kierunkach. W okolicy lędźwiowej prawej i lewej i ponad guzem jest przestrzeń szerokości dwóch palców z odgłosem bębnowym. Guz jest mocno napięty, elastyczny, wyraźnie drży, nieco bolesny przy badaniu; chęłboce i faluje przy uderzaniu.

Badając przez pochwę, znajdujemy: macica dość duża, ruchoma, umieszczona jest wysoko i odtyłu; część jej pochwowa miękka, nieduża, *coloboma oris uteri*; przez lewe sklepienie wyczuwa się guz chęłbocący, elastyczny; ruchy nadawane guzowi od góry nie udzielają się macicy. Stan bezgorączkowy. Po zachloroformowaniu chorej, poprowadzono cięcie od pępka do sklepienia, nie dochodząc doń na dwa palce poprzeczne. Torbiel okazała się zrośniętą z przednią ścianą brzuszną zapomocą mocnych sznurków, które niełatwo było oddzielić. Po rozcięciu torbieli wypłynęła jej zawartość barwy brunatnej, surowicza, w ilości około 5 litrów. Tylne ściany worka były tak mocno zrośnięte z kiszka, że niepodobieństwem było oddzielić je od siebie; w ten sposób cała jama otrzewna była zupełnie oddzielona i z kiszka podczas operacji zupełnie nie spotkaliśmy się; ręka wprowadzona do jamy torbieli wyczuwała te zrosty z kiszka. Ściany worka miękkie, flakowate, rwą się w rękach, jakby zgniłe. Guz określono jako *cystis ovarii sinistri(?)*. Po wymyciu jamy torbieli rozcynem kwasu bornego, wypchano ją gazą, brzegi zaś torbieli zszyto z brzegami rany brzusznej. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Z powodu obfitej wydzieliny opatrunki zmieniano codziennie.

23. VI. Rana się zagoiła i chora opuściła szpital uzdrowiona i dotychczas jest zdrowa.

Przypadek ten jest dość niejasny. Ponieważ ani z kiszka ani z innymi narządami brzuszными nie spotkaliśmy się podczas operacji, można więc było słuszne zrobić przypuszczenie, czy nie mieliśmy do czynienia z torbielą powstałą z pomocownika, z wysiękiem otorbionym w jamie otrzewnej, albo z torbielą jajnika o skręconej szypule i znacznymi zrostami.

W dostępnej mi literaturze znalazłem opis sześciu przypadków niewątpliwych torbieli pomocownika.

na otrzewnej ściennej, jako też i na guzie były błony białe, grube na 5 mm.; dawały się one dość łatwo oddzielać kawałkami i zapewne były błonami włóknikowemi, ponieważ przy rozpatrywaniu pod światło nie zawierały żadnych naczyń.

Następnego dnia, 29. IX, ciepłota 38,0° C. Mocz odchodzi w dużej ilości, tętno 100.

30. IX. Upadek działalności serca; tętno 130; ciepłota 38,5°.

2. X. Nastąpiła śmierć przy objawach wzmagającej się niedomogi sercowej.

S p o s t r z e ż e n i e XII. *Hernia inguinolabialis sinistra; ektopia tubae et ovarii.*

M. K., lat 27, niezamężna, przybyła do szpitala 27. II. 96 r. W 14 roku pierwsza miesiączka, później 3 do 4 dni, co 4 tygodnie, bez bólei. Odbyła trzy porody, ostatni przed dwoma laty. Już w młodych latach chora zauważyła, że w okolicy pachwinowej lewej zjawiał się i ginął jakiś guz, który zresztą żadnych dolegliwości nie sprawiał. Przed trzema laty guz znowu zjawił się, pozostawał przez dwa miesiące, następnie znowu zginął, ostatni raz pojawił się przed trzema tygodniami. Zawsze była zdrowa, żadnych połogowych chorób nie przechodziła; upławów nigdy nie miewała. Jest to osoba średniego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiana; narządy wewnętrzne w porządku.

W okolicy pachwinowej lewej widoczny jest guz 13 cm. długi i 7 cm. szeroki, z kierunkiem od zewnętrznego otworu kanału pachwinowego do górnego brzegu większej wagi sromnej; guz ten, więcej podłużny niż kulisty, jest mocno napięty; skóra na nim nie zmieniona; wymacywanie wykrywa głębokie chelbotanie; odgłos wypukowy stłumiony; przeświecania guza niema.

Badanie przez pochwę bez uśpienia chorej nie było możliwe.

Nadzwyczaj trudno było rozstrzygnąć, z czym właściwe mieliśmy do czynienia; rozpoznanie wahało się pomiędzy wodniakiem uchyłka Nuck'a, przepukliną pachwinową z zawartością sieci, z wypadnięciem jajnika, z wylewem krwawym do wargi sromnej większej, lub wreszcie pomiędzy tłuszczakiem lub ropniem opadowym.

Po uśpieniu chorej poprowadzono cięcie wzdłuż całego guza i okazało się, że guzem tym był ropotok trąbki wraz z jajnikiem. Po przewiązaniu jajowodu w końcu jego macicznym guz odjęto, szypułę ściągnięto do rany worka częściowo wyciętego i wszyto, w dolny zaś koniec włożono pasek gazy jodoformowej. Macica nie powiększona przemieszczona na lewo; trąbka w końcu macicznym grubości małego palca z wolna rozszerzała się i po przebiegu 4—5 cm. przechodziła w *pyosalpinx* ku dołowi, która następnie, wznosząc się ku górze, zwężała się powoli. Ściany trąbki były zgrubiałe do tego stopnia, że grubość ich dosięgała 7 mm., tkanka zaś otaczająca trąbkę była nacieczona ropą. Jajnik lewy był nieznacznie tylko powiększony i przedstawiał cechy zwyrodnienia drobno-torbielowatego. Pod ropotokiem trąbki były trzy torbiele zrosnięte ze sobą i oddzielone przegrodami, wielkości każda orzecha włoskiego; zawartość ich zielonkawa, surowicza, przezroczysta i galaretowata.

Przepukliny trąbek i jajników mogą być wrodzone i nabyte; nie różnią się one od siebie niczem innem jak czasem powstania, ponieważ usposobienie w obu razach jest wrodzone. Nabyte najczęściej zdarzają się w połogu przy istnieniu przepukliny pachwinowej kiszkiowej. Ciśnienie tłoczni brzusznej może spowodować, że jajnik znajdujący się w pobliżu wrót przepuklinowych mo-

że wpaść do przepukliny, a za nim trąbka, lub też mogą być one wciągnięte przez trzewia. Z przyczyn uspasabiających do przepuklin wrodzonych jajnika i trąbek zasługują na uwzględnienie spostrzegane w przypadkach BILLARD'a i SCHÖLLER'a ⁷⁾. W pierwszym przypadku u dziecka, które zmarło 26-go dnia po urodzeniu wskutek zapalenia otrzewny, jajnik i koniec brzuszny trąbki znajdowały się wolne w worku przekuklinowym. Otóż staranne badanie wykazało, że więzadło obłe na stronie przepukliny było krótsze, niż z drugiej strony, macica była przechylona na lewo, a nerka po tejże stronie była również przemieszczona przez fałdę otrzewny. W drugim przypadku, u dziewczynki zmarłej 20-go dnia po urodzeniu, było również skrócenie więzadła obłego i przechylenie macicy na bok, w przepuklinie zaś pachwinowej była znaleziona tylko trąbka. Nieprawidłowa zatem krótkość *lig. rotundi* wytwarza usposobienie do powstania przepukliny jajników i trąbek. *Processus vaginalis peritonei* zastępuje tu *gubernaculum Hunteri*.

Co się tyczy owych torbieli pod ropotokiem trąbki, to najbardziej wydaje się prawdopodobnem, że są to albo zwyrodniałe kanały przyjajnikowe, lub też torbiele trąbek dodatkowych. Te jajowody dodatkowe albo mają światło, lub są bez niego, z jamą brzuszną nieraz się łączą, ze światłem trąbki głównej nigdy. Otóż te trąbki dodatkowe mogą nieraz dawać początek torbielom i to tak dużym, że można je przyjąć za torbiele przyjajnikowe. KOSSMANN nawet powiada: „*es ist nicht unmöglich, dass alle sogenannte Parovarialsysten in Wirklichkeit cystisch entartete Nebentuben sind*“. Radzi on nazywać torbiele tego rodzaju: *hydroparasalpinx*. Co do zmian w jajowodzie schorzałym, to mając na względzie grubość jego ścian, kruchość, zawartość ropną w trąbce, nacieczenie ropne w tkance samej ściany jajowodu, możnaby zrobić przypuszczenie, że to była gruźlica trąbki, chociaż drobnowidz tego nie potwierdził.

Pozostaje wreszcie na tem miejscu miły dla mnie obowiązek serdecznie podziękować Sz. d-rowi Fr. NEUGEBAUEROWI za tak zawsze uprzejme i chętne pozwolenie korzystania z materiału szpitalnego.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

122. WYSSOKOWICZ i ZABOŁOTNY. **Badania nad dżumą.** W. i Z. w r. b. wysłani byli przez rząd rosyjski do Bombaju w celu badań nad dżumą. Materiał zebrany przez nich przy oględzinach pośmiertnych ludzi zmarłych na dżumę pozwolił im wyróżnić dwie postaci tej choroby: 1) dżumę z dymienicami i 2) dżumę bez dymienic zewnętrznych, przebiegającą pod postacią zapalenia płuc swoistego. W przypadkach z dymienicami inne gruczoły chłonne są powiększone, lecz dymienice pierwotne odróżniają się od wtórnych swoją wielkością, nacieczeniem tkanki łącznej otaczającej, barwą szaro-żółtą, albo ciemno-różową, konsystencją miękką i zawsze dużą ilością laseczników swoistych. Inne gruczoły i narządy nie zawierają tyle laseczników dżumy, ile dymienica pierwotna. Cechy te, według autorów, pozwalają zawsze odróżnić sprawę pierwotną od wtórnej bądź w gruczołach, bądź w płucach. Jeżeli znajdujemy dużą ilość laseczników swoistych w częściach płuc dotkniętych tem cierpieniem i w gruczołach oskrzelowych, które zazwyczaj są obrzmiałe, nie można wątpić o istnieniu pierwotnego zapalenia płuc. Przy pierwotnem zapaleniu płuc niekiedy oprócz swoistych laseczników, można otrzymać

⁷⁾ MARTIN. Die Krankheiten der Eileiter. 1895.

WOLFF ⁵⁾ w 1873 r. podał opis spostrzeganego przez się przypadku i trzech przypadków spostrzeganych przez HOFFMANN'a w Bazylei. DÖSSEKER opisał przypadek spostrzegany i operowany przez KRÖNLEIN'a. W tym przypadku brzuch był powiększony jak w dziewiątym miesiącu ciąży; najwięcej był wypuklony brzuch na linii środkowej, w okolicach zaś lędźwiowych znacznie mniej. Chelbotanie wyraźne, na prawo i lewo odgłos bębnowy; macica ustawiona wysoko, jajników wyczuć nie można. Torbiel okazała się zrośniętą ze wszystkich stron; żadnej szypuły nie było. Przechodziła ona nie do miednicy, lecz ku dołowi do wierzchołka pęcherza moczowego. Otrzewna nie była nigdzie otworzona; wszystka zawartość jamy brzusznej była poza tylną ścianą torbieli. Ani jajników, ani trąbek, ani macicy podczas operacji nie było widać. Cała ta duża torbiel była umieszczona ze swą zawartością pomiędzy ścianami brzucha i otrzewną ścienną.

ROSER w 1877 r. ogłosił dardzo ciekawą pracę tyzczącą się danego przedmiotu. Powiada on; „jeśli we wczesnym okresie znajdujemy w podbrzuszu torbiel naprężoną ku przodowi, od przodu zrosłą, u kobiet naciskającą macicę, a rosnącą powoli, to możemy przypuszczać, że to jest torbiel pomocznika“. Oczywiście te wskazówki nie są charakterystyczne. Torbiele te dopiero dość późno zauważyć można. W pierwszym przypadku HOFFMANN'a chora już w młodych latach zauważyła nieco za grubych brzuch, lecz dopiero w 24-ym roku życia torbiel zaczęła sprawiać jej dolegliwości. W przypadku opisanym przez DÖSSEKER'a dopiero w 40-ym roku życia zaczęły się dolegliwości, w przypadku zaś WOLFF'a w 31-ym roku, chociaż chora już znacznie wcześniej zauważyła nieznaczne zgrubienie.

Spostrzegano torbiele sięgające poza pępek i umieszczone z boku od linii białej. LUSCHKA ⁶⁾ objaśnia to niezwykle zjawisko w ten sposób, że puste przestrzenie *in liq. vesicae medio* u dorosłych nie są foremne, lecz przedstawiają liczne wypustki mniejsze lub większe, postaci okrągławe, przypominające budowę gruczołów gronowych. Wypustki takie bywają najczęściej z boku, mają szeroką podstawę, lub szypułę; z biegiem czasu niektóre z nich mogą się oddzielić i wytworzyć torbiele samodzielne.

Wewnętrzna powierzchnia tych torbieli, jak to wykazał Wurtz i inni, jest pokryta nabłonkiem wielowarstwowym, ściany zaś torbieli składają się z tkanek łącznej i obfitej ilości włókien mięsnych gładkich, przeważnie podłużnych.

Dla rozpoznania stanowczego torbieli pomocznika należy: 1) określić i wykazać umieszczenie jej przed otrzewną i brak związku z jakimkolwiek narządem wewnątrzotrzewnowym, 2) wykazać właściwą budowę histologiczną ścian torbieli. Nadzwyczaj ważne znaczenie w celach rozpoznawczych miałyby odnalezienie jajników. Można by w tym celu, idąc za radą SIMON'a, włożyć pod chloroformem całą rękę do odbytnicy i wy badać zawartość małej miednicy.

Możnaby przypuścić w naszym przypadku torbiel jajnika, lecz w każdym razie niewielokomorową, ponieważ te ostatnie zawierają płyn kleisty, ciągnący się w nici, a w naszym przypadku płyn był surowiczy i nie lepki. Brak szypuły wyłącza możliwość jej skręcenia. Również nie można zgodzić się z przypuszczeniem, żeby to miała być torbiel jednokomorowa więzadła szero-

⁵⁾ Beitrag zur Lehre von den Urachus - Cysten. Marburg. 1873 r.

⁶⁾ LUSCHKA. Virchow's Archiv. 1862. T. 23.

kiego, *cystis parovarui*, któraby się rozwinęła zewnątrzotrzewnowo, ponieważ trudno jest uwierzyć, by torbiel, powstając od dołu, rozwijała się następnie w ścianach brzusznych poza otrzewną. Zatem pozostałoby tylko przypuścić torbiel jednokomorową bez szypuły ze znacznymi zrostami z przednią ścianą brzuszną. Takie torbiele bez szypuły, które odżywiałyby się przy pomocy naczyń sieci, krezki i kiszek są bardzo rzadkie i były dwa razy opisane przez SPENCER-WELLS'a i raz jeden przez BARRAT'a. Wielkość torbieli, zapach i wygląd zawartości, brak zresztą wszelkiego związku z pęcherzem moczowym przemawia przeciw *diverticulum vesicae urinariae*.

Nakoniec, co się tyczy możliwości jakiegoś wysięku otrzewnowego otorbionego, lub worka przedotrzewnowego z bąblowcem, to brak odpowiednich badań drobnowidzowych uniemożliwia niestety rozpoznanie stanowcze.

Sp o s t r z e ż e n i e XI. *Kystoma proliferans glandulare ovarii dextri. Ascites. Mors.*

M. K., przybyła do szpitala 25. IX. 96. r. Zameężna od 36 lat. Pierwsza miesiączka w 16 r. bez bólesci. Rodziła 6-ro dzieci chesnych, żywych, z których żyje dwoje. Ostatni poród przed dziewięciu laty. Od 9-ciu lat *climax*. Powiększenie brzucha zauważyła od 5-ciu lat. Z powodu bardzo utrudnionego oddechania zrobiono chorej przed pięciu tygodniami przekłócie. Obecnie brzuch znacznie znowu powiększył się, co właśnie skłoniło chorą do zapisania się do oddziału.

Chora lat 57, średniego wzrostu, budowy prawidłowej. Narządy wewnętrzne w porządku; w moczu zaledwie ślady białka; ciepłota 39°, tętno 100; brzuch bardzo dużych rozmiarów: obwód na wysokości pępka 132 cm., od wyrostka mieczykowatego do pępka 45, od pępka do spojenia łonowego 33; od ości górnej przedniej do pępka po obu stronach 28 cm.; brzuch bardziej jest wydatny w okolicy nadpępkowej i łukach podżebrowych, niż w okolicy podpępkowej. Ściana brzucha nie obrzękła; wyraźne chęłbotanie i drżenie; guzów w jamie brzusznej wymacać nie podobna. Odgłos na całym brzuchu wszędzie tępy: na bok chora ułożyć się nie może z powodu ogromnych rozmiarów brzucha. Pochwa obszerna, macica mało ruchoma, część pochwowa prawie zanikła: przez-sklepienie tylne można wyczuć odcinek worka wypełnionego płynem.

Rozpoznano *kystoma ovarii*. Ze względu na kolosalnych rozmiarów brzuch i utrudnienie w oddechaniu wypuszczono naprzód płyn z jamy otrzewny. W tym celu otworzono jamę DOUGLAS'a i wypuszczono ze trzy garnce płynu zielonkawego, surowiczego, przezroczystego, przyczem można było zauważyć otrzewną bardzo zgrubiałą, na wewnętrznej powierzchni pofałdowaną, barwy stalowej, tak że trudno było rozpoznać, czy to była wewnętrzna powierzchnia torbieli, czy też otrzewna. Po wypuszczeniu płynu ranę zaszyto. Teraz dopiero można było wymacać w jamie brzucha, szczególnie ponad pępkiem, jakieś twarde guzy usadowione w okolicy wątroby i w podżebżu prawem. Po przecięciu ścian brzusznych w smudze białej wylało się z jamy otrzewny jeszcze ze cztery litry płynu takiegoż jak powyżej. Po usunięciu płynu przedstawił się nam guz o nierównej powierzchni, sięgający aż do przepony. Guz ten składał się z bardzo wielu guzów oddzielnych, różnej wielkości i z rozmałą zawartością: w jednych był płyn kleisty, czekoladowy, w drugich jasny, przezroczysty, w innych śluzowy. Guz ten stosunkowo łatwo dał się wyłuszczyć, ponieważ zrosty z narządami sąsiednimi były dość słabe. Waga guza około 12 funtów. W górnej części jamy brzusznej tak

wykazały, że ostatni, jakkolwiek zwłóczy nieco z działaniem, sprawia się jednak należycie w płynie, zawierającym 1‰ Na_2CO_3 i mniej, trypsyna zaś działa zadawalająco nawet przy 0,5‰ Na_2CO_3 . Z pięciu odnośnych doświadczeń okazało się, że w serwatce rozpuściło się białka

pod wpływem zaczynu podpuszczkowego	0,77‰
„ „ „ „ i trypsyny	1,17‰
„ „ „ „ „ z 0,5‰ Na_2CO_3	1,38‰

Na zasadzie 11 doświadczeń przekonano się, że ilość rozpuszczonego białka rośnie w stosunku prostym do ilości zużytej trypsyny, albowiem rozpuściło się białka

bez udziału trypsyny	0,77‰
przy 0,1‰ trypsyny	0,93‰
„ 0,2‰ „	1,37‰

Następnie okazało się, że największa ilość białka rozpuszcza się przez pierwsze 20 minut (0,25‰), poczem działanie trypsyny stopniowo opada i przez następne 10—20 minut rozpuszcza tylko 0,04‰ białka. Można przeto żadaną ilość rozpuszczonego białka (1,25‰) otrzymać pod wpływem stosunkowo niewielkiej ilości trypsyny w przeciągu pół godziny. Przez tak krótki przeciąg czasu unika się zbyt obfitego napływu rozmaitych drobnoustrojów do mleka, z drugiej zaś strony nie mogą jeszcze powstać rozmaite wytwory rozszczepienia białka, jak leucyna, tyrozyna, hipoksantyna, kwas asparaginowy, tworzą się natomiast łatwostrawne hemipeptony i antypeptony. Po upływie 30 minut rozpoczyna swe działanie zaczyn podpuszczkowy, który ścina resztę nierozpuszczonego jeszcze białka i znosi działanie trypsyny, zabezpieczając w ten sposób od powstania wytworów rozszczepienia białka. W jednym doświadczeniu rozpuściło się w przeciągu 30 minut przed skrzepnięciem mleka 0,30‰ białka, a po skrzepnięciu le dwie 0,03‰.

Co się tyczy soli, których należy użyć dla uwydatnienia działania trypsyny, dokonywano prób z Na_2CO_3 , NaHCO_3 , K_2CO_3 , $(\text{NH}_4)_2\text{CO}_3$, K_2HPO_4 , KHCO_3 , $\text{C}_6\text{H}_5\text{O}_7\text{K}_3$, NO_3K , PO_4K_3 , MgO , $\text{C}_4\text{H}_4\text{K}_2\text{O}_6$, NH_4HCO_3 i okazało się, że najlepiej działają NaHCO_3 i KHCO_3 , jakkolwiek węglan sodu i potasu lub ich mieszanina działa prawie tak samo.

Korzyści z dodawania soli zasadowej do serwatki są niepośledniej wartości, albowiem popiół staje się podobniejszym do popiołu mleka kobiecego, odczyn zasadowy zbliża się do odczynu ostatniego, unika się dodawania zbytnej ilości trypsyny i — co najważniejsza — zapobiega się opadaniu albuminy przy następczem wyjaławianiu mleka. Ilość zasady nie powinna przekraczać 1‰ ze względu na zaczyn podpuszczkowy i na brunatnienie mleka, t. j. na karmelizację cukru mlecznego, zjawiającą się przy wyjaławianiu. Wystarcza zupełnie dla omawianych celów 0,5‰ kwaśnego węglanu sodu lub ilość równoważeniowa innej zasady. Współczesne działanie zasady i zaczynów nie wpływa znacznie na ilość soli w surowicy. Przeciętnie mleko zawiera 0,74‰ soli, serwatka z zaczynem podpuszczkowym 0,60‰, a serwatka z trypsyną 0,577‰. Ilość soli jest jednakże o 0,3‰ większą, niż w mleku kobiecym, na co nie należy zwracać uwagi ze względu na brak danych, przypuszczających lub stwierdzających szkodliwe oddziaływanie nieco większej zawartości soli na ustój dziecięcy.

Dla określenia stosunku, w jakim brać należy zasadę, trypsynę i zaczyn podpuszczkowy, dolewa się do świeżego mleka zbieranego, zaprawionego zaczynem podpuszczkowym, tyle mleka, by się ono ścięło po 30 minutach. Następnie do określonej ilości mleka dodaje się tyle zaczynu podpuszczkowego, by się ono ścię-

ło po 30 minutach, do takiej że ilości mleka dodaje się zasady (0,5‰), znaną ilość zaczynu podpuszczkowego i dowolną ilość trypsyny. W powstałej serwatce określa się ilość białka i dodaje się trypsyny dopóty, dopóki ilość rozpuszczonego białka wynosić będzie 1,25‰.

Przygotowanie tego pożywienia dla niemowląt jest proste. Do mleka zbieranego, ogrzanego do 40° C., t. j. ciepłoty najwłaściwszej dla fermentacji, dodaje się określoną ilość mieszaniny zaczynowej sproszkowanej. Zasada ułatwia działanie trypsyny, pod której wpływem natychmiast zaczyna się rozpuszczanie i peptonizacja sernika tak, że w pół godziny rozpuszcza się 1,25‰ białka, poczem ścina się nierozpuszczona reszta sernika pod wpływem zaczynu podpuszczkowego. Po 30 minutach niszczy się działanie zaczynów zapomocą rozgrzania mleka do 80° C. i oddala osad cedzeniem lub centryfugą. Następnie dodaje się śmietanki, zawierającej 3,5‰ tłuszczu i 0,5‰ sernika; 1‰ cukru mlecznego dodaje się w celu zachowania stosunku cukru w mleku kobiecym. Wreszcie rozlewa się otrzymane mleko we flaszki i wyjaławia.

Dla uniknięcia mozolnych badań w celu przekonania się, czy zachowano odpowiedni stosunek części składowych we wszystkich preparatach mleka, określa się tylko ilość tłuszczu i dolewaniem bądź to śmietanki, bądź też serwatki wyrównywa brak lub nadmiar tłuszczu.

Mleko trypsynowe przewyższa pod względem wartości odżywczej wszystkie dotychczasowe preparaty: zawiera o wiele więcej białka rozpuszczonego, aniżeli mieszanina serwatki ze śmietanką, zawiera między innymi steatolityczny zaczyn gruczołu trzustkowego, jak i preparat VOLTMER'a, przygotowywany zapomocą dodawania do mleka wyciągu trzustkowego, jest o wiele pożywniejsze, aniżeli mleko rozcieńczone wodą i tańszy, albowiem nie wymaga dodawania wielkiej ilości cukru mlecznego, wreszcie zaleca się on strawnością: odczyn biuretowy wykazuje w nim obecność peptonu, czego w mleku czystym nie ma. STUTZER robił doświadczenia z sokiem sztucznym żołądkowym. Okazało się z nich, że przeciętnie strawia się białka:

w zwyczajnem mleku niezbianem	75,17‰
w mleku tłustem	87,22‰
w mleku trypsynowem	91,5‰

Różnica ta występuje jeszcze wyraźniej, gdy zamiast 200 cm. sz. sztucznego soku żołądkowego wziąć tylko 100, albowiem strawność białka

zwyczajnego mleka krowiego wynosi	66,0‰
mleka trypsynowego	88,4‰
a w jednym doświadczeniu nawet	96,1‰

Należy jeszcze zaznaczyć, że mleko trypsynowe nie posiada osobliwego smaku i wyglądu i że wyjaławia się bez żadnych trudności. Ilość drobnoustrojów w niem jest już przed wyjałowieniem stosunkowo mniejsza, aniżeli w mleku zwykłym, albowiem przed wyjałowieniem wynosi ona w 1 cm. sz.

mleka niezbianego	725,000
mleka, zmieszanego z wodą, śmietanką i cukrem mlecznym	820,000
a mleka trypsynowego	390,000

(Eine neue Methode die Kuhmilch der Frauenmilch ähnlicher zu gestalten).

Maksymilian Kraushar

diplokoki TALAMON-FRAENKEL'a lub paciorkowce. Różnica jednakże pomiędzy zapaleniem płuc, wywołanem przez zarazek dżumy a innemi, jest bardzo charakterystyczna; sam wygląd ognisk przemawia za ich pochodzeniem. W celu wyjaśnienia istoty dżumy, dróg, któremi zarazek dostaje się do ustroju, W. i Z. przystąpili do doświadczeń nad małpami. Doświadczenia te wykazały, że małpy są bardzo wrażliwe na działanie zarazka dżumy. Jeżeli zastrzyknąć niewielką ilość hodowli pod skórę, można zauważyć, że po upływie 1—2 dni ciepłota ciała podnosi się do 40,5—41,5° C., tworzą się dymienice pod pachą i obrzęk w miejscu zastrzyknięcia. Małpy umierają 4—5 dnia; obraz choroby ten sam, co i u ludzi. W dymienicach pierwotnych znajdowano bardzo dużą ilość laseczników swoistych; były one również w śledzionie i we krwi w daleko jednak mniejszej ilości, lecz w większej w porównywaniu z tem, co mamy u człowieka.

Co się tyczy dróg, któremi zarazek dostaje się do gruczołów i płuc, jest nią według autorów skóra.

Na zakończenie swej pracy W. i Z. podają wyniki leczenia surowicą i próby szczepień ochronnych małp, zarażonych przez zastrzyknięcie hodowli dżumy pod skórę.

Do doświadczeń użyto 96 małp. Wyniki te są: 1) surowica YERSIN'a może leczyć małpy chore, jeżeli leczenie było rozpoczęte po upływie dwóch dni od chwili zarażenia i jeżeli objawy dżumy są już bardzo wyraźne — podwyższenie ciepłoty, dymienice i t. d.; 2) leczenie surowicą nie jest skuteczne, jeżeli rozpoczęto je bardzo późno; 3) ilość surowicy potrzebna do wyleczenia małpy nie jest zbyt wielka; średnio wystarcza 20 cm. sz. o sile 1 : 10; 4) niekiedy przy użyciu małej ilości surowicy, lub przy zastosowaniu jej dość późnem, można otrzymać wyniki pożyteczne, pozornie jednak tylko, ponieważ po nich często występuje nawrót; zwierzęta wtedy giną po 15 — 17 dniach; 5) odporność nabyta zapomocą wprowadzenia 10 cm. sz. surowicy YERSIN'a lub 5 cm. sz. szczepionki HAFKIN'a trwa zaledwie 10—14 dni; 6) odporność nabyta zapomocą szczepień hodowli na agarze, ogrzewanej przy 60° C., występująca dopiero po 7 dniach, trwa bez porównania dłużej; 7) przy szczepieniu dużej ilości hodowli ogrzewanej zwierzę słabnie i staje się wrażliwszem na dżumę; 8) można zarazić małpy przez drogi oddechowe, wprowadzając im hodowlę dżumy do tchawicy zapomocą zgłębnika; małpy po 2—4 dniach padają przy objawach typowego zapalenia płuc; 9) w tych przypadkach we krwi i śledzionie znaleźć można niewielką ilość laseczników dżumy, gdy w częściach płuc, dotkniętych tą sprawą i w gruczołach oskrzelowych bywa ich znaczna ilość, podobnie jak i u ludzi; 10) małpy są bardzo wrażliwe na zarażenie przez skórę, do żołądka zaś uspięnej małpy można wprowadzić hodowlę zapomocą rurki gumowej bez wywołania jakichkolwiek bądź objawów.

Z surowicą, otrzymaną z Instytutu Medycyny doświadczalnej, autorowie ci mieli te same wyniki.

Badając krew ludzi w okresie zdrowienia, W. i Z. zauważyli, że posiada ona własności aglutynacyjne względem laseczników swoistych. Własność ta występuje jednakże nie wcześniej, jak 7 dnia, wzrasta podczas 2, 3 i 4 tygodnia, następnie stopniowo się zmniejsza. Krew chorych zmarłych w okresie ostrym lub podczas 1 tygodnia nie posiada tych własności. Stosując surowicę u ludzi, można zauważyć pewne jej działanie. Po zastrzyknięciu surowicy ciepłota obniża się, senność i bredzenie znika, chory czuje się lepiej. Wyniki są jeszcze nie zadawalające, śmiertelność jednakże nie przewyższa 40%. Na wysoką odsetkę śmiertelności wpływa późne wstępowanie chorych do szpitali (najczęściej ma to miejsce 3, 4 lub 5-go dnia choroby) i osobnicza wrażliwość na zakażenie, o której istnieniu W. i Z. mieli

możność przekonania się u małp. Ponieważ oprócz laseczników dżumy mogą być pneumokoki lub paciorkowce, wyjaśnia to trudność wyzdrowienia po stosowaniu surowicy. Pomimo tego surowica musi być uważana za jedyny środek przy leczeniu dżumy.

(*Annales de l'Institut Pasteur* N. 8. 1897).

Wł. P.

123. BACKHAUS. Nowy sposób upodobnienia mleka krowiego do kobiecego.

Z odnośnych badań dokonanych przez KOENIG'a, PFEIFFER'a, JOHANESSEN'a, CAMERER'a, SOLDNER'a i in. wynika, że mleko kobiece zawiera przeciętnie wody 88,25%, białka 1,75%, tłuszczu 3,5%, cukru mlecznego 6,25% i soli 0,25. PFEIFFER wykazał, że białko mleka kobiecego składa się z albuminy i sernika. Stosunek pierwszej do drugiego podług KOENIG'a ma się, jak 1,26 do 1,02, z ogólnej przeto ilości białka 1,75% przypada na albuminę 0,96%, a na sernik 0,79%. Wziąwszy pod uwagę różnice jakościowe, zachodzące pomiędzy sernikiem mleka krowiego i kobiecego, doświadczalnie wykazane przez LANGGARD'a, MAKRIŚ'a, RADENHAUSEN'a, SCHMIDT'a, MEIGS'a, WRÓBLEWSKIEGO, PFEIFFER'a i BIEDERT'a, nie będziemy przy racjonalnem sztucznem żywieniu niemowląt zalecać 0,79% sernika mleka krowiego, a znacznie mniej, np. około 0,5% (jedynie tylko w celu stopniowego przyzwyczajania ustroju do przyswajania mleka krowiego, które wszak stanowi podstawę żywienia starszych nieco dzieci), resztującą zaś ilość 1,25% białka wypełnić należy albuminą lub podobnem do niej albo do peptonu ciałem białkowym.

Pierwotne próby osiągnięcia omawianej ilości białka w mleku krowiem zapomocą zgęszczenia serwatki do $\frac{4}{5}$ objętości w i następczego dopełnienia śmietanką nie prowadziły do celu.

Obecnie zwrócono uwagę na działanie zaczynu podpuszczkowego, pod wpływem którego sernik mleka krowiego ścina się, natomiast inne białka, oprócz parakazeiny, a więc i albumina, łatwiej się rozpuszczają, a ilość soli z 0,7—0,8% spada do 0,5—0,6%. Popiół mleka kobiecego, ilościowo mniejszy od popiołu mleka krowiego, różni się głównie zawartością soli potasowych, gdy w popiele mleka krowiego przeważają fosforany wapnia, które w znacznej części opadają wraz z sernikiem pod wpływem zaczynu podpuszczkowego, jak to widać z następującej tabelki KOENIG'a:

Popiół	Mleko krowie	Serwatka	Mleko kobiece
K ₂ O	24,65	30,77	34,78
Na ₂ O	8,18	13,75	9,16
CaO	22,42	19,25	16,64
MgO	2,59	0,36	2,16
Fe ₂ O ₃	0,29	0,55	0,26
P ₂ O ₅	26,28	17,05	22,74
SO ₃	2,52	2,73	1,89
Cl	13,95	15,75	18,38

Jednakowoż ilość rozpuszczonego pod wpływem zaczynu podpuszczkowego białka mleka krowiego jest zbyt mała, nie przekracza bowiem 0,6—0,8%, usiłowano przeto zwiększyć tę ilość drogą współdziałania zaczynu ścinającego i rozpuszczającego sernik. Z zaczynów proteolitycznych wyłączyć należało te, które, jak pepsyna, ujawniają swe działanie w odczynie kwaśnym, albowiem pod ich wpływem mleko się ścina, a ilość soli pozostaje niezmienną. Z zaczynów działających w odczynie zasadowym najodpowiedniejsza się okazała trypsyna, papajoty-na bowiem posiada zbyt małą siłę fermentacyjną i jest zbyt droga. KUEHNE, HAMMARSTEN i inni wykazali, że trypsyna działa najlepiej w obecności 3—4‰ sody, taka jednak alkalizacja znosi działanie zaczynu podpuszczkowego. Dalsze próby

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Dotychczasowe wyniki leczenia tuberkuliną TR.

Upłynęło zaledwie 5 miesięcy od czasu, kiedy KOCH polecił nowy środek przeciw gruźlicy, tak zwaną nową tuberkulinę TR. Jest to może zbyt krótki przeciąg czasu, ilość poczynionych spostrzeżeń jest również zbyt mała, ażeby można było wyrobić sobie zdanie o wartości tego nowego środka leczniczego. Uważałem jednak za pożyteczne zebrać możliwie znaczną ilość doniesień o stosowaniu tuberkuliny TR, ponieważ sądzę, że na podstawie tego materiału można będzie wyciągnąć pewne wnioski o celowości stosowania nowej tuberkuliny. Dotąd udało mi się zebrać 13 doniesień, obejmujących 115 przypadków, z których 4 przypada na literaturę polską, reszta zaś na niemiecką. Pod względem umiejscowienia sprawy chorobowej powyższa liczba ogólna rozpada się, jak następuje:

gruźlicy płuc nie powikłanej cierpieniami innych narządów.	61	przypadków.
gruźlicy płuc i krtani <i>resp.</i> gardzieli	23	"
cierpien skóry: a) wilka (<i>lupus</i>)	23	"
b) <i>scrophuloderma</i>	1	"
zołzów (<i>scrophulosis</i>)	5	"
gruźlicy ucha	1	"
gruźlicy narządów rodnych kobiecych	1	"

Wszyscy autorowie zaznaczają zgodnie, że po zastrzyknięciu tuberkuliny występuje mniej lub więcej silny odczyn miejscowy i ogólny. Co się tyczy pierwszego, to w miejscu ukłócia powstaje miejscowe zaczerwienienie skóry, połączone z naciekiem tejże i bolesnością. Ból czasem bywał tak znaczny, że chorzy nie zgadzali się na powtórne stosowanie tuberkuliny. Zaburzenia te wyrównywały się po upływie kilku lub kilkunastu godzin, do ropienia nigdy nie dochodziło. Jako odczyn ogólny zjawiały się: gorączka, ból głowy, przyśpieszenie tętna i oddechu, bicie serca, sinica, przyływ krwi do głowy, ogólne osłabienie, poty i uczucie ciągnięcia w członkach. Powyższe objawy nie zawsze towarzyszyły wstrzykiwaniom. W wielu razach ciepłota nie ulegała podwyższeniu. Ostatnie odnosi się do tych spostrzeżeń, gdzie dawkowanie było ostrożne, t. j. gdzie nie podwajano dawki stale, lecz powiększano ją stopniowo o kilka tysięcznych miligrama w początkach leczenia, a następnie o kilka dziesiątych mlgr. I tu jednak zdarzały się takie wypadki, w których chorzy dotychczas doskonale znoszący tuberkulinę, na raz po nowem zastrzyknięciu dostawali dreszczów i gorączki, a różnica ciepłoty wynosiła 2° C. Najwyższą ciepłotę odczynową zanotowano 41,3°. Wogóle gorączka trwała niedługo: czasem jedną dobę, a czasem zaledwie kilka godzin. Dodać należy, że aczkolwiek niektórzy chorzy poprzednio gorączkowali, to jednakże w ciągu kilku lub kilkunastu dni bezpośrednio przed stosowaniem tuberkuliny ciepłota u żadnego z nich nie przenosiła 37,5° C.

Oprócz wahań ciepłoty raz zanotowano pokrzywkę, rozsypaną obficie po całym ciele i nadzwyczaj swędzącą, raz obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych, raz obrzmienie śledziony. Zjawiska te znikły po kilku dniach i więcej się nie powtarzały. Kilka razy wzmiankują autorzy o zaczerwienieniu się starych blizn, powstałych po zropieniu gruczołów, a także o ponownem zaczerwienieniu i obrzmieniu miejsc poprzednich ukłóc. Kilka razy spostrzegano przemijający białkomocz, a dwa razy zanotowano zapaść, wskutek której jeden chory zmarł (LEICK).

Co się tyczy swoistego działania tuberkuliny, to przy gruźlicy płuc i gardzieli *resp.* krtani wybitnego polepszenia nie zauważono nigdzie. Prawda, że niewielka ilość chorych przetrzymała cały cykl zastrzykiwań, który według KOCH'a powinien być uważany za skończony przy jednorazowej dawce 20 mgr. istoty stałej, co odpowiada 20 cm. sz. tuberkuliny. Bezpośrednio po zastrzyknięciu spostrzegano w płucach powiększenie się rzeżeń wilgotnych i obfitsze wykrztuszanie. Żaden z autorów niemieckich nie podaje, żeby wstrzykiwanie tuberkuliny pociągało za sobą wyraźne pogorszenie sprawy chorobowej w płucach. Raz tylko wspomniano o znacznym upadku ogólnego stanu bez możności stwierdzenia w płucach zmian na gorsze. W niektórych razach znikał lub zmniejszał się kaszel i odpluwanie. Kilku autorów nadmienia, że laseczniki w płwocinie znikły, a w 3-ch przypadkach u chorych z nieznacznymi zmianami w płucach nastąpiło jakoby zupełne wyleczenie. Większa ilość chorych przybierała na wadze, u mniejszości ciężar ciała uległ obniżeniu.

Natomiast cztery spostrzeżenia, zamieszczone w literaturze polskiej przemawiają stanowczo na niekorzyść nowej tuberkuliny. Po stosowaniu jej ogólny stan chorych znacznie się pogorszył, a miejscowe zmiany w płucach nie tylko że nie uległy poprawie, lecz przeciwnie sprawa chorobowa szybko postępowała naprzód.

Na owrzodzenia gruźlicze w gardzieli i krtani nowa tuberkulina nie wywiera żadnego wpływu. Chociaż nie spostrzegano nigdy obrzmienia miejsc, uległych owrzodzeniu, to jednak same owrzodzenia nie zmniejszały się wcale, a niektórzy autorowie powiadają wręcz, że używane dotąd metody lecznicze i rękoczyny chirurgiczne dają zwykle wyniki o wiele lepsze. Raz zanotowano pogorszenie: utworzyło się nowe owrzodzenie, a stare powiększyło się.

Tuberkulina TR stosowana w cierpieniach skóry pochodzenia gruźliczego (*lupus*, *scrophuloderma*) i przy ogólnym stanie zołzowym dawała wyniki dodatnie. Owrzodzenia przygajały się, pokrywały zdrową skórą i nie powstawały tak znaczne i szpecące blizny jak te, które powstają przy innem postępowaniu. Dzieci zołzowe, leczone tuberkuliną, przybierały na wadze i ogólny stan zdrowia polepszał się znacznie.

Pozostają jeszcze dwa odosobnione przypadki: jeden, gdzie było cierpienie ucha środkowego pochodzenia gruźliczego, w drugim zaś sprawą gruźliczą dotknięte były narządy rodne kobiece. W pierwszym przypadku wynik był stanowczo niekorzystny. Nie tylko że pierwotne cierpienie nie uległo żadnemu polepszeniu, lecz sprawa chorobowa przeniosła się i na drugie ucho, co autor (MUELLER) przypisuje działaniu nowej tuberkuliny i stanowczo nie radzi stosować jej przy cierpieniach ucha. Natomiast drugi przypadek skończył się bardzo pomyślnie. Wpływ z macicy, w którym pierwotnie znaleziono laseczniki, zmniejszył się i laseczniki znikły zupełnie, a owrzodzenia gruźlicze na skórze nosa i na części pochwowej macicy zagoiły się.

Wogóle, o ile jest mowa o gruźlicy płuc, we wszystkich dotychczasowych doniesieniach daje się zauważyć pewna powściągliwość w wydawaniu sądu. Autorzy nadmieniają wprawdzie o pewnych polepszeniach, lecz jednocześnie zastrzegają się, że przeciąg czasu jakoteż ilość przypadków, leczonych nową metodą, nie są wystarczające, ażeby na ich zasadzie można było wyrokować o skuteczności nowej tuberkuliny. Nawet i w tych razach, gdzie zanotowano polepszenie, nie przypisują go wyłącznie nowej tuberkulinie, lecz zmianie warunków higienicznych i dyetetycznych. Wiadomo, że przy należytem odżywianiu, spokoju i stosowaniu dotychczasowych sposobów leczenia małe, ograniczone cierpienia szczytów płuc ulegają znacznej poprawie. Lecz i w tych razach nie można jeszcze mówić o wy-

leczeniu zupełnem. Zupełnie osobno stoją spostrzeżenia dokonane przez polskich lekarzy: tu autorzy stanowczo potępiają działanie nowego środka. Z drugiej strony polskie spostrzeżenia podają, że w tuberkulinie wykazano obecność licznych drobnoustrojów chorobotwórczych, tymczasem w niemieckich sprawozdaniach tuberkulina była zawsze jałowa.

W kilku spostrzeżeniach znalazłem wzmianki, że tuberkulina TR działa nierówno. Mianowicie preparat, pochodzący z pewnej seryi, powodował już w niezmiernie małych dawkach odczyn znacznie silniejszy, aniżeli pochodzący z innej seryi i stosowany w daleko większej dawce. To też często spotykałem się z przestrogą, żeby przy powtórnych zastrzykiwaniach nie podwajać dawki, jak to zaleca КОСН, lecz powiększać ją bardzo powoli, co szczególniej trzeba mieć na względzie w praktyce dziecięcej. Naturalnie wobec tego nie może być mowy o skończeniu leczenia w przeciągu 29 dni.

Wszyscy jednogłośnie narzekają na niezmierną drożyznę preparatu, który w dodatku łatwo ulega zepsuciu.

(*Deutsche Medicin. Wochenschr. Nr. 28, 30, 34. Przegl. Lekar. Nr. 29 i 30. Gaz. Lek. Nr. 19.*)

K. Zaleski.

ODCINEK.

ZDROWOTNA GIMNASTYKA SZWEDZKA.

Podał **D-r ROMAN SKOWROŃSKI.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 37).

Jak to już wyżej zaznaczyłem, wszelkie ćwiczenia bez przyrządów lubimy podciągać pod miano gimnastyki szwedzkiej, choćby się one nie wiem jak różniły w zasadzie od tej ostatniej. Zakres niniejszej pracy nie pozwala mi rozbierać poszczególnie różnicy pomiędzy oddzielnymi ćwiczeniami gimnastyki szwedzkiej i niemieckiej, nie mogę jednak nie zaznaczyć, że różnica ta istnieje nawet w najprostszych ruchach, w samej postawie gimnastykującego się osobnika. Zasadniczem położeniem przy ćwiczeniach rzędowych jest, jak wiadomo, położenie podstawowe (*grundstelning*). Gimnastykujący się staje prosto z rękami mocno wyciągniętymi w dół; dłonie zwrócone nawewnątrz, paluch ku przodowi, barki, o ile możności, opuszczone nadół i podane w tył, piersi wysunięte naprzód, szyja możliwie wyciągnięta, głowa prosto, wzrok rzucony przed siebie tak, aby płaszczyzna pozioma oczu była równoległa do poziomemu gruntu. Położenie to gimnastykujący się zachowuje ściśle podczas rozmaitych ruchów, np. przy zginaniu się na boki, tułów trzyma się na prawo i lewo w ten sposób, że tworzy z resztą ciała linię łamaną, której kąt przypada na kręgi lędźwiowe, a nie krzywą, nie dopomagając sobie bynajmniej przechyleniem głowy, lub barkami, które powinny zostać w położeniu podstawowem; to samo правило stosuje się przy wykonywaniu innych ruchów. W gimnastyce niemieckiej, gdzie całą uwagę zwrócono na przyrządy, mniej zważa się na postawę i gimnastykujący się, jeżeli trzyma się prosto, trzyma się jednak najczęściej wadliwie, głowę za sztywno albo w ramionach, barki unosi do góry, brzuch wciąga do tego stopnia, że oddech staje się niemożliwym, a w całej postawie widać jakąś sztywność i wymuszoność. Weźmy inny przykład; przy ćwiczeniach mięśni kończyn górnych

(zginanie i wyprostowanie) w gimnastyce niemieckiej postępują w ten sposób: ręce złożone w kułak kładą się na piersiach w okolicy podobojczykowej, przez co uciskają piersi i utrudniają oddech. W gimnastyce szwedzkiej nie może być mowy o ćwiczeniach tamujących oddechanie. Ten sam ruch można wykonać prawidłowo i z większym pożytkiem dla ustroju tak: kończyny górne zginamy w łokciach w ten sposób, że ramiona przylegają z boków do tułowia, a przedramię w zupełnej supinacji układa się nazewnątrz od ramienia w płaszczyźnie czołowej, przy tem ręka zgięta jest nieco w stawie przedramienia-napięstkowym, palce niewyprostowane dotykają zlekka stawu barko-obończykowego. Przy takim położeniu rąk piersi musowo się rozszerzają szczególnie w górnym odcinku i podają się naprzód, a oprócz tego kurczą się zupełnie wszystkie mięśnie wywrotne i zginacze ręki. Palce są wyprostowane, ręka nie zgięta w kułak, ażeby przynajmniej w czasie gimnastyki ćwiczyć zaniedbane mięśnie wyprostne, gdyż z natury naszych codziennych zajęć wypływa, że daleko częściej ćwiczymy zginacze, aniżeli wyprostne, przez co pierwsze otrzymują znaczną przewagę na swoimi antagonistami. Dla tych samych powodów stosują się ćwiczenia korekcyjne Nr. 2 i 5, o których winni pamiętać wszyscy, zmuszeni pracować w położeniu siedzącym i krótkowidze. Jeszcze większą różnicę znajdujemy w sposobach, jakimi się posługujemy w gimnastyce szwedzkiej przy stosowaniu ćwiczeń. Wzmacniać i rozwijać mięśnie *resp.* ustrój możemy w różny sposób, mianowicie: 1) przez powiększanie liczby ćwiczeń, 2) przez powiększanie szybkości wykonywanych ćwiczeń, 3) przez stawianie oporu.

Doświadczenie i spostrzeganie poucza nas, że dla podtrzymywania prawidłowej działalności mięśni musi się kurczyć czyli pracować. Im mniejsza czynność danego mięśnia, tem bywa on słabszy; siła mięśnia powiększa się proporcjonalnie do jego pracy, przy czem powiększa się jego przekrój, a tem samem i objętość. Praca jednak mięśnia, o czem pamiętać należy, może być doprowadzona tylko do pewnego *maximum*; przekroczywszy tę granicę osłabiamy i wyczerpujemy mięsień.

I) Na tej zasadzie, powiększając codziennie liczbę ćwiczeń wszystkich grup mięśni naszego ciała możemy rozwijać i powiększać działalność z warunkiem jednak, aby nie dochodzić do wyczerpania. Ponieważ jedno i to samo ćwiczenie może być powtarzane bez znudzenia jakie 12—15 razy, dlatego w gimnastyce szwedzkiej nie ograniczamy się tylko na tym sposobie, a używamy najczęściej następnego.

II) Powiększanie szybkości wykonywanych ćwiczeń.

Wiadomo, że na wykonanie pewnej pracy w krótszym przeciągu czasu potrzeba zużytkować więcej siły; dlatego też oprócz powiększania liczby ćwiczeń możemy powiększać i szybkość ich wykonania, przez co powiększamy i działalność mięśni. Sposób ten w gimnastyce szwedzkiej stosowany bywa najczęściej przy ćwiczeniach ruchów wolnych, marszu, biegu i fechtunku.

III) Stawianie oporu. Wiadomo z fizjologii (doświadczenia WEBER'a), że siła mięśnia rozwija się przy pewnym stopniowo wzrastającym oporze, który w zupełności powinien odpowiadać sile danego mięśnia, *resp.* sile gimnastykującego się osobnika. Stawiać opór danemu mięśniowi możemy za pomocą a) różnych wag i ciężarów, b) za pomocą ciężaru własnego ciała, wreszcie c) za pomocą siły czyli przeciwdziałania innego osobnika.

W pierwszym razie używano ku temu od niepamiętnych czasów różnych ciężarów, jako to kamieni, lasek, kijów drewnianych, żelaznych, wreszcie hantli. Sposób ten wtedy tylko odpowie zadaniu, jeżeli w miarę wzrastania siły mięśnia będziemy stopniowo zwiększać i opór. Ma on jednak wiele niedogodności i dla tego też w systemie LING'a używanie ciężarów i hantli z gimnastyki zdrowotnej jest

zupełnie wyłączone, a to dla tego, że trzeba by je zmieniać co jakiś czas w miarę wzrastania siły mięśni; w gimnastyce szkolnej używanie ciężarów jest jeszcze trudniejsze, bo, jak doświadczenie poucza, najślabi uczniowie zwykle wybierają najcięższe hantle, doprowadzając tym sposobem mięśnie bardzo prędko do wyczerpania. Wreszcie dwa poprzednie sposoby są daleko łatwiejsze do przeprowadzenia, prostsze i mogą być stosowane nawet w podróży. Przy użyciu pierwszego sposobu poruszamy, czy też podnosimy pewien ciężar siłą mięśni, ciało zaś gimnastykującego się pozostaje na miejscu, przy użyciu zaś sposobu drugiego przenosimy, przerzucamy lub podciągamy siłą mięśni własne ciało do stałego punktu oporu. Ciało nasze możemy jeszcze przerzucać przez przeszkody np. przy wołyżowaniu, przy skokach przez linę, drewnianego konia, rów, płot i t. p. Przy skokach przez te przyrządy szybko zginamy, a następnie wyprostowujemy kończyny dolne i przeskakujemy, czyli przerzucamy nasze ciało przez daną przeszkodę, używając jednocześnie do tego i rąk, jeżeli skaczemy przez konia, sztuczny płot i t. p.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, szwedzi z powodów czysto utylitarnych stosują niektóre ćwiczenia na przyrządach nawet w gimnastyce szkolnej (główna jednak uwaga zwrócona jest na ćwiczenia ruchów wolnych*). Przypisać jednak należy, że czynią to z wielką a wielką ostrożnością, stopniowaniem, pewną miarą i oględnością, zwracając szczególną uwagę na budowę młodego ustroju podczas różnych okresów jego rozwoju, pamiętając zawsze o tem, że ćwiczenia cielesne nie mają na celu kształcenia akrobatów, lecz fizyczny rozwój całego ustroju, który łatwo się wyczerpuje i słabnie pod wpływem ćwiczeń nieodpowiednich jego sile i wiekowi. Dziecko do lat 9-ciu przyjmuje udział tylko w zabawach gimnastycznych. Od lat 9-ciu dopiero zaczyna się właściwa gimnastyka, a ćwiczenia z zawieszaniem na rękach dopiero od 10-go roku życia.

Ćwiczenia te, zresztą jak i wszystkie inne, zaczynają się od najprostszych — wchodzenia na drabinę zawieszoną pionowo; następnie dzieci opuszczają jedną nogę wolno, drugą pozostawiają na szczeblu, a uchwyciwszy jednocześnie obu rękami za wyżej położony szczebel, podciągają ciało do góry, pomagając sobie w tej czynności tą nogą, która jest oparta na szczeblu; lub zawiesza się „bom“, drąg poziomy, tak nisko, że gimnastykującemu się sięga tylko do barku lub połowy ramion. Dżęzek tak ustawiony chwyta uczeń rękami, wyrzuca nogi naprzód, opierając się piętami na podłodze tak, że całe ciało tworzy z poziomem kąt tem ostrzejszy, im „bom“ niżej zamieszczony; w tem położeniu pozostaje dziecko chwilę, ażeby później przerzucić ciało wtył tak, że opiera się znowu końcami palców o podłogę. W miarę wzrastania siły w mięśniach ręki „bom“ jest zawieszany coraz wyżej, dopóki uczeń nie będzie w możności podciągnąć się do „bomu“ wyłącznie siłą rąk bez pomocy kończyn dolnych.

a) Sposób za pomocą oporu ze strony innego osobnika.

Przy użyciu sposobów a) i b) stawiamy opór za pomocą różnych ciężarów i własnego ciała. Skracaniu się mięśni mogą przeciwdziałać i różne elastyczne ciała, jak sznurek gumowy, sprężyny stalowe, będące w powszechnem użyciu we Francji. W podobny sposób działamy siłą mięśni drugiego osobnika. Sposób ten był oddawna praktykowany w Grecji, a obecnie w Szwajcaryi (zapaśnictwo). Ćwiczenia w danym razie polegają na tem: ćwiczący się usiłuje np. zgąć rękę w łokciu, drugi osobnik stawia mu opór i przeszkadza w wykonaniu danego ruchu, czy-

*) Poprzednik obecnego dyrektora Instytutu gimnastycznego w Stockholmie, półkownik NUBLARUS, w podręczniku gimnastycznym wydanym dla nauczycieli wjejskich i instruktorów gimnastycznych pominął ćwiczenia Hängande i wołyżowanie.

li stara się wyprostować jego przedramię. Ruchy takie nazywamy podwójnymi. W przytoczonym dopiero co przykładzie będziemy mieli podwójny ruch współśrodkowy, jeżeli zaś gimnastykujący się wyprostowuje kończynę, a przeciwnik stara mu się ją zgiąć, to taki ruch nazywamy podwójnym ruchem mimośrodkowym.

Sposób ten jest równie niewygodny do stosowania go w gimnastyce zdrowotnej szkolnej z powodu niemożności prawidłowego stopniowania oporu. Nauczyciel musiałby to samo z każdym uczniem wykonywać: uczniowie zwykle przy stawianiu jeden drugiemu oporu, zużytkowują cały zapas swej siły i energii. Mocniejszy przy tem rachuje sobie to za ublżenie, jeżeli nie pokona swojego towarzysza, którego w danym razie uważa za swego przeciwnika, tak że ćwiczenie zamienia się w krótkim czasie w walkę, a nawet i bójkę, co jeżeli się często powtarza, może wpłynąć ujemnie na charakter młodego osobnika, wytwarzając w nim zawziętość i upór. Wreszcie przy ćwiczeniach tego rodzaju nie trudno o uszkodzenia ciała. Za to w gimnastyce leczniczej Szwedzi chętnie się posługują tym sposobem, gdyż opór stawia choremu zwykle lekarz lub wykwalifikowany gimnasta i może go, że tak powiem, dozować z matematyczną prawie ścisłością w miarę wzrastania siły w mięśniach danego osobnika.

Sposób ten wreszcie daje możność lekarzowi oddziaływania wyłącznie na pewne tylko grupy mięśni, które wzmocnić potrzeba, lub do których chce doprowadzić większą ilość krwi w celu odprowadzenia jej od innych narządów. Jeżeli chodzi np. o zginacze przedramienia, wtedy chory wykonywa rękami ruchy współśrodkowe (skraca m. dwugłowy ramienia) z oporem ze strony lekarza, ruch zaś wyprostny wykonywa sam lekarz bez udziału chorego, czyli ostatni zachowuje się przy tem biernie, to jest pozwala sobie lekarzowi rękę wyprostować, aby ją znowu przy powtórnem ćwiczeniu zgiąć z oporem, co nazywamy ruchem czynno-biernym; jeżeli zaś chory po zgięciu ręki nie pozwala jej sobie odrazu wyprostować, lecz stawia opór lekarzowi, kiedy ten robi ruchy wyprostne i rozluźnia powoli m. dwugłowy, ulegając przewadze siły ze strony lekarza, natenczas będziemy mieli ruch czynny i przy wyprostowywaniu ręki ruch ten zupełnie jest podobny do tego, jaki wykonywamy przy podnoszeniu jakiegokolwiek ciężaru do pewnej wysokości i opuszczania go z powrotem. W obu razach wyłączone jest działanie mięśni wyprostnych.

Obok wyżej wymienionych ćwiczeń w gimnastyce szwedzkiej stosują nadto ruchy tak zwane dysharmonijne w celu ćwiczenia nie tylko mięśni, nerwów, ale i pamięci oraz możności wykonywania wielu różnorodnych ruchów jednocześnie, np. wyrzucania jednej ręki do góry, drugiej na stronę. Na komendę: ręce skurcz! uczniowie zginają je w łokciach w ten sposób, jak powiedziano wyżej: następnie lewą rękę w pion, prawą na stronę rzuć! i na odwrót, lub: ręce skurcz (raz), prawą nogę zegnij w kolanie, prawą rękę na stronę rzuć, lewą w pion (dwa) i t. p.

Pomiędzy ćwiczeniami codziennymi osobny numer poświęca się na marsze i bieg, poczem zwykle następuje ogólny spoczynek, trwający kilka minut. Marsze i bieg razem trwają około 5 minut, przyczem na bieg wypada początkowo minuta, półtorej, następnie zwiększa się czas od 5—8 minut (dla starszych). Marsze odbywają się zwyczajnym krokiem, wyciągniętym, krótkim, z wypadami i t. p. a następnie jako przygotowanie do biegu, na palcach. Podczas biegu zważa się na położenie piersi, które powinny być wysunięte naprzód, na ubranie, aby nie tamowało oddechu; głowę należy trzymać prosto, a swobodnie, co pomaga do prawidłowego oddechania. Szczególniejszą uwagę winno się zwracać w gimnastyce szkolnej na piersi. Kręgosłup młodego osobnika łatwo się gnie w części piersiowej, czego nie spotykamy u dorosłych; wskutek tego młodzież bardzo często się garbi, a garbiąc się,

zgina pod kątem leżące z przodu kręgosłupa wielkie naczynia i oskrzela, zmniejszając tym sposobem światło tych ostatnich, tamując krwiobieg i oddechanie prawidłowe. Następnie należy zwrócić uwagę na położenie stóp, które powinny być rozwarte pod kątem 70—90°, (w Szwecyi zwykle 90°), aby tym sposobem dać ciału jaknajwiększą podstawę a przez to i silniejszą podporę. W położeniu podstawowem przy trzymaniu się prawidłowem oś pionowa, zaczynająca się mniej więcej na środku ciemienia, przechodzi przez środek linii poprzecznej, łączącej oba stawy biodrowe i pada w środku równoległoboku, którego boki stanowią wewnętrzne krawędzie obu stóp i linie przeprowadzone w myśli, jedna od palucha prawej stopy równoległe do krawędzi lewej, druga od palucha lewej stopy równoległe do krawędzi prawej. Ciało znajduje się w tem wygodniejszym dla siebie położeniu, im więcej ten równoległobok zbliża się do kwadratu i w tem trudniejszym, o ile kwadrat zbliża się do równoległoboku, wydłużając się czy to w kierunku osi czołowej (poprzecznej) czy też strzałkowej (przedmiotylnej).

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LEUBUSCHER i MEUSER przekonali się w szeregu doświadczeń na kobietach ciężarnych i nieciężarnych, że zdolność chłonnicza błony śluzowej sklepień jest bardzo słaba i przy wprowadzeniu jodku potasu w postaci świeczek, jod występował w moczu w nieznacznych ilościach dopiero po upływie 2—3 godzin; w roztworze wodnym lub glicerynowym wchłanianie szło szybciej. Wobec tych wyników radzą autorzy stosowanie leków w roztworach i dużych dawkach. (Ztschr. f. prakt. Aerzte II. 97).

= PINCUS mniema, że zaparcie przewlekłe u kobiet, o ile nie jest jednym z objawów neurastenii, jest pochodzenia urazowego; zależy mianowicie od uszkodzeń podczas porodu mięśnia unoszącego odbyt (*m. levator ani*). Wskutek wytworzenia się blizn na tym mięśniu odruchowe jego skrótcze nie są w stanie przepchnąć kału do zwieracza kiszki prostej i przemódz jego oporu; dzięki temu zbiera się kał w odbytnicy ponad zwieraczem wewnętrznym i występuje bezwład mięśniowy, powodujący zaparcie przewlekłe. Leczyć je należy metodycznem mięsieniem, mającem na celu wzmocnienie mięśni krocza oraz brzucha. Opisując dokładnie sposób mięsienia, P. dodaje, że udawało mu się wyleczyć w ten sposób w przeciągu 1—2 miesięcy przewlekłe zaparcia, przez dziesięć lat leczone bezskutecznie środkami rozwalniającymi. (Archiv. f. Gynaek. T. 53. Z. 3).

= BLAISDELL dokonał obustronnej kastracyi u młodej kobiety, dotkniętej po rozwiązaniu rozstrojem umysłowym oraz dolegliwościami spowodowanymi przez zapalenie jajników. Po operacyi nastąpiła trwała poprawa zarówno stanu psychicznego jak i fizycznego. (Med. Record. 20. II. 97).

= FUNKE twierdzi, że operowanie mięśniaków macicy przez sklepienia powinno być tylko wówczas dokonywane, gdy mięśniak nie przewyższa objętością głowy donoszonego dziecka i gdy łatwo może być ściągnięty do małej miednicy. W przeciwnym razie należy operować *per laparotomiam*, co jest o wiele łatwiejsze i zupełnie bezpieczne. (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn. T. 36. Z. 1.).

= HOLSTEIN w przewlekłym zaparciu stolca zaleca kreozot bukowy czysty w kroplach dwa razy dziennie po 7—8 kropel w szklance mleka, piwa, wody z winem, albo wody. Dla uniknięcia palenia w gardle należy rozpocząć podawanie kreozotu od jednej kropli, powiększając codziennie dawkę o jedną kroplę. Kreozot winien być dawany długo, w ciągu wielu miesięcy. Usuwa on wówczas nie tylko zaparcie stolca, lecz wpływa dobrze na ustrój kobiet, podnosi łaknienie i poprawia stan ogólny. Pod wpływem kreozotu stolce bywają codziennie wolne i obfite, bez bólesci lub jakichkolwiek objawów podrażnienia kiszek. Kreozot nie działa jako środek czyszczący, lecz usuwa zaparcie, zobojętniając

toksyny (w myśl teorii samozatrucia), porażające ściany przewodu pokarmowego. (La Semaine med. N. 41. 97).

Cz. Sa.

— W Akademii Lek. Paryż. opisał RÖBIN przypadek zatkania jelit kamieniami z salolu wagi ogólnej 4,0; największy u nich ważył 2,8. Pod jakim wpływem chemicznym zmienia się sproszkowany salol w kryształy, nie wiadomo.

— STAWYK stosował w klinice HEUBNER'a tuberkulinę R. u dzieci w pięciu przypadkach i na podstawie tych doświadczeń radzi być bardzo ostrożnym w dawkowaniu tego środka, szczególnie gdy dawka przewyższa 0,002, w jednym bowiem przypadku wystąpiła w 22 godziny po zastrzyknięciu zapasć, którą jedynie na karb tuberkuliny złożyć można było. (Dtsch. Med. Woch. Nr. 30. 1897).

— ARNING przedstawił w Tow. Lek. Hamb. chorego na pryszczycę, spowodowaną przez waniłę. Pracujący nad waniłą dostają wysypki na twarzy, uszach, rękach i kolanach już w pierwszych trzech tygodniach swego zajęcia; znika ona jednak wkrótce bezpowrotnie. (Berl. Kl. Woch. Nr. 23. 97).

— Nutroza (*caseinnatrium*) jest według OPPLER'a jednym z najlepszych

środków zastępujących pokarm mięsny. Zalecać ją należy w blednicy, małokrwistości, cukrzycy, dnie, w przypadkach, gdy chcemy ograniczyć możliwie ilość kału, w chorobach przewodu pokarmowego. Przedstawia ona biały proszek bez smaku i zapachu, spożywana zaś być winna w mleku lub rosole w dawce 10,0 — 20,0. (Ther. Monatsh. Nr. 3. 97).

— BENEDIKT stosował sporysz w moczówce zwykłej i w dwóch przypadkach otrzymał trwały dobry wynik. (Deut. med. Woch. Nr. 27, 1897).

— VAMOSY i FENYVESSY przeprowadzili badania w instytucie farmakologicznym BOKAY'a nad fezyną i kozapryną, związkami kwasu siarczanego i fenacetyny i antypiryny. Środki te posiadają tę wyższość, że są: 1) bardzo łatwo rozpuszczalne w wodzie, dzięki czemu mogą być stosowane podskórnie; 2) działają nader szybko; 3) w porównaniu z antypiryną i fenacetyną są zupełnie nieszkodliwe. Ujemną ich stronę stanowi, że działanie ich nader szybko przemija, co się daje zwalczyć podawaniem kilkakrotnie małych dawek. (Therap. Monatsh. VIII. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Wacław ORŁOWSKI otrzymał pozwolenie na otworzenie w Wilnie stacyi pasteurowskiej i pracowni bakteriologicznej.

— Na zjeździe międzynarodowym w sprawach medycyny sądowej pomiędzy innemi rozpatrywano następujące trzy pytania: 1) w razie, jeżeli lekarz upomina się o swoje honorarium na drodze sądowej, czy ma prawo wobec sądu oświadczyć, jakie choroby leczył? 2) czy lekarz może zawiadomić prokuratora o przestępstwach, których się dopuścił jego chory i o których dowiedział się on podczas leczenia? 3) czy ma prawo lekarz zawiadomić sąd o występku popełnionym przez swojego chorego, jeżeli zapomocą tego zawiadomienia można uniknąć pomyłki sądowej? Co się tyczy pierwszego pytania, zjazd postanowił: w razie upominania się w sądzie o należność za leczenie, lekarz ma prawo mówić o cho-

robie swego chorego tylko w tym razie, jeżeli do chwili wystąpienia do sądu zawiadomił o tem swego klienta i jeżeli przy rozprawach sądowych nie będzie powiedziane nic takiego, co by mogło zaszkodzić imieniu chorego. Co się tyczy drugiego pytania to zjazd postanowił, że lekarz nie ma prawa donosić prokuratorowi o występkach swego chorego. Co do trzeciego pytania, to zjazd również odpowiedział, że lekarz niema prawa donosić o występkach swego chorego nawet w celu poprawienia omyłki sądowej. Może on sąd o tej pomyłce zawiadomić, nie wskazując winowajcy.

— W Brazylii powstał projekt wyasygnowania 220,000 dolarów, z czego połowa ma być dana temu, kto wykryje zarazek żółtej febry i znajdzie sposób rozpoznawania go, druga zaś połowa temu, kto wynajdzie istotny środek leczniczy przeciwko tej chorobie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 4 Сентября 1897 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8'