

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. PANORMOW. Badania patologo-chemiczne narządów w moczówce cukrowej. — M. JAKOWSKI. Grzybki chorobotwórcze. — III. St. JERZYKOWSKI. Przyczynę do leczenia bolesnej miesiączki. — *Przegląd biblijograficzny.* Z dziedziny chorób narządu trawienia z końca roku 1884; z roku 1885, ocenił M. RAJCHMAN [Dokończenie]. — Wiadomości bieżące. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Odpowiedzi Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z PRACOWNI PROFESORA DOGIELA.

I. BADANIA PATOLOGO-CHEMICZNE NARZĄDÓW W MOCZÓWCE CUKROWEJ.

Podał

A. Panormow.

Dnia 2 Października 1885 r. wezwany zostałem do chorego, który gorączkował od kilku dni [od 26 Września]. Przy badaniu znalazłem powiększenie śledziony, nieznaczną bolesność w prawym dole biodrowym i przelewanie. Ze strony kanału pokarmowego zaparcie stolca naprzemian z biegunką, z przewagą pierwszego. Kaszel nieznaczny, odgłos opukowy lekko bębniasty pod lewym obojczykiem i osłabienie oddechu w szczytach płuc. Mierzenie ciepłoty rozpoczęto od 2 Października. Leczenie polegało na podawaniu chininy [1,0 na noc] i wina, obok nacierań octem aromatycznym pół na pół z wodą ciepłoty pokojowej.

Od 25 Października ciepłota opadła do stanu prawidłowego, chory zaczął przychodzić do siebie, łaknienie wracało, wypróżnienia uregulowały się i sen powrócił. Zalecono leczenie wzmacniające. Po trzech tygodniach dowiedziałem się od jednego z kolegów, że chory zgłaszał się do oddziału chirurgicznego kliniki z powodu ropnia w okolicy kąta szczęki dolnej z lewej strony, który to ropień otworzono. Wkrótce potem chory przybył do mnie, skarżąc się na ciągłe łaknienie i częste pozywania na mocz. Przy badaniu znaleziono w moczu ogromną ilość cukru. Na moją prośbę zmarły prof. WINOGRADOW [w którego klinice byłem ordynatorem] przyjął chorego na oddział stały, gdzie przebywał od 30 Listopada do 13 Grudnia.

W czasie pobytu w klinice kaszel powiększył się, nieobfita płwocina zawierała domieszkę krwi, zmiany patologiczne w płucach uwydatniły się ostro, a rana po wzmiankowanej operacji nie goiła się.

W ciągu pierwszych 9 dni, przy pokarmach mieszanych z przewagą ciał białkowych, chory oddawał około 5,510 ctm. sześciennych moczu z 5% cukru, przy wadze ciała około 117 funtów. W następnych 6 dniach, przy wyłącznem użyciu kefitu, ilość moczu wynosiła 6265 ctm. sześciennych z 4.83% cukrem. Waga ciała nie zmieniła się, ciepłota była ciągle prawidłową. Zresztą nie należy zbyt polegać na cyfrach z okresu leczenia kefirem, gdyż po 4-u dniach takiej diety chory przy najmniejszej sposobności wykraczał przeciwko niej.

Chory, bojąc się utracić służbę, opuścił klinikę i jak się zdaje, zmuszony był pracować ciężko, aby czas stracony wynagrodzić.

Chorego nie widziałem do 29 Stycznia. Wieczorem tego dnia wezwano mnie znów do niego; zastałem go w stanie ciężkiej niemocy, z tętnem słabo wyczuwalnem, częstym oddechem, skarżącego się na silny ból w boku lewym. Dowiedziałem się, że chory dnia poprzedniego po kąpieli dostał dreszczów, po których wystąpiła gorączka [40,2° C.]. W dniu przybycia do chorego, ciepłoty zrana nie mierzono, lecz gorączka zdaje się była umiarkowana. Chory został przyjęty wieczorem do kliniki prof. CHOMIAKOWA. Wieczorem o godzinie 8 ciepłota 38,3° C.. Tętno 110, oddech 45, chory chwilami majaczył; w powietrzu wydechanem nie było czuć woni acetonu. O godzinie 8 wstrzyknięto choremu 0,1 kamfory, o godzinie 9 znów 1,0 eteru. o godzinie 1 w nocy powtórnie kamforę. Chory chwilami odzyskiwał niezupełną przytomność i wtedy z chciwością pił podaną wodę sodową ¹⁾ Do godziny 3½ z rana chory wypił 6 butelek tej wody. O godzinie 10½ nastąpiła śmierć. Z nocy zebrano moczu 1200 ctm. sześciennych, z odczynem kwaśnym, ciężar ciała właściwy 1028, ślady białka i 3% cukru. Cukier oznaczano przez titrowanie i aparatem polaryzacyjnym. Mocz nie barwił się półtorochlorkiem żelaza.

Sekcyi dokonał nazajutrz prof. LUBIMOW o godz. 9 zrana.

Waga ciała 48 kilogramów; wzrost 172 ctm., obwód klatki piersiowej 76 ctm., odżywianie słabe. Stężenie pośmiertne wyraźne, zwłaszcza w kończynach dolnych. Zaczerwienienie pośmiertne głównie na tylnej stronie tułowia, po części rozlane, po części w postaci oddzielnych plam. Skóra cienka, blada, mało sprężysta. Tkanka tłuszczowa podskórna mało rozwinięta. Błony śluzowe blade. Żrenica rozszerzona.

Kości czaszki cienkie, przeświecające, śródkości blade. miejscami zupełnie go brak; rowki dla tętnicy oponowej szerokie, płaskie; powierzchnia wewnętrzna czaszki gładka. Opona twarda napięta, na wewnętrznej powierzchni gładka, wilgotna, z lewej strony pokryta unaczynionemi błonami. Łatwo dającemi się zdjąć. Zatoka podłużna mieści w sobie skrzep dosyć duży, na końcach cokolwiek zaczerwieniony. Opona miękka cienka, w brózdach miejscami zmętniała. Naczynia drobne nawet mocno krwią wypełnione.

¹⁾ MINCOWSKI uważa za pożyteczne podawanie alkaliów podczas *coma diabetica*, jakkolwiek teoretyczne podstawy tego postępowania terapeutycznego nie są silne. [Arch. f. experim. Pathol. 1884. str. 35].

Mózg waży 1450 grm., giętkości cokolwiek sprężystej, zawoje dobrze rozwinięte. Naczynia na podstawie mózgu niezmienione. Istota szara prawidłowej grubości, dosyć blada. Istota biała na przekroju pozostaje na jednym poziomie z istotą szarą, przejęta jest nieznaczłą ilością czerwonych kropek i pasków. Komórki boczne puste, nierozszerzone. Sploty naczyniowe blade. Mózdzek, rdzeń przedłużony i most WAROL'a nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Osierdzie zawiera małą ilość mętnej cieczy z kłaczkami włóknika, błona surowicza zmętniała, prawie mlecznej barwy (*pericarditis chronica*). Otwory żylnie i tętnicze serca prawidłowe.

Serce waży 150 grm.; zastawki półksiężycowe aorty cokolwiek zaczerwienione, podobnież w tętnicy płucnej. Zastawki żylnie lewej komórki niezgrubiałe, nasiąknięte krwią; podobny stan w prawej komórce. Grubość ścian serca lewego 1,3 mm., prawego 8,5 mm.. Komórka prawa pusta, lewa mieści w sobie miękkie skrzepy. Wsierdzie niezmienione. Belecзки i mięśnie brodawkowate serca drobne, płaskie, niezgrubiałe; ścięgną ich również niezgrubiałe ani skrócone.

Listki opłucnej zrosnięte w szczytach, zwłaszcza po lewej stronie; w lewej opłucnej mieści się ciecz mętna z kłaczkami włóknika. Gruczoły oskrzelowe płuca lewego obrzmiały i miejscami serowato przeistoczone. W oskrzelach znajduje się ciecz mętna, pienista i błona śluzowa nastrzyknięta. W naczyniach płuc skrzepów nie ma; dokoła naczyń tkanka łączna mocno rozwinięta.

Płuco prawe waży 735 grm.. Płuco lewe opada słabo, zewnętrzna powierzchnia pokryta zbitymi powrózkami włóknikowymi lub lekko przylegającymi takimiż błonkami; przy dotykaniu płuco lewe niejednostajnie twarde; w szczycie wyczuwać można guziki wielkości ziarna grochu; dolne płaty ciastowate, słabo trzeszczące. Na przekroju widzimy miejscami rozmiękle ogniska rozmaitej wielkości, od ziarna konopnego do laskowego orzecha. W szczytach obok ognisk serowatych miejscami dostrzedz można szare guziczki. Płuco prawe opada słabo, wyczuwać można w niem twarde guziki wielkości ziarna grochu. Na przekroju w górnym płacie pokazują się kępki guziczków i ogniska żółto zabarwione.

Położenie narządów w jamie brzusznej prawidłowe. Jama otrzewnej nie zawiera płynu.

Śledziona waży 145 grm.; długość jej 13 ctm., szerokość 7 ctm., grubość 2,8 ctm.. Torebka cokolwiek pomarszczona. Miąższ twardy, na przekroju zmętniały, ceglastej barwy. Belecзки widoczne, ciała MALPIGHI'ego niewydatne.

Żołądek nie przedstawia widocznych zmian. W kiszkaх, w okolicy zastawki BAUHIN'a błona śluzowa miejscami nastrzyknięta, tu i owdzie pokryta wynaczynieniami. Gruczołki samotne wielkości ziarna maku; kępki PEYER'a widoczne.

Żyła główna dolna niezmieniona; żyła wrotna zawiera krew ciemną.

W t r o b a waży 2075 grm.; długość 27 ctm.; szerokość prawego zrazu 19,5, lewego 16,5 ctm.; grubość prawego zrazu 9,4, lewego 5,9 ctm.. Miąższ gładki, twardy, niejednostajnie zabarwiony. W lewym zrazie na zmętniałem ceglastem tle rozsiane żółte wysepki wielkości ziarna grochu. Zraziki widoczne.

Trzustka niezmieniona.

Nerki ważą: prawa 325, lewa 235 grm.; długość prawej i lewej 13 ctm., szerokość 6,8 ctm., grubość 3,2 ctm.. Powierzchnia nerek gładka; miejscami dostrzedz się dają prosówkowate szare guziczki. Torebka zdejmuje się miejscami trudno. Warstwa korowa w lewej nerce na powierzchni nakrapiana, *venae stellatae* mocno nastrzyknięte. Kora nerki prawej cokolwiek zmętniała, ostro odgraniczona od podstawy piramid. Te ostatnie nastrzyknięte. Brodawki niezmienione. Miedniczki, moczowody i pęcherz moczowy prawidłowe; pęcherz pusty.

Przy badaniu *d r o b n o w i d z o w e m*, po dodaniu jodu, w wątrobie występuje odczyn na glikogen; w nerkach odczyn ten ujawnia się na granicy istoty korowej i piramid.

Badanie *c h e m i c z n e* rozpoczęto o godzinie 11, t. j. w 24,5 godzin po śmierci. Będąc obecnym przy sekcji, starałem się o to, aby narządy były wyjmowane czystymi rękami; krew, splukiwano wodą, poczem narządy osuszano bibułą. Z każdego narządu brano część ważącą 50,0 grm. dla wyciągnięcia wrzącą wodą i traktowania 6% KHO. W jednym i drugim wyciągu oznaczano glikogen; w wodnym wyciągu także cukier. Cukier oznaczany był tylko jako ściowo sposobem zaleconym przez WORM-MUELLER'a ¹⁾. Obecność glikogenu przyjmowano tylko wtedy, gdy po strąceniu białka odczynnikiem BRUECKE'go, osadzeniu filtratu alkoholem, i rozpuszczeniu otrzymanego osadu w wodzie, otrzymywano ciało barwiące się jodem na kolor czerwony, znikający przy wrzeniu i występujący napowrót po ostudzeniu. Ciało to osadza się alkoholem, a przy wrzeniu z H_2SO_4 wydaje substancję redukującą CuO.

Ponieważ nie można było zbadać od razu wszystkich narządów, przeto niektóre z nich pozostawiono do następnego dnia w chłodnej izbie [ciepłota niżej 0] w porcelanowych naczyniach napełnionych śniegiem, a wstawionych w miednicę ze śniegiem. Płuca przechowywano w bezwodnym wysoku.

Przyczyną dla czego oznaczałem glikogen i w wodnym wyciągu i w potażowym roztworze narządów była ta okoliczność, że wiadomem mi było, na podstawie własnych poszukiwań, iż glikogen najlepiej wyciąga się z tkanek za pomocą alkaliów. Z drugiej strony oznaczenie glikogenu w wodnym wyciągu uważałem za konieczne dla porównania wyników otrzymanych przezemnie z wynikami poszukiwań na trupach dyjabetyków, dokonanych przez GROHE'go, JAFFE'go, KUEHNE'go i ABELES'a. W wyciągu wodnym mózgu znajdowano także ciało barwiące się jodem na niebiesko, odkryte przez JAFFE'go w mózgu prawidłowym i u dyjabetyka, moje atoli poszukiwania w tym kierunku nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

W płucach oddzielnie badałem miejsca nacieczone i stosunkowo zdrowe, z powodu tego, że KUEHNE i SOTNICZEWSKI znajdowali w płucach przy zapaleniu glikogen i bez cukromoczu, a zwłaszcza obficie u dyjabetyków [jak i GROHE]. Istotnie nie można zaprzeczyć, iż w częściach płuc nacieczonych znajduje się

¹⁾ W MÜLLER und HAGEN. Ueber die Reduktion des Kupferoxyd mittelst des Traubenzuckers in alcalischer Flüssigkeit i drugi ustęp w 22 T. PFLÜGER's Archiv i 27 T. PFLÜGER's Archiv.

więcej glikogenu, chociaż w naszym przypadku sprawa w płucach była przewlekła.

W załączonej tablicy zestawilem swoje poszukiwania z badaniami innych autorów. Toż samość przypadków zauważyć się daje tylko w obserwacyi KULZ'a, w trzech ABELES'a i w moim, mianowicie wszyscy chorzy zmarli przy objawach *coma diabeticum*. W przypadku JAFFE'go najbliższa przyczyna śmierci nie jest oznaczona; chory GROHE'go zmarł z zapalenia prawego płuca i obrzęku płuc.

W narządach, które badałem, ilość glikogenu i cukru była bardzo mała i dlatego analizę ilościową pominęto, z wyjątkiem wątroby, w której oznaczono 0,58% cukru.

W dołączonym zestawieniu znak „+” wskazuje, że glikogen został znaleziony, znak „—” że nie; puste miejsce oznacza, że badania nie wykonano.

Wniośki: 1) W wątrobie, śledzionie i nerkach glikogen mógł być wykazany dopiero po działaniu na te narządy alkalijskimi; prawdopodobnem jest zatem, że w niektórych przypadkach z dawniejszych badań narządów dyjabetyków, glikogen nie został wykazany jedynie z powodu niedostateczności sposobu wyciągania wodą, którym się posługiwali wszyscy dotychczasowi badacze.

2) Obecność glikogenu w naszym przypadku w mózgu, nerkach, śledzionie uważam za zjawisko nieprawidłowe, gdyż w fizjologicznym stanie tych narządów u dorosłych glikogen nie daje się wykazać, jeżeli w tym celu użyto wody wrzącej, lub działano na narządy 6% potażem, jak się przekonałem w doświadczeniach na psach.

Przypadki.	Wątroba.		Mięś- nie.		Mózg.		Zdro- we płuca.		Płuca w stanie zapale- nia.		Śle- dziona.		Nerki.		Jądra.		Kiszki.		Serce.	
	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	c.	gl.	e.	gl.	c.
1			—	—	+	+			—	+	—	—	—	+	—	—				
2			—	+	—	+	?	+			+	—								
3			?	—			?	—	—	—	—	—	—	—						
4											—	+	—	+						
KÜHNE . .	—	+	—	+	—		+	+	+		—	+	—	+	—					
GROHE . .	+	+	—	—	+	—	—		+	+	—	+	—	+					—	+
1			+		—	—					+	—	+		—					
2			+								+		+							
3					—	—									+					
Wyciąg wodny	—	+	—	—	?	+	—	—	—	+	—	—	—	+					—	—
Wyciąg alkaliczny	+		—		+		—	—	—		+		+				—		—	

Prócz tego, przesięk z lewej jamy opłucnej oraz żółć zawierają cukier.

L i t e r a t u r a.

GROHE. Der Chylus ein Ferment. [Centralblatt f. d. med. Wiss. 1864. str. 870.]

SOTNICZEWSKI. Ueber d. Zusammensetzung des Lungengewebes bei croupöser Pneumonie. Ztschr. f. physiol. Chemie. Tom 4. str. 217. r. 1880.

KÜHNE. Virch. Archiv. T. 32, str. 536.

JAFFE. Ueber das Vorkomen Zuckerbildender Substanzen in den Organen der Diabetiker. Virch. Arch. T. 36.

ABELES. Glykogenehalt verschiedener Organe in *coma diabeticum*. Centralblt. f. d. med. Wissensch. 1885, str. 449.

II. GRZYBKIE CHOROBOTWÓRCZE

Napisał

M. J a k o w s k i

b. ordynator kliniki dyagnostycznej.

XII. Bakteryje chorobotwórcze znajduwane u ludzi, a niezupełnie do tej chwili zbadane.

Do tej kategorii mikroorganizmów chorobotwórczych zaliczyć wypada te wszystkie bakteryje, które, jakkolwiek znajduwane stale w pewnych cierpieniach, nie zostały dotąd szczegółowo zbadane, o których nie można w obecnej chwili powiedzieć, że je znaleziono, wyhodowano poza ustrojem i za pomocą nich wywołano odnośne cierpienia.

Laseczniki przymiotowe (*Bacill. syphilitici*).

Pasorzyty te wykrył poraz pierwszy LUSTGARTEN w roku ubiegłym. Są to drobne laseczniki, bardzo co do swej postaci zbliżone do gruźliczych i trądowych. Kształt mają albo prostych, albo w części zagiętych i niemal skręconych laseczek, długości 3—4, a szerokości 0,8 mkrm..

Kontury tych laseczek nie są zupełnie proste, lecz nieco zazębiane, jakby zlekka karbowane, końce zwykle nieco zgrubiałe. Laseczniki przymiotowe zawierają po 2 do 4 błyszczących, owalnych, nie barwiących się punktów, rozrzuconych w różnych miejscach w przebiegu laseczki; są to najprawdopodobniej zarodniki tego pasorzyty. W 16 badanych przez się wytworach przymiotowych [stwardnienia pierwotne, gummata i guziki (*papulae*) przymiotowe, oraz wydzieliny z takowych] LUSTGARTEN stale znajdował swe laseczniki, przy tem zwykle więcej we wcześniejszych okresach cierpienia. Nigdy laseczniki przymiotowe nie leżą swobodnie wśród tkanki lub płynu, lecz znajdują się zawsze po kilka w komórkach, dwa razy większych od ciałek wędrujących i posiadających owalne jądra; w pierwotnym stwardnieniu widział je LUSTGARTEN pośrodku naczyń chłonnego i w ciałkach wędrujących. Ważnym bardzo jest fakt, że LUSTGARTEN znalazł te laseczniki w gummatach u noworodka w przymiocie odziedziczonym.

Próby hodowli po za ustrojem, a więc i szczepienia laseczników przymiotowych pozostały dotąd bez skutku.

Pasorzyty przymiotowe posiadają swą reakcję mikrochemiczną, zbliżoną do tej, jaką mają laseczники gruzlicze i trądowe, polegającą na trudnem i powolnem barwieniu się, lecz dość stosunkowo trwałem zatrzymywaniu barwy. Opis szczegółowy sposobu barwienia za pomocą płynu EHRLICH'a i odbarwiania w 1,5% roztworze nadmanganianu potasu i kwasie siarkawym, a także różnicę zachowania się tak zabarwionych laseczników przymiotowych względem kwasu azotowego, w porównaniu z lasecznikami gruzliczemi i trądowemi, podałem już w rozdziale IV niniejszej pracy, pisząc o lasecznikach trądu. Sposób ten jest stosunkowo dość trudny i kłopotliwy. Wkrótce po ogłoszeniu pracy LUSTGARTEN'a zjawily się głosy badaczów, którzy nie odkrywszy metodą jego istotnych pasorzytów przymiotowych, zastosowywali inne swe własne sposoby badania i na zasadzie tych badań twierdzą, że laseczники podobne do LUSTGARTEN'owskich, a znajduwane przez nich w wytworach przymiotowych, znaleźć można i w niektórych wydzielinach wcale nie przymiotowej natury. Do takich badaczów należy DOUTRELEPONT, a także ALVAREZ i TAVEL; ci ostatni identyfikują laseczники LUSTGARTEN'a z drobnemi lasecznikami, znajdującemi się w mazidle napletkowem (*smegma praeputii*) i w wydzielinie między dużemi i małemi wargami sromnemi. Poszukiwania jednak GIACOMIE'go, GOTTSTEIN'a, KLEMPERER'a i MATTERSTOCK'a potwierdzają rezultaty otrzymane dotychczas przez LUSTGARTEN'a. KLEMPERER podaje bardzo ważną różnicę między lasecznikami LUSTGARTEN'a a lasecznikami znajdowanemi w mazidle napletkowem: pierwsze odbarwiają się w wysoku bardzo trudno, drugie natychmiast, w stosunku zaś do mocnych kwasów odwrotnie, pierwsze odbarwiają się bardzo łatwo, drugie dość stosunkowo trudno. MATTERSTOCK, a także WEIGERT, pod kierunkiem którego pracował LUSTGARTEN, zaznaczają, że jakkolwiek nie ma dotąd zupełnie skończonej metody dyjagnostycznej dla laseczników przymiotowych, to jednak znaczenie ich etyologiczne zdaje się nie ulegać najmniejszej kwestyi.

Co się tyczy jeszcze metody barwienia, to oprócz sposobu LUSTGARTEN'a, istnieje jeszcze bardzo dobry sposób, zastosowany pierwotnie przez GIACOMI'ego, a następnie i przez GOTTSTEIN'a. Skrawki barwione w ciągu 24 godzin w wodnym roztworze fuksyny [preparaty na szkiełkach przykrywkowych barwią się na ciepło w ciągu kilku minut], obmyć trzeba w wodzie przekroplonej, z dodatkiem paru kropel półtorachloru żelaza, następnie poddać działaniu, stężonego półtorachloru żelaza przez kilka sekund, opłukać w wysoku, a następnie obezwodnić i zprzezroczyć jak zwykle. Laseczники przymiotowe będą zabarwione na czerwono, lub czasem, jak zaznacza GOTTSTEIN, na ciemnofioletowo, wszelkie zaś inne pasorzyty tracą swą barwę.

W N-rze 12 „*Forscht. d. Med.*“ z roku bieżącego, znajduje się streszczenie pracy KASSOWITZ'a i HOCHSINGER'a, stanowiące przyczynek do etjologii przymiotu; rezultaty jej są sprzeczne z pracami LUSTGARTEN'a. Znaleźli oni w 4 przypadkach przymiotu odziedziczonego u bardzo małych dzieci, we wszystkich wytworach przymiotowych, a zwłaszcza w bąblicy przymiotowej (*pemphigus*) i w przymiotowem zapaleniu kości i chrząstek, mikrokoki układające się w łań-

cuszki, barwiące się bardzo dobrze według metody GRAM'a. Mikrokokki te siedzą przeważnie w naczyniach, a także wśród tkanki, w komórkach nigdy ich nie widziano. Jest to jednak, jak dotąd, spostrzeżenie pojedyncze.

Laseczniki powodujące błonicę (*Bacill. diptheritic.*).

Z kolei przechodzimy do drobnoustrojów znajdujących przy błonicy. Prace na tem polu były dotąd tak liczne, że rozbiór ich mógłby sam przez się stanowić przedmiot oddzielnego studjum. Walka ze straszną tą chorobą pobudzała wielu autorów do poszukiwan nad jej przyczyną i do ostatniego prawie czasu spotkać się można z najróżnorodniejszymi zdaniami w tej kwestyi, jakkolwiek bez chwili wątpienia trzeba przyjąć, że przyczyną błonicy są drobnoustroje chorobotwórcze. OERTEL opisał znajdujące się w błonach błonicowych i narządach wewnętrznych mikrokokki, najczęściej układające się w łańcuszki i uważał je za przyczynę błonicy. Później KLEBS widział oprócz tychże koków i laseczniki. Dopiero jednak praca LOEFFLER'a [1884] dała pewniejsze poglądy w kwestyi etjologii błonicy, gdyż badania jego były poparte hodowlami i doświadczeniami na zwierzętach. LOEFFLER widział w błonach błonicowych dwa rodzaje pasorzytów: laseczniki i mikrokokki, układające się w łańcuszkach; pierwsze mógł wykazać tylko w błonach, drugie zaś i w narządach wewnętrznych. Na zasadzie swych doświadczeń, które zaraz opiszę, LOEFFLER przypuszcza, że istotną przyczyną błonicy są laseczniki, mikrokokki zaś są wyrazem zakażenia wtórnego. Laseczniki widywał [na 27 badanych przypadków] tylko w pierwotnych okresach wytwarzania się błon błonicowych, w późniejszych zaś, gdy sprawa przechodziła w zgorzel koagulacyjną, widywał albo same tylko mikrokokki, albo z bardzo małą ilością laseczników.

Laseczniki błonicowe LOEFFLER'a są tej samej wielkości co i gruzlicze, nieco tylko od tych ostatnich grubsze; na obu końcach posiadają zgrubienia i miejsca te barwią się silniej aniżeli środek pasorzyta; osobniki dłuższe składają się jakby z oddzielnych krótszych członków. Ciepłota 60° C. zabija je. Hodowle najlepiej udają się w cieplecie wyżej 20° C.; trzymane w ciągu 7 tygodni w cieplecie 37° C. nie tracą swych własności życiowych. Na żelatynie rosną pod postacią małych białawych punkcików, lecz rosną dość powoli. Daleko szybciej rosną na gruncie odżywczym, złożonym z 3 części surowicy cielęcej lub baraniej, 1 części buljonu cielęcego, do których dodano 1% [w stosunku całej mieszaniny] peptonu, 1% cukru gronowego i $\frac{1}{2}$ % soli kuchennej; na tym gruncie już we 2 dni [w cieplecie 37° C.] tworzą grubą, białą masę i na około niej oddzielne białawe punkciki. Myszy okazują się odpornymi na te laseczniki, wprowadzenie zaś pod skórę świnkom morskim i małym ptakom [kanarkom np.] wywołuje śmierć zwierzęcia; w tkance podskórnej i w opłucnej powstają nacieczenia krwawe. Przeniesiony na zdrową błonę śluzową kurom, gołębiom i królikom, nie wywołuje żadnego cierpienia, zaszczepiony zaś na błonie uległej zapaleniu, lub jeśli na takowej znajdują się jakiegobądź zniszczenia nabłonka, albo ranki, powoduje obrzęk błony, wywołuje nacieczenia krwawe i rozwój błon błonicowych. Doświadczenia podjęte w tym kierunku ze wspomnianymi mikrokokkami, dawały

tylko rozległe zapalenia, lecz bez wytworzenia charakterystycznych dla błonicy błon fałszywych. Laseczniki napotymane przy błonicy najlepiej się barwią płynem LOEFFLER'a, skład którego opisany został szczegółowo w jednym z poprzednich rozdziałów.

Mikrokokki zakaźnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych

(*Micr. mening. cerebro-spinalis epidemicae*).

Pasorzyty przy zapaleniu zakaźnem opon mózgo-rdzeniowych widzieli KLEBS, EBERTH, LEYDEN, CORNIL, wreszcie MARCHIAFAVA i CELLI [1884]. Ci ostatni znajdowali je zawsze tylko w oponach miękkich i w wysięku z takowych; badanie innych narządów [serca, śledziony] nie wykazywało nigdy mikrokoków zapomocą barwienia słabym wysokowym roztworem błękitu metylenowego. Mikrokokki te przeważnie owalnego kształtu, pojedyncze lub złożone po dwa, leżą swobodnie wśród wysiękowego płynu, lub też po kilka do kilkunastu w komórkach śródbłonkowych; w tkance opony miękkiej siedzą wśród ciałek wędrujących i również w komórkach śródbłonkowych. Dotąd nie wyhodowano ich po za ustrojem.

Mikrokokki żółtej febry (*Micr. febris flavae*).

Straszne to cierpienie, panujące w strefach gorących, już z warunków, w jakich powstaje i z objawów, może być uważane jako typ cierpienia zakaźnego, zależnego od pasorzytów. Dotąd jednak, z wyjątkiem pracy BABES'a, który w dwóch, z ogólnej liczby badanych przez się 6 przypadków, znalazł mikrokokki [0,6—0,7 mkrm średnicy] układające się w długie nitki, nie ma żadnych pewniejszych danych w tej kwestyi. Mikrokokki BABES'a wypełniają naczynia krwionośne wątroby i śledziony, już to tworząc w nich czopki, już to grudki przylegające do ścian naczyń; one to mają być powodem zmian w ścianach naczyń, wylewów krwawych i zapaleń, oraz obumierania sąsiedniej tkanki. W jednym z numerów Gazety Lekarskiej w 1883 r. znalazłem wzmiankę, że FREIZE w Meksyku, znalazł w krwi chorych na żółtą febrę drobnoustroje, które po zaszczepieniu tej krwi świniom, miały jakoby wywołać cierpienie podobne do żółtej febry.

Mikrokokki ospy prawdziwej i ochronnej (*Microc. variolae et vaccinae*).

Kwestyja pasorzytów ospy prawdziwej, pomimo licznych [COHN, ZUELZER, CHAUVEAU, KLEBS, a głównie WEIGERT], od lat wielu zjawiających się prac, dotąd zdecydowaną nie jest. CORNIL i BABES spotykali często w głębszych warstwach skóry ułożone ogniskami i pojedynczo okrągłe i owalne mikrokokki, także znajdowali i na powierzchni brodawek skórnych w przestworach limfatycznych, jakkolwiek bardzo nieliczne, a również i na powierzchni obrażeń widywanych podczas ospy w krtani. W samych krostach (*pustula*) napotyka się przeważnie drobnoustroje ropne. WEIGERT widział mikrokokki w przypadkach ospy, wśród naczyń wątroby i nerek. Wyhodować drobnoustrojów ospy nikt dotąd nie zdołał.

Najprawdopodobniej, że mikrokokki ospy ochronnej niczem nie różnią się od pasorzytów ospy zwyczajnej, tak przynajmniej zaznaczają CORNIL i BABES, którzy się tą sprawą specjalnie zajmowali. W Nrze 52 *Deutsch. med. Woch.* z roku ubiegłego ogłosił VOIGT, że otrzymał czyste hodowle mikrokoków ospy ochronnej. Hodowle na żelatynie rosną głównie na powierzchni takowej i tworzą szarobiaławe, jasno ograniczone, okrągłe kolonie; żelatyny nie rozpuszczają. Same mikrokokki mają być drobne, prawidłowego, okrągłego kształtu, zbierają się w gromadki po 2 lub po 4 w jednej i posiadają dość widoczny ruch. Szczepienie tych hodowli cielętom wywoływało odporność (*immunitas*) na działanie zwykłej limfy ochronnej, która się nie przyjmowała.

Kolega WŁ. MACZEWSKI, w pracowni przy tutejszem Towarzystwie Lekarskiem, otrzymywał hodowle pasorzytów ospy ochronnej, które wywoływały charakterystyczne krosty u królików i cieląt i również do pewnego stopnia czyniły cielęta odpornymi na wpływ limfy ochronnej.

Laseczniki twardzieli nosowej. (*Bacillus rhinoscleromae*).

Laseczniki twardzieli nosowej zostały opisane po raz pierwszy przez FRISCH'a [1882], a następnie przez CHIARI'ego. Są to krótkie i grube, nieruchome laseczniki; długość ich wynosi 1—2, a szerokość 0,5—0,8 mkrm.. BABES zauważył na nich prawidłowo je okalającą, jednolitą przejrystą otoczkę. Na obu końcach lasecznika znajdują się miejsca silniej zatrzymujące w sobie barwnik, aniżeli pośrodku laseczki. Laseczniki siedzą najczęściej w dużych, do 20 mkrm. średnicy mających komórkach okrągłych, protoplazma komórek tych ma budowę siatkową i zawiera po 1—2 różnej wielkości jąder; w komórkach tych, uważanych za charakterystyczne dla twardzieli nosowej, bywa zwykle od 10 do 30 laseczników. Oprócz tego laseczniki twardzieli nosowej znajdują się, choć stosunkowo rzadko, w samej tkance łącznej guzików, a niekiedy i w naczyniach krwionośnych, zwłaszcza tam, gdzie krążenie odbywa się powolniej wskutek zakrzepów i złogów włókniaka. BABES obserwował je w wielkiej liczbie i w rozszerzonych naczyniach chłonnych skóry, na miejscu wytwarzania się guzików powierzchownych.

Najlepszy sposób zabarwiania ich, według FRISCH'a, polega na barwieniu przez 24 godzin w wodnym roztworze błękitu metylenowego; po opłukaniu w wodzie trzeba przez 2—3 godzin odbarwiać w $\frac{1}{2}\%$ roztworze węglanu potażu, a następnie obezwodnić i zprzezroczyć jak zwykle.

Laseczniki zeskórnienia łącznicy (*Bacill. xerosis conjunctivae*).

Opisane w roku 1883 przez NEISSER'a laseczniki *xerosis conjunctivae* są to małe, krótkie laseczniki, które zbierając się w ogromnych masach na łącznicy oka, wytwarzają w takowej żółtawe plamy. NEISSER wyhodował je i zaszczerpił z powodzeniem na łącznicy oka u zwierząt.

Mikrokokki jaglicy (*Microc. trachomatis*).

SATTLER jeszcze w roku 1881 opisał mikrokokki, które znalazł w wydzielinie łącznicy, dotkniętej jaglicą. Znalazł je także w samej ziarninie, a mianowicie

w wielkiej ilości na powierzchni okrągłych komórek, wchodzących w skład ziarniny. SATTLER wyhodował je, i za pomocą hodowli zaszczonej na łącznicy oka, po ośmiu dniach wywołał toż samo cierpienie.

Mikrokoki przy „verruqa peruana” (*Microc. verrugae peruanae*).

W roku ubiegłym w archiwie VIRCHOW’a, IzQUIERDO ogłosił, że w mocno unaczynionych ziarniniakach skóry i tkanki podskórnej, stanowiącej istotę wymienionego w nagłówku cierpienia, często występującego w Peru, znalazł drobno-ustroje, które zalicza do streptokoków; mikrokoki te tworzą dłuższe i krótsze łańcuszki. Pasorzyty *verrugae peruanae* siedzą zawsze w naczyniach krwionośnych, w kapillarach i żyłach i to nie tylko pośród wytworzonych już guzków lecz i w tkance podskórnej i w skórze sąsiadujących z chorem miejscem i napozór zupełnie jeszcze zdrowych. W samych guzkach leżą także swobodnie w tkance otaczającej komórki, nigdy zaś w tych ostatnich. IzQUIERDO mikrokoki, odkryte przez się, uważa za przyczynę rozwoju guzków skórnych przy *verruqa peruana*.

Laseczniki zgorzeli postępowej przyrannej. (*Bac. de la gangrène gazeuse v. Bac. d. progressiven gangrönösen Emphysems*).

W ostrej postępowej zgorzeli przyrannej z wytwarzaniem się gazów, bardzo złośliwym powikłaniu ran pooperacyjnych, a niekiedy [ROSENBACH] dołączającej się do złamań kości, w roku 1884 CHAUVÉAU i ARLOING, a w roku ubiegłym ROSENBACH znaleźli duże laseczniki z zaokrąglonymi końcami, a na jednym z takowych zawierające duże, owalne, błyszczące zarodniki. I autorowie francuzcy i ROSENBACH uważają je za przyczynę tego cierpienia, a CHAUVÉAU i ARLOING wywołali nawet u zwierząt, za pomocą szczepienia do tkanki podskórnej, to samo cierpienie. CHAUVÉAU i ARLOING przypuszczają, że są one identyczne z *vibrion septique* PASTEUR’a (*bac. d. malign. Oedems KOCH’a*).

Laseczniki tężca (*Bacillus tetani*).

W roku 1884 NICOLAÏER zaszczeplił pod skórę myszom, świnkom morskim i królikom ziemię zebraną z ulicy, zawierającą drobne bardzo i cienkie laseczniki zbliżone do laseczników posocznicy myszy, opisanej przez KOCH’a i przekonał się, że zwierzęta po $1\frac{1}{2}$ lub $2\frac{1}{2}$ dniach dostawały tetanicznego skurczu, początkowo w jednej, potem w drugiej kończynie tylnej; występowała przytem zupełna nie ruchliwość kończyn przednich, a w dalszym przebiegu odruchowe tetaniczne skurcze wszystkich mięśni tułowia i kończyn, a wreszcie w 3—5 dni śmierć zwierzęcia. Na miejscu szczepienia rozwijało się ograniczone ropienie, a ropa i tkanka otaczająca zawierała te same drobne laseczniki, co i użyta do szczepienia ziemia; ropa ta przeniesiona na drugie zwierzę wywoływała też same zjawiska chorobowe. Czystej hodowli NICOLAÏER nie otrzymał, lecz płyn, zbierający się na dnie probówki z wyjałowioną surowicą krwi, zawsze stawał się mętny i zawierał bardzo dużo opisanych laseczników; zaszczeplony zwierzętom dawał te same skutki, co ziemia lub ropa.

W roku bieżącym ROSENBACH zakomunikował, że w przypadku tęcza znalazł w skórze około linii demarkacyjnej zgorzelinowej, do którego to cierpienia dołączył się tęzec, laseczники NICOLAIER'a, a szczepienie kawałka tej skóry królikowi wywołało u takowego objawy wyżej opisane. Z tego królika ROSENBACH przeniósł chorobę na inne króliki i na myszy. NICOLAIER i ROSENBACH przypuszczają, że laseczники te są istotną przyczyną tęcza.

Laseczники liszaju czerwonego (*Bac. lichenis rubri*).

LISSAR na jednym z posiedzeń berlińskiego towarzystwa fizjologicznego w końcu ubiegłego roku, zakomunikował, że w kawałku wyciętej skóry dotkniętej pomienionym liszajem znalazł nadzwyczaj drobne laseczники, zbierające się zawsze w ogromnych masach, zatykające rozszerzone naczynia chłonne cierpiącej skóry. Widać je najlepiej przy zabarwieniu na czerwono fuksyną z podbarwieniem tkanki za pomocą bismarkbraunu.

Mikrokoki łysiny plackowatej (*Micr. alopeciae areatae* s. *Areae-Celsi*).

W roku ubiegłym SEHLEN ogłosił, że przyczyną łysiny plackowatej [badał w 7 przypadkach] są mikrokoki, znajdujące się w wielkiej ilości w torebce korzenia włosowego i na powierzchni samego włosa; mikrokoki te obsiadają włos, tworząc na takowym duże lub małe grudki. Wyhodował je na *agar-agar* i zaaszczepił białym szczurom, lecz nie udało mu się wywołać istotnej łysiny, lecz tylko osłabienie łączności między włosem i korzeniem włosowym. SEHLEN wykazał je za pomocą bardzo złożonej manipulacji; po odtłuszczeniu włosa w chloroformie i absolutnym wysoku barwił takowy w stężonym roztworze fuksyny w $\frac{1}{2}\%$ kwasie karbolowym, a potem obmywał w wysoku zakwaszonym kwasem solnym i w wodzie przekroplonej; następnie barwił włos ściśle według metody GRAM'a i otrzymywał w końcu niebiesko zabarwione pasorzyty na czerwonym tle włosa.

MICHELSON w Nr. 7 *Fortschr. d. Med.* z roku bieżącego na zasadzie badań porównawczych, przeczy stanowczo stwoistości pasorzytów SEHLEN'a. Profesor HOYER miał sposobność w ostatnich czasach badać parę przypadków łysiny plackowatej i zawsze w nich znajdował też mikrokoki co i SEHLEN, na włosie i na skórze chorego miejsca. Kwestyja to jeszcze niezupełnie zdecydowana, lecz bardzo zdaje się prawdopodobnem, że łysina plackowata zależy od działania drobnoustrojów opisanych przez SEHLEN'a.

Jakkolwiek dotąd nie posiadamy pewnych danych pozytywnych, lecz *a priori* prawie napewno powiedzieć można, że do rzędu chorób pochodzenia pasorzytniczego należy i w ścieklicza; zarazek jej jednak, pomimo prób na tem polu, nie jest jeszcze znany.

Mówiąc o pasorzytnem pochodzeniu chorób zakaźnych, nie można żadną miarą pominąć wzmianki o przyczynie dwóch cierpień, mianowicie zimnicy i krztuśca, jakkolwiek przyczyna ich nie polega na chorobotwórczem działaniu bakteryj. Najnowsze zdobycze nauki wykazały, że przyczyną malarji, z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem, krztuśca zaś przypuszczalnie, są

pasorzyty, należące do królestwa pierwotniaków (*protozoa*), do grupy *monera* [HAECKEL].

MARCHIAFAVA i CELLI, badając przypadki zimnicy w Rzymie i jego okolicach, ogłosili w roku ubiegłym dwie bardzo interesujące prace, w których dowodzą, że przyczyną tego cierpienia jest pierwotniak, nazwany przez nich *plasmodium s. haemoplasmodium malariae*. Pasorzyty te są to bezbarwne ciała, składające się z jednolitej protoplazmy; wielkością swą równają się $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{3}$ ciała czerwonego krwi, a czasem są nawet i większe. Plasmodyje znajdujące się głównie w czerwonych ciałkach krwi, posiadają bardzo żywe ruchy amoeboidalne i co chwila prawie zmieniają swą postać, wypuszczając wypustki w różnych kierunkach i znowu je w siebie wciągając. Po ustaniu ruchów [od 20 m. do 5 godz. przy zwykłej ciepłocie] plasmodyje przyjmują postać okrągłą, pośrodku zaś zjawia się ciemniejszy nieco punkt, zależny od przeświecania w tem miejscu protoplazmy krążka czerwonego krwi, gdyż same plasmodyje pośrodku cienieją; postać tę M. i C. nazywają postacią obrączkową. Niekiedy plasmodyje, już wtedy zawsze nieruchome, jakby wystawały jednym końcem z czerwonego krążka krwi. Oprócz tych postaci napotyka się, choć rzadziej, te same plasmodyje, zawierające czarny barwnik, melanię, powstający pod wpływem tych pasorzytów z haemoglobiny ciałek czerwonych. Plasmodyje zawierające barwnik, albo przechodzą wprost z krążków czerwonych do osocza krwi, albo w miarę wzrostu powodują zanik takowego i stają się swobodnymi. Woda przekroplona, roztwór soli kuchennej, wstrzymują ruchy plasmodyj, w tenże sposób działa bezwątpienia i chinina. MARCHIAFAVA i CELLI zauważyli w większych plasmodyjach [zawierających barwnik i bez takowego] przewężanie się i stopniowy rozdział jednego osobnika na kilka drobnych, które początkowo trzymają się razem, potem zaś pomału odłączają się i stają się swobodnymi—zjawisko to autorowie uważają za okres ich rozmnażania się. W bardzo tylko małej ilości przypadków autorowie zauważyli opisane poprzednio przez LAVE-RAN'a plasmodyje z długimi ruchomymi ogonkami.

Nie zawsze jednakową bywa ilość plasmodyj w badanych preparatach; w jednym przypadku jest ich dużo, w drugim mało, a nawet zdarza się, że w różnych preparatach od jednego chorego jest ich ilość rozmaita. Przed samym napadem lub w czasie takowego, plasmodyj bywa zwykle dużo, po napadzie zaś ilość ich znacznie się zmniejsza, stają się nieruchome, albo zupełnie znikają. U ludzi zmarłych na zimnicę złożyli, autorowie widywali naczynia mózgu zapchane czerwonymi krążkami krwi, które zawierały plasmodyje z barwnikiem, lub bez takowego.

Bardzo ważne i ciekawe fakty podają dalej autorowie, a mianowicie że wprowadzenie do żyły osobnika, który poprzednio nigdy na zimnicę nie cierpiał, krwi zawierającej plasmodyje zimnicze, zawsze wywołuje zimnicę, o mniej lub więcej typowym przebiegu, a krew takich chorych również zawiera plasmodyje zimnicy.

Autorowie badali krew świeżą, a także zasuszoną i barwioną. Plasmodyje doskonale barwią się stężonym wysokowym roztworem błękitu metylenowego. Barwiąc naprzód safraniną, a potem błękitem metylenowym, otrzymuje się czer-

woną barwę krążków krwi i niebieską samych plasmodyj. W postaci obrączkowej zabarwione plasmodyje mają kształt bardzo prawidłowych niebieskich obrączek.

DEICHLER w ostatnich czasach ogłosił, że w służbie, wyrzuconym podczas krztusca, znalazł monady okrągłe, owalne, czasem zgięte pod kątem, lub postać półksiężyca mające. Posiadają one bardzo znaczną kurczliwość protoplazmy. DEICHLER nie widział ich w żadnym innem cierpieniu i przypuszcza, że tworzy te są przyczyną krztusca.

L i t e r a t u r a .

CORNIL i BABES. Les bactéries etc. Paris. 1885.

EISENBERG. Bacteriologische Diagnostik. Hamburg. 1886.

BAUMGARTEN. Jahresbericht über die Fortschr. in d. Lehre von den pathogenen Microorganismen, z r. 1885.

LUSTGARTEN. Syphilisbacillen. Medicin. Jahrbücher 1885. z. I.

DOUTRELEPONT. Ueber Bacillen bei Syphilis. Deutsch. med. Woch. 1885. Nr. 47.

KLEMPERER. Über Syphilis und Smegma-Bacillen. Deutsch. med. Woch. 1885. Nr. 42.

LÖFFLER. Untersuchungen über d. Bedeutung d. Microorganismen f. d. Entstehung d. Diphtherie etc. Mitth. aus d. K. Gesundh. 1884. T. II.

ROSENBACH. Microorg. bei d. Wundinfektionskr. d. Mensch. Wiesbaden. 1885.

LASSAR. Die Microorg. des Lichen ruber. D. med. Woch. 1885. Nr. 32.

VOIGT. Deutsch. med. Woch. 1885. Nr. 52.

MARCHIAFAVA i CELLI. Neue Untersuchungen über die Malaria-Infection. Fortschr. d. Med. 1885. Nr. 52.

MARCHIAFAVA i CELLI. Weitere Unters. über d. Malaria-Infection. Fortsch. d. Medicin. 1885. Nr. 24.

III. PRZYZYNEK DO LECZENIA BOLESNEJ MIESIĄCZKI.

Podał

Stanisław Jorzykowski [z Poznania].

Aczkolwiek bolesna miesiączka jest jednym z najczęściej rozpowszechnionych cierpień, to jednakże patologia i terapia onegoż są jeszcze tak mało wyjaśnione i zapatrywania w tym względzie są tak rozmaite, że nie zawadzi podawać pojedynczych przypadków pod rozważę szanownych kolegów. Rozróżniamy wprawdzie, jak wiadomo, formę mechaniczną, organiczną i nerwową, ale nierzadko napotykamy przypadki, których pod żadne z tych podporządkować nie można. Dwa tego rodzaju spostrzeżenia, w których mimo najściślejszego badania, żadnych nieprawidłowości ani w macicy, ani w jej otoczeniu wykryć nie mogłem, a które z dobrym skutkiem wyleczyłem za pomocą wyskrobywania macicy, pozwalam sobie tutaj w krótkości przytoczyć.

W. B. około 36 lat licząca, zamężna od lat ośmiu, cierpiała już jako panna na nader bolesną miesiączkę; w rok po zameściu boleści te wzmożyły się do tego

stopnia, że chora przez kilka dni musiała pozostawać w łóżku i dopiero po kilku dawkach opium, *resp.* morfiny następowało polepszenie; odpływ krwi miesięczkowej był prawidłowy. Stan ten trwał przeszło 2 lata i chora przyzwyczaiła się tak do swego cierpienia, że gdyby nie okoliczność, iż dotychczas nie zaszła w ciążę, nie byłaby zasięgała rady lekarskiej. Badając chorą bliżej, znalazłem ją dobrze zbudowaną; nie widać ani niedokrwistości, ani zbytnej wrażliwości nerwowej; skarżyła się tylko na łatwe męczenie się i brak apetytu. Ponieważ macica była zupełnie prawidłową, upływu nie było żadnego i w otoczeniu macicy także żadnej nie dało się wykryć nieprawidłowości, przeto sądziłem, że owa spotęgowana pobudzalność nerwów macicznych jest jednakże tylko częściowym objawem ogólnej, aczkolwiek niewybitnej nerwicy, i zaleciłem prócz żelaza i antinerwinów do wewnątrz, kąpiele solne i żelazne i przestrzykiwania pochwy letnią wodą. Środki te jednakże, przez dłuższy czas stosowane, żadnego pożądanego nie dały rezultatu. Z tego powodu rozszerzyłem szyjkę maciczną kilku gąbkami i przestrzyknałem jamę maciczną roztworem kwasu karbolowego; przy najbliższej miesiączce pozorne polepszenie, lecz już następna tak samo bolesna jak dawniejsze, chociaż cała szyjka maciczna była jak się należy drożną i nie było żadnego upływu macicznego. Chora znecierpliwiona przestała się dłuższy czas leczyć, w którym to czasie w ciążę nie zaszła, i dopiero przed $\frac{1}{2}$ rokiem radziła mnie się ponownie. I teraz znalazłem chorą dobrze odżywioną, w macicy żadnej nieprawidłowości nie było można stwierdzić. Nie wiele sobie obiecując po dotychczasowym sposobie leczenia, wyskrobałem ostrą łyżką jamę macicy 2 razy, w odstępach 10-cio dniowych i przestrzykiwałem roztworem kokaïny; przy wyskrobaniu wydostałem błonę śluzową normalną i stosunkowo dużo krwi, która jeszcze zwolna odpływała 2—3 dni. Od tego czasu poprawa znaczna, bo już przeszło $\frac{1}{2}$ roku wszystkie peryjody są bezbolesne.

A. K., zamężna od lat trzech, była jako panna nie zbyt silnej konstytucji, ale zawsze zdrowa; peryjod który się rozpoczął późno, był prawidłowy z wyjątkiem dość mocnych bólów w krzyżu. W pół roku po zameściu miesiączka zaczęła się stawać coraz bolesniejszą, tak że dochodziło nawet niekiedy do mocnych wymiotów. Nadmienię należy, że mąż chorej przebył przed 2-ma laty rzerzącą, lecz przed ożenieniem się był zupełnie zdrow i badany obecnie przezemnie nie okazywał ani żadnego ropnego wypływu, ani też zwężenia cewki moczowej. Badając chorą przez pochwę nie znalazłem nic nieprawidłowego, tak, iż i w tym razie przypuszczałem, że mam do czynienia z formą spastyczną. Polecilem znane środki przeciwnerwowe i kąpiele, lecz bez skutku; następnie rozszerzałem szyjkę maciczną za pomocą rozszerzadła ELLINGER'a i wprowadzałem *bougies* z jodoformu, nadto zaleciłem ciągle przestrzykiwania z rumianku pochwy; jednakże i te zabiegi nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem. Przed 4-ma przeszło miesiącami wyskrobałem macicę, co nader było bolesnem; chora dostała już tego samego dnia wieczorem bardzo silnych bólów w podbrzuszu, gorączka dochodziła do 39, 5° C., tętno przyspieszone. Polecilem przestrzykiwanie pochwy roztworem kwasu karbolowego co 2 godziny, do wewnątrz podałem znaczne dawki chininy z opium; już trzeciego dnia ustąpiła gorączka i boleści; równocześnie pojawił się mało znaczny krwawo-ropny odpływ z macicy. Chora

zybko odzyskała dawne siły i obecnie już 4 razy przebyła miesiączkę bez wszelkich bólów.

Do jakich z form bolesnej miesiączki zaliczyć powyższe przypadki, w których nie można było wykryć żadnych nieprawidłowości ani w utkaniu macicy, ani też w jej otoczeniu, trudno na pewno rozstrzygnąć. Najwięcej prawdopodobieństwa mogłaby mieć forma nerwowa, i to ten jej rodzaj, w którym objawy nerwicy ogólnej nie występują tak widocznie, a w którym cała choroba koncentruje się w macicy, objawiając się nieprawidłowo spotęgowaną pobudzalnością nerwów macicznych. Ależ w takim razie powinno było leczenie w tej myśli stosowane chociaż nie zupełną, to przynajmniej jakąkolwiek sprowadzić ulgę, co jednakże w danych razach nie miało miejsca.

Przypuszczaćby także można, że w przypadkach powyższych chodziło o ten stopień zwężenia szyjki, która wprawdzie jest drożną dla prawidłowo się wytwarzającej krwi miesiączkowej, ale nie wystarcza dla krwi obfitszej, i szybko w znaczniejszej ilości dostającej się do macicy. Natenczas powinno było skutecznem się okazać rozszerzenie szyjki, które atoli nie dało pożądanego rezultatu.

Tak zwanej formy błoniastej bolesnego miesiączkowania, w której się oddzielają większe płatki błony śluzowej macicy, zamienionej w błonę doczesną także nie można było przyjmować, ponieważ wyskrobana błona śluzowa nie okazywała ani owych charakterystycznych w takim razie ujść gruczołków łagiewkowatych, ani też żad ych zmian w jej utkaniu.

To też przyczyna bolesnej miesiączki w opisanych wyżej przypadkach nie jest wytlómaczoną. Najwięcej jeszcze za jakimś ukrytem cierpieniem błony śluzowej — może jaka nieznaczna zmiana w utkaniu, albo też zbyt jej i zbyt nagłe przekrwienie podczas peryjodu — przemawia ta okoliczność, że po wyskrobanu błony śluzowej bolesna miesiączka, tak długi czas oporna dla wszelkich zabiegów leczniczych, naraz przybrała prawidłową postać.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

U osób dotkniętych brzuchem zwieszonym występują też ważne zaburzenia ze strony układu krążenia. Wiadomo, iż na krążenie krwi w żyłach jamy brzusznej bardzo korzystny wpływ wywiera kurczenie się mięśni brzusznych. Jeżeli więc ściana brzuszna jest osłabioną, wtedy powstaje zastój krwi w żyłach całej dolnej połowy ciała, tworzą się żylaki (*varices*) na kończynach dolnych, rozwijają się szyszki hemoroidalne i żylne przekrwienie macicy, prowadzące do krwotoków i do zmian w odżywianiu tego narządu. Wskutek tych samych okoliczności, powstaje żylne przekrwienie wątroby, tak, iż obok ruchomości tego gruczołu spostrzegamy nadto, iż stał się on twardym i bolesnym. Na uwagę zasługuje wyraźnie objawiające się tętnienie aorty brzusznej, które odczuwają chore, a lekarz z łatwością przez ścianę brzuszną spostrzegać może. Objaw ten zależy już to od bezpośredniego zetknięcia się lewego płata przemieszczonej wątroby z aortą, już to od wytworzonej skoliozy, już też od tego, że wskutek opuszczenia się ki-

kszi ku dołowi, aorta prawie bezpośrednio się styka z górną częścią ściany brzusznej.

Z powodu zaburzeń w krwiobiegu żylnym, słabnie działalność serca. I oddechanie u osób z brzuchem zwieszonym ulega zaburzeniom. Mięśnie brzuszne są mięśniami wydechowymi, osłabienie więc ich prowadzi do osłabienia ruchów wydechowych. Z drugiej strony, skutkiem opuszczania się trzewów brzusznych, przepona bywa pociągana ku dołowi, a to również przyczynia się do zaburzeń w oddechaniu. Wszystkie te okoliczności tłómaczą nam, dlaczego u chorych w mowie będących, spostrzegamy krótki oddech, napady duszności, kołatanie serca. Sprawa oddechowa przedstawia typ wyraźnie piersiowy, dolne części płuc bardzo często bywają rozdęte (*emphysema*).

U osób ze zwieszonym brzuchem często spostrzegać można zaburzenia w wydzielaniu i wydalaniu moczu, które to zaburzenia zależą z jednej strony od zmian w krążeniu, a z drugiej od zmian w warunkach mechanicznych, wytworzonych w jamie brzusznej. Chociaż niekiedy jednocześnie z wątrobą wędrującą i nerki ulegają przemieszczeniu, jednakże, według spostrzeżeń autora, rzadko się to wydarza, co zapewne zależy od tego, że jeden narząd ustępuje w górnej części brzucha miejscu drugiemu. Że u osób ze zwieszonym brzuchem bywają liczne zboczenia w położeniu narządów rodnych wewnętrznych, temu się dziwić nie należy, szczególnie, jeżeli zwrócimy uwagę na jednocześnie powstające rozciągnięcie i osłabienie dna miednicy i odpowiednich więzów. Nadto zaburzenia w krwiobiegu, będące w bezpośrednim związku ze zwieszonym brzuchem, wywołują krwotoki maciczne i zmiany w odżywianiu, charakteryzujące się jako przewlekłe zapalenia macicy, zawały, sprawy nieżytowe wewnątrzmaciczne, bóle i t. d.

Wskutek tych licznych powyżej wymienionych zaburzeń w różnych narządach, cierpi też i ogólny stan chorych, tak pod względem cielesnym, jak i duchowym. W końcu tego rozdziału autor zastanawia się nad stosunkiem wątroby wędrującej do ciąży i porodu. L. sądzi, że na przebieg ciąży i poród wątroba wędrująca nie ma najmniejszego wpływu, ponieważ w późniejszych okresach ciąży opuszczone kiszki i wątroba zostają przez powiększoną macicę odprowadzone i utrzymywane na miejscu nawet w położeniu stojącym ciężarnej. Treść rozdziału dziewiątego stanowi przebieg i rokowanie. Przebieg w mowie będącej chorobą jest w ogóle przewlekły, ostro przebiegające przypadki napotykają się tylko jako następstwo długotrwałych chorób gorączkowych. Rokowanie co do zupełnego wyleczenia jest niepomysłne, pod względem zaś poszczególnych objawów niezłe, jeżeli tylko należycie się oceni źródło tych objawów i jeżeli usunie się chorą z pod szkodliwych wpływów. W rozdziale dziesiątym zastanawia się autor nad rozpoznawaniem.

Rozpoznanie brzucha zwieszonego nie jest zbyt trudnem, kierujemy się w tym względzie głównie oględzinami brzucha w rozmaitych położeniach chorej. Trudniejszym jest rozpoznanie ruchowej wątroby. W tym celu posługujemy się opukiwaniem i macaniem. Opukiwanie w danym przypadku wątroby ruchomej wykrywa, że zarówno górna jak i dolna granica tępości wątroby, są obniżone, przyczem, dość często ponad górną granicą tępości otrzymuje się wysoki bębnowy odgłos kiszek.

Ważniejsze wyniki daje obmacywanie w rozmaitych położeniach chorej. Za pomocą obmacywania możemy się przekonać, że ruchomy narząd jest rzeczywiście wątrobą, co się poznaje po kształcie szczególniej powierzchni dolnej (brzdy, pęcherzyk żółciowy, więz obły) i po możności odprowadzenia ruchomego narządu do właściwego miejsca. Za pomocą obmacywania przekonywamy się też, czy wątroba tylko się opuszcila, czy też jednocześnie wykonała obrót wokoło tej lub owej ze swych osi, czy przesunęła się na prawo lub na lewo, jakoteż możemy stwierdzić stopień ruchomości i zbitości wątroby. Co się tyczy różniczkowego rozpoznawania, to L. radzi zwracać uwagę na następujące stany chorobowe, mo-

gące być powodem mylnego rozpoznania wędrującej wątroby. Powiększenie objętości wątroby odróżnia się tem, że górna granica tępości znajduje się na zwykłym poziomie lub ponad takowym, jakoteż we wielu razach i tem, że zbitość wątroby jest zwiększoną, a powierzchnia nierówną, nawet gruzłowatą. Zmiany w kształcie wątroby, szczególnie tak zwana „*Schnürleber*“, daje się odróżnić od wątroby wędrującej obmacywaniem i opukiwaniem górnego poziomu tępości w odpowiednim miejscu. Bardzo często błędy rozpoznawcze wydzarzają się w tych przypadkach, w których taki odrostek wątroby jest bardzo ruchomy. W rzadkich przypadkach spostrzegać się daje, iż wątroba jest powiększoną, ruchomą i nadto posiadającą taki odrostek. Guzy usadowione na dolnej powierzchni wątroby, mianowicie: bąblowce, raki i wodna puchlina (*hydrops*) pęcherzyka żółciowego, przy cienkiej ścianie brzusznej, dość łatwo po kształcie dolnej powierzchni od wątroby wędrującej odróżnić się dają; jeżeli zaś ściana brzuszna posiada znacznie grubsza, wówczas zmuszeni jesteśmy uciekać się nieraz do przekłucia próbnego, aby rozpoznać, iż mamy do czynienia z guzami torbielowatemi. Za wątrobę wędrującą może być poczytana nerka wędrująca. Narządy te jednak dają się odróżnić zapomocą wyznaczania charakterystycznego ich kształtu, szczególnie dolnej powierzchni wątroby i wnęki nerkowej, jakoteż za pomocą sposobu odprowadzania ich na właściwe miejsce, przyczem nerka idzie w głąb, ku górze i ku stronie prawej, a wątroba ku górze i ku przodowi. Bardzo trudno odróżnić od ruchomego odrostka wątroby (*Schnürleber*) przyrośłą do dolnej powierzchni tego gruczołu i wystającą z pod jego brzegu nerkę wędrującą. Guzy nerkowe odróżniają się tem, że przemieszczają okrężnicę wstępującą (*colon ascendens*) i zgięcie okrężnicze prawe (*flexura coli dextra*) na wewnątrz; wprawdzie i opuszczającą się wątroba może też same zmiany wywołać, ale nigdy nie będzie ona tak wyraźnie od kiszek odgraniczoną, jak guz nerkowy (o czem można się przekonać zapomocą opukiwania), gdyż zazwyczaj dolna część przedniej powierzchni i brzegi wątroby są w tych razach pokryte przez kiszki. Zresztą postać guza i objawy kliniczne we wielu razach wątpliwość rozstrzygają. Niekiedy rak sieci (*omentum*) był przyjmowany za ruchomą wątrobę; znaczne nagromadzenie się przesięku w otrzewnej i objawy charłactwa powinny w tych razach kwestyję rozstrzygnąć. I raki żołądka bywały również przyjmowane za wątrobę ruchomą, częściej jednak za nerkę wędrującą. Przeciwnie, wątroba wędrująca bywa niekiedy poczytywaną za guz macicy, jajników lub inny jakiś nowotwór w miednicy; kwestyję w tych razach powinno rozstrzygnąć dokładne podwójne badanie [wewnętrzne i zewnętrzne]. Torbiel jajnika może być rozpoznana jako wątroba wędrująca, jeżeli ta torbiel siedzi na cienkiej i bardzo ruchomej szypułce, wówczas jej tępość zlewa się z tępością wątroby, a pod ogólną tępością aż do spojenia łonowego otrzymuje się przy opukiwaniu odgłos bębenny. W rozdziale jedenastym L. omawia leczenie. Ponieważ ruchomość wątroby przeważnie zależy od obwisłości ściany brzusznej, przeto środki lekarskie powinny być skierowane przeciwko temu ostatniemu stanowi. W nieznacznych stopniach rozwoju radykalną korzyść przynoszą: strumień elektryczny przerywany, zimne natryski, mięsienie i ogólne wzmacnianie ustroju. W silniejszych stopniach o wyleczeniu mowy już być nie może, powinniśmy się tylko starać o zmniejszenie złych skutków, co osiągamy zapomocą wyżej wskazanego leczenia, głównie zaś zapomocą dobrze zrobionego pasa brzuszego. Niemniej ważną jest rzeczą zastosować energiczne leczenie przeciwko cierpieniom narządów rodnych, szczególnie zaś przeciwko wypadnięciu takowych. W tym celu, zapomocą wianków (*pessarium*) utrzymujemy te narządy w miednicy, przez co między innemi osiągamy i tę korzyść, że jama brzuszna się zmniejsza, a łatwo opadające trzewa, mianowicie kiszki i wątroba, zostają w górze utrzymane. U osób ze zwieszonym brzuchem, dla łatwo dających się pojąć względów, należy o ile możliwości regulować stolec zapomocą odpowiednich środków i wzbronąć wszelkich cięższych cielesnych wysiłków, jakoteż

pozostawiania przez czas długi w położeniu stojącym. Przez odpowiednio przystosowany pas brzuszny można, według autora, utrzymać w górze wątrobę i doskonale takową unieruchomić.

Nakoniec w ostatnim, dziewiątym rozdziale, L. podaje opis swoich własnych szesnastu spostrzeżeń obwisłego brzucha i wątroby wędrującej, z jednoczesnymi zmianami w narządach rodnych wewnętrznych.

9. Dziełko SOHLERN'a nic wprawdzie nowego nie zawiera, jednakże pokrótce i w przystępnej formie przedstawia najnowsze naukowe zdobycze pod względem sposobów powstawania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. Zawiera ono 179 stron druku.

10. SEURE napisał o niestrawności bardzo obszerne dzieło, bo zawierające 512 stron druku. W dziele tem znajdujemy po największej części rzeczy znane, albo też takie, które nikogo interesować nie mogą, np. o objawach niestrawności u Woltera druku stron 52. O ogólnym autorza poglądzie na niestrawność da się powiedzieć co następuje. Każda niestrawność, według S., powstaje wskutek przekrwienia błony śluzowej przewodu pokarmowego, przekrwienia będącego następstwem częstych podrażnień przez wprowadzane do ustroju pokarmy. Wskutek przekrwienia powstaje nadczułość i rozwijają się zmiany w działalności błony mięsnej. Co do sposobu więc powstawania niestrawności, S. zupełnie się zgadza z poglądami LEVEN'a. Dla S. niestrawność nie jest niczem-innem, jak zaburzeniem w krwiobiegu, jak przewlekłym niezylem błony śluzowej przewodu pokarmowego. Niestrawność najczęściej zależy od przekrwienia żołądka, albo też od przekrwienia okrężnicy, rzadziej jednocześnie od jednej i od drugiej przyczyny. Kiszki cienkie w powstawaniu niestrawności nieznaczny przyjmują zwykle udział. Gdziekolwiek znajduje się punkt wyjścia niestrawności, objawy są zawsze mniej więcej jednakowe, gdyż zmiany w czynności jednej części przewodu pokarmowego wywołują za pośrednictwem nerwów czynnościowe zaburzenia w innych częściach tegoż przewodu. Ztąd trudność w rozpoznawaniu punktu wyjścia niestrawności. S. zwraca uwagę na kurczowe zwięźlenie kiszek grubych, jako na częstą przyczynę zaparcia stolca u dyspeptyków. Autor jest pierwszym, który opisuje zawrót głowy pochodzenia kiszkowego (*vertigo intestinalis*), jako jeden z objawów nieprawidłowej czynności kiszek u dyspeptyków. Zwraca też S. uwagę na częste nadużycia przepłukiwań żołądka we Francji.

11. 63 stronicowa broszura OSER'a, jakkolwiek nic nowego nie zawiera, zasługuje jednakże na przeczytanie, bo w krótkości dokładnie przedstawia obecny stan wiedzy o nerwicach żołądka.

12. Obszerna praca DESTREE'go (138 stron druku—duża ósemka) przedstawia wyczerpujące studyjum o leczeniu chorób żołądka zapomocą przepłukiwań, pod względem sposobu zastosowania, wskazań i przeciwwskazań. Do przepłukiwań żołądka używa autor wody rozmaitej ciepłoty, jakoteż roztworów siarczanu lub dwuwęglanu sodu. W celach dezynfekcyjnych stosuje roztwory kwasu salicylowego i chloroformu. Korzystne działanie przepłukiwań D. objaśnia oczyszczaniem żołądka, pobudzaniem do czynności muskulatury, nerwów naczyńioruchowych i narządów wydzielniczych. Autor zwraca uwagę na szkodliwe skutki przepłukiwań żołądka zimną wodą u chorych na narząd oddechowy. Badając pod mikroskopem wypływającą zawartość z żołądka, D. znajdował w takowej *Cercomonas intestinalis*.

13. Praca STIENON'a była pierwotnie umieszczoną w „*Bulletin de l'Academie royale de Belgique*“, a następnie wyszła jako oddzielna 109 stronicowa broszura. Jestto praca ze wszech miar na uwagę zasługująca, traktuje ona przedmiot wszechstronnie, a opartą jest na licznych spostrzeżeniach klinicznych i na jaknajdokładniejszych badaniach posmiertnych. Wyniki badań S. potwierdzają dwie bardzo ważne zdobycze naukowe ostatnich czasów, mianowicie powstawanie raka z przewlekłego wrzodu żołądka, co już w 1883 roku wykrył zapomocą

drobnowidza HAUSER, oraz regularne a znaczne zmniejszanie się dobowej ilości mocznika w moczu u chorych na raka żołądka. Ostatni fakt, jak wiadomo, wykryty został przez ROMMELAERE'a.

S. przede wszystkim zwraca uwagę na tę okoliczność, iż w patogeniezie przewlekłego wrzodu żołądka należy brać w rachubę nie tylko pierwotną przyczynę wrzodu, lecz głównie przyczyny następce, będące właśnie podstawą jego przewlekłości [chroniczności]. Pierwotne przyczyny same przez się nie powodują rozwoju przewlekłego wrzodu; ani uszkodzenia błony śluzowej żołądka mechaniczne lub chemiczne, ani nacieczenia krwi w tę błonę. Nawet przy miejscowych zmianach w krwioobiegu, nie są zdolne nadać wrzodowi charakter przewlekłości. Wrzody w tych warunkach powstałe goją się bardzo łatwo. Dopiero, jeżeli się rozwiną następce zmiany w brzegach wrzodu, takowe mianowicie stanowią przyczynę nie pozwalającą się wrzodowi zagoić, przyczynę przewlekłości wrzodu. Do tych następczych zmian zaliczyć należy:

- 1) zmiany zapalne,
- 2) obfite bujanie tkanki łącznej (*cirrhosis*),
- 3) rozrost gruczołów.

Według HAUSER'a, ten ostatni ma być w związku ze sprawą regeneracyjną, z zabliznianiem wrzodu; S. zaś utrzymuje, że, przeciwnie, rozrost gruczołów jest następstwem sprawy zapalnej brzegów wrzodu, że taki rozrost przyczynia się nie do zabliznienia, lecz do podtrzymywania i rozprzestrzeniania się wrzodu. Z takiego rozrostu gruczołów powstają twory guzowate, posiadające wielkie podobieństwo do raka, powodujące takie same zaburzenia w czynności żołądka, lecz nie spowodują one charaktera rakowego, nie powodują stałego zmniejszania się dobowej ilości mocznika. Te gruczołowate guzowatości mogą ulec znikowi, przez co może nastąpić wyzdrowienie. W tych razach przestrzenie gruczołowe ulegają zwężeniu wskutek rozwoju w sąsiedztwie bliznowej tkanki łącznej i wskutek nagromadzenia komórek nabłonkowych w tych gruczołach. W innych razach może nastąpić śmierć, wskutek zaburzeń w czynności żołądka, spowodowanych przez powyżej wzmiankowane wyrośla gruczołowate.

Z drugiej jednak strony, podczas rozrostu gruczołów żołądkowych na brzegach wrzodu, mogą zajść w takowych zmiany, które tak pod względem klinicznym, jak i anatomicznym, przedstawiają obraz raka (*carcinoma et cancer epithelialis*). Zamiast gruczołów, napotykamy tutaj powstałe z nich twory nieprawidłowe. Resztki rurek gruczołowych przedstawiają się również nieprawidłowo, ich pokrycie nabłonkowe jest niejednostajne, obok komórek cylindrycznych napotykamy wielokątne i inne najrozmaitszych kształtów; miejscami od rurek gruczołowych odchodzą wypustki, które powstają wskutek niejednostajnego bujania nabłonka; w innych miejscach znajdują się wysepki nabłonkowe, pełne, niejednakowej wielkości, w których już nie widać żadnego śladu światła gruczołowego. Od jakich okoliczności zależy taki lub owaki rozrost gruczołów żołądkowych na brzegach wrzodu? kwestyi tej autor nie dotyka.

W końcu broszury znajdujemy 8 bardzo pouczających figur litograficznych, służących do objaśnienia tekstu.

14. HUENERFAUTH w zatytułowanej broszurze gorąco zaleca przeciwko przewlekłemu zaparciu stolca leczenie złożone z elektryzacji przewodu kiszkowego strumieniem przerywanym, z mięsienia brzucha i z procedur hydropatycznych, stosowanych na całą powierzchnię ciała, na brzuch i bezpośrednio na dolną część kiszki grubej. Autor najobszerniej opisuje sposoby stosowania mięsienia brzuszno. Jakkolwiek nic nowego ta 46 stronicowa broszura H. nie zawiera, to jednakże zasługuje na zalecenie lekarzom-praktykom, ponieważ w krótkości przedstawia obecny stan racjonalnego i skutecznego leczenia choroby równie częstej, jak trudnej do usunięcia.

Mikołaj Rajchman.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W ostatnich czasach w dzielnicy Nalewkovskiej otrzymaliśmy następujące ogłoszenie na żółtym papierze odbite, które dosłownie podajemy, jako przyczynek do etyki lekarskiej w Warszawie.

Д-Р РУССЪ

Послѣ годичныхъ специальныхъ занятій въ Вѣнѣ, возвратился въ Варшаву.

Принимаетъ пациентовъ съ женскими и дѣтскими болѣзнями отъ 8—10 утра, и отъ 3—5 пополудни, бѣдныхъ безвозмездно отъ 5—6 пополудни.

Улица С-то Іерскаа № 17 новыѣ.

DR RUSS

Po całorocznych specjalnych studyach w Wiedniu, powrócił do Warszawy.

Przyjmuje z chorobami kobiet i dzieci od 8—10 zrana i od 3—5 po południu, biednych bezpłatnie od 5—6 po południu.

Ulica Ś-to Jerska № 17 nowy.

דאקטאר רווס

וועלכער האט אין וויען אין יאהר ספעציאליסטיש שטודירט, איזט יעצט נאך ווארשויא צוהיך געקאממען.

נעמט אויף פרויען אונד קינדער קראנקע, פאן 8 ביז 10 אודער מארגענס אונד פאן 3 ביז 5 אודער נאכמיטאג, ארבע אומוואנסט פאן 5 ביז 6 אודער נאכמיטאג סט-יערסאט שטראסע נומער 17 נייער

Nadmieniamy, że część wydrukowana czcionkami hebrajskimi, jest zredagowaną w języku niemieckim. Podobnie bezcennej reklamy lekarskiej dawno już w Warszawie nie oglądano. Czy i ona jest następstwem „całorocznych specjalnych studyjów w Wiedniu“?!

Prace oryginalne w polskich czasopiśmiech lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 35. SCHRAMM. Resekcja osteoplastyczna MIKULICZA przy bardzo znacznem zniszczeniu stopy. — JELEŃSKI. Jak skuteczniej leczyć dur brzuszny, antipirezę czy jodkiem potasu.

Medycyna Nr. 35. HALLSKI. Kilka uwag o chorobach wątroby i przewodów żółciowych.

Kronika lekarska Nr. 8, KIJEWSKI. Promienice (*Actinomycosis*).

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

W-mu D-rowi G. w Warszawie. W tygodniku „*Progrès médical*“ N. 32 za r. b. rzeczywiście znajduje się opis najprostszy (na 2 stronicach) przypadku teratologicznego: „*Observation d'anophtalmie avec hernies bilatérales congénitales du cerveau*“ pióra D-ra Radziszewskiego z Ciechanowca. Ale aby pismo to „zamieściło z wielkiem uznaniem tę rozprawę specjalną naukową“, jak chce mieć „*Kurier Warszawski*“ (N. 236a z dnia 15/27 Sierpnia r. b.) o tem nie mogliśmy wyczytać w całym N. 32 „*Progrès médical*“, ani następnych i odesłaliśmy szanownego kolegę w tym względzie po informację do „*Kuriera Warszawskiego*“, który śnać — sądząc z powyższych słów — ma i z redakcją „*Progrès médical*“ bliższe stosunki i poufnie przez nią został zawiadomiony o tem „wielkiem uznaniu“ dla 2 stronicowej „rozprawy naukowej“. My pozwalamy sobie wątpić w to uznanie, pisma lekarskie francuskie nie mają zwyczaju pisać pochwał dla artykułów w temże samem piśmie drukowanych. Zgadza się z Szanownym kolegą, iż „*Kurier Warszawski*“ musi nie mieć najmniejszego pojęcia, co to jest *agrégé* fakultetu i co potrzeba, aby móżdż nim zostać, skoro (l. c.) pisze: „Redakcyja („*Progrès médical*“) stawia tę pracę na równi z rozprawami konkursowymi na profesorów (*thèses d'agrégation*)“. Na pytanie Szanownego kolegi, czy cała ta wiadomość w „*Kurjerze Warszawskim*“ podana, nie jest reklamą i to przez samego autora lub za jego wiedzą napisaną, odpowiedzieć nie jesteśmy w możności.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Пензурою Варшава 20 Авреля 1886 г. Друк К. Ковалевського Крѣлевска. Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119. 0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej” dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku,

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej”

MARSZAŁKOWSKA 119. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—1