

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK WYLECZONEJ PROMIENICY

(*actinomyces hominis*)

Podał

Władysław Matlakowski.

Od czasu wykazania grzybka promienicowego u człowieka przez ISRAEL'a i PONFICK'a, w ciągu 6 lat kazuistyka tej niezmiernie ciekawej choroby pasorzytnej nadzwyczajnie się zubożyła; zdołano nie tylko zbadać morfologicznie sam grzybek, lecz jednocześnie prace niemieckich autorów rzuciły bardzo wiele światła na wrota wejścia grzybka do ustroju ludzkiego, wyodrębniły rozmaite obrazy kliniczne choroby, wreszcie wykazały bardzo ciekawy fakt, że obok ciężkich przypadków promienicy, które fatalnie prowadzą do śmierci, a których dobrą ilustrację posiadamy w naszej literaturze w przypadkach opisanych przez kol. FLORKIEWICZA, istnieją fakty, dowodzące w niezbity sposób, że choroba, wcześniej rozpoznana, może być zupełnie uleczone. Na ten ostatni szczegół, najważniejszy dla chorego i dla lekarza praktyka, zwrócić chcę uwagę w niniejszym krótkim artykule.

Już PARTSCH, któremu zawdzięczamy kilka sumiennych prac nad promienicą, w 1881 r. ogłosił dwa spostrzeżenia *), z których w jednym, po rozcięciu, wyskrobanu i wycięciu stwardniałych ścian ogniska promienicy, istniejącego od 3 miesięcy na prawym policzku, udało się osiągnąć zagojenie *per primam*; w drugim przypadku po wypłowaniu gałęzi wstępującej, oraz połowy gałęzi poziomej żuchwy, wprawdzie udało się usunąć ognisko, trwające od roku, lecz powstały nowe ropnie, o których mówi się, że się same otwierały i goiły, lecz nie wiadomo, czy wyzdrowienie ostatecznie nastąpiło.

W 1884 r. E. MUELLER podał wiadomość z kliniki BRUNS'a **) o pewnym studencie medycyny, u którego cierpienie, brane za *periostitis* żuchwy z powodu trudnego wyrżnięcia się zęba mądrości, okazało się promienicą; po przecięciu, wyskrobanu, przedrenowaniu nacieczonych części nastąpiło w ciągu kwartału trwałe wyzdrowienie.

*) PARTSCH. Zwei Fälle von Actinomyces. Breslauer ärztliche. Zeitschrift Nr. 7, streszczone w VIRCHOW und HIRSCH's Jahresbericht za 1881. Tom I. str. 393.

**) E. MÜLLER. Ein Fall von geheilter Actinomyces. BRUNS Beiträge zur klin. chirurgie T. I str. 489—493.

FIRKET ;) przemawia za energicznym leczeniem chirurgicznym, polegającym na wyskrobywaniu ognisk rozmiękłych, wycinaniu twardych ścian ropni oraz tworów, stających rzecz można na granicy między obrzmieniem zapalnym i nowotworem.

W 1885 r. MAGNUSSEN z Kielu w swojej rozprawie inauguralnej *) ogłosił cztery przypadki promienicy, z których trzy dotyczyły szyi i okolicy szczękowej; choroba była we wszystkich przypadkach bardzo rozpostartą i opis w krótkich słowach zawrzeć się nie da; leczenie trwało 3, 1½ i 3 miesiące i polegało na przecinaniu ropni, wstrzykiwaniu w zajęte i nacieczone tkanki roztworu kwasu bornego [!] lub sublimatu, w ogóle można powiedzieć było bardziej wyczekujące niż energiczne; w dwóch przypadkach nastąpiła poprawa i chorzy wyszli z kliniki bez nowych ognisk; w trzecim, gdzie było zajęte pół twarzy, a następnie nadto i ognisko na środku szyi, które rozszerzyło się aż do obojczyka, mimo to nastąpiło wyzdrowienie, które w jakiś czas [bliżej nie podano] zostało potwierdzone. Najciekawszy jest przypadek 4-ty. 39-letnia, wieśniaczka, zaczęła od ostatniego porodu doświadczać bólów w lewej dolnej okolicy brzucha i kurczów w lewej nodze; w rok potem na wewnętrznej powierzchni lewej kości biodrowej, tuż poniżej *spina ant. sup.* guz wielkości palca, który został przez ESMARCH'a wycięty; w rok recydywa pod blizną, a ku tyłowi od *spina ant. sup.* guz twardy, gładki, wielkości pięści; ESMARCH wyłuszczył oba guzy; w dalszym ciągu powstaje ropień w okolicy lędźwiowej; nacięcie, wyzdrowienie.

W tymże roku MURPHY ▲) ogłosił dwa bardzo ciekawe przypadki promienicy, które zakończyły się wyzdrowieniem. 1-o 28-lat, kobieta, przed 14 dniami dostała silnego bólu zębów w żuchwie z lewej strony, do czego wkrótce przyłączyło się opuchnięcie gardła, trudność przy połykaniu i zwarcie szczęk, oraz opuchnięcie za kątem żuchwy, lewy migdał bardzo powiększony; nacięcie, wyzdrowienie; po 8 dniach na nowo opuchnięcie na szyi, chłobotanie; przy nacięciu kilka kropel ropy; gdy chory zapadał coraz ciężej na zdrowiu, zrobiono cięcie od ucha do obojczyka po przednim brzegu *m. sternocleido-mastoideus*, wycięto naciekle części, odbito dłutem część kąta żuchwy, zębodół wydłutowano po usunięciu zepsutych zębów; rana zagoiła się *per primam*, trwałe wyzdrowienie. 2-gi przypadek dotyczy 18-letniego młodzieńca, chorego od ¾ roku u którego znalaziono zepsute zęby i guz pod kątem żuchwy wielkości jaja; przecięcie, wyzdrowienie.

Jak widzimy oba te przypadki, zwłaszcza pierwszy, są bardzo ostre pod względem przebiegu. K. ROSER z Marburga pierwszy starał się wyróżnić dwie formy promienicy i w artykule swoim ☺) podaje dwa spostrzeżenia ostrej akty-

;) FIRKET. L'actinomycose de l'homme et des animaux. Revue de médecine. 1884. Nr. IV.

*) MAGNUSSEN. Beiträge zur Diagnostik und Kasuistik der Aktinomykose. Inaugural Diss. Kiel. 1885, streszczone w Centralblatt f. Chir. 1885, str. 313.

▲) MURPHY. Actinomycosis in the human subject, streszczenie w Centralblatt. für Chir. 1886. str. 213.

☺) KARL ROSER. Zwei Fälle von acuter Aktinomykose. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1886 rok.

nomikozy, przebiegającej pod postacią ostrego zapalenia w okolicy podżuchwowej. W jednym, u 50-letniej kobiety, od 5 dni powstał w ostry sposób ropień, bardzo bolesny, w lewej okolicy podszczękowej; po otwarciu go na zewnątrz i do jamy ustnej, przedrenowaniu i opatrywaniu sublimatem nastąpiło zagojenie w 10 dni. W drugim spostrzeżeniu u 31-letniego mężczyzny od 4 tygodni trudność przy połykaniu, a od 8 bolesne obrzmienie poniżej kąta żuchwy i wysoka gorączka; po rozcięciu nacieku w 3 tygodnie wyzdrowienie.

ROTTER, na zjeździe chirurgów w 1886 r. [↵]), zdając sprawę z 5 przypadków z kliniki BERGMANN'a, przedstawił chorego, u którego był ropień wielkości orzecha w okolicy podbródkowej; od ropnia szedł bliznowaty powróżek do prawego próchniejącego kła; wycięcie całego nacieku [uprzednio wykonane *évidement* pozostało bez skutku] dało trwałe wyzdrowienie.

ESMARCH na tymże zjeździe wspomina o 10 przypadkach przez się spostrzeganych, z których jeden zakończył się śmiercią; czy inne zakończyły się wyzdrowieniem, nie ma o tem wzmianki; przy leczeniu stosował: przecięcie, wyskrobanie, wstrzykiwanie roztworu kwasu bornego i zimno.

PARTSCH [Ⓜ]) w 1886 r. podał ośm przypadków promienicy, z których 6 zakończyło się wyzdrowieniem; w pozostałych dwóch sprawa była za daleko posuniętą [*peritonitis*, przedziurawienie kiszek, zwyrodnienie mączkowe i t. d.]. W 2 przypadkach promienica przedstawiała się w kształcie pojedynczego ropnia poniżej kąta żuchwy; w 2 innych były przetoki ropiejące na szyi; przecięcie, wyskrobanie i wycięcie doprowadziło we wszystkich przypadkach do zupełnego wyzdrowienia. Tą samą drogą osiągnięto wyleczenie promienicy w ścianie brzusznej, przedstawiającej się pod postacią ropnia. Wreszcie szósty przypadek jest najciekawszy, pewnie jedyny swoim rodzaju; w 1884 r. 60 letniemu mężczyźnie, FISCHER wycina owrzodziały rak sutki i gruczoły pachowe, paskudne gojenie się rany, obumarcie jej brzegów, ropienie, przesadzanie kawałków naskórka, ciągnie się to 3 miesiące, poczem rana się goi; w 2 miesiące później przetoki i ropnie w bliznie, a w wydzielinie promienicowe grzybki, wycięcie i wypalenie termokauterem; wyzdrowienie.

MOOSBRUGGER ^{*}) podał 10 przypadków promienicy z kliniki w Tübingen; w sześciu z nich, gdzie grzybki dostały się do ustroju przez dziąsła lub żuchwę, przez wczesne i gruntowne usunięcie zawartości ropni oraz pasorzytów, tkwiących w ścianach ropni, osiągnięto pomyślny wynik; inni chorzy zmarli z powodu umiejscowienia w płucach.

Jeżeli tedy uważać wyliczone tu przypadki, których liczbę, poszukawszy nieco w literaturze, możnaby powiększyć prawdopodobnie, za wyleczone trwałe,

[↵]) Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1886. XV. Kongress.

[Ⓜ]) PARTSCH. Einige neue Fälle von Aktinomykose des Menschen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. XXIII. str. 498.

^{*}) MOOSBRUGGER. Ueber die Aktinomykose des Menschen. BRUNS Beiträge zur klin. Chirurgie. T. II, str. 339—395, 1886.

co jest rzeczą wątpliwą, czas bowiem, jaki upłynął od wyzdrowienia, jest za krótki na ostateczne zakwalifikowanie wielu z wymienionych chorych do wyleczonych, to przekonamy się, iż ogromna większość przypadków, bo tylko z wyjątkiem trzech, należała do grupy, zwanej przez FIRKET'a, „szyjową“, lub też według ISRAEL'a *) do grupy, w której wrota wtargnięcia zarazka stanowiła jamę ustną i gardzielową. Trzy pozostałe przypadki stanowią: promienica brzucha [prawdopodobnie wejście przez odbytnicę], przyp. MAGNUSSEN'a, dalej promienica ściany brzusznej i klatki piersiowej, powstała przez zarażenie rany po wycięciu raka sutki, przypadki PARTSCH'a. Tę większą grupę promienicy, powyższy następujące moje spostrzeżenie:

Stan . . . ski, obywatel ziemski, sam czynnie zajmujący się gospodarstwem, 46 lat liczący, zawsze zdrowy, przed 6 tygodniami zauważył okrągły guz, nieco przesuwalny, niebolesny, poniżej prawego kąta żuchwy, powstały bez żadnej widocznej przyczyny. Choremu od 14 lat wypadają zęby i to nie będąc zepsutymi; ostatni ząb po prawej stronie w dolnej szczęce wypadł przed rokiem. Stopniowo wzmiankowany guz pod żuchwą powiększał się, tracił wyraźne granice i zamienił się na rozlane opuchnięcie; przed tygodniem otworzył się bez żadnego bólu mały ropień, z którego wypłynęło bardzo mało ropy. W ogóle choroba nie sprawia choremu nie tylko żadnego bólu lecz i żadnych innych dolegliwości, nie ma szczękościsku, nie ma trudności przy połykaniu pokarmów i nie było ich nigdy.

Status praesens. Chory rosły, wybornie odżywiany, nawet nieco otyły, w okolicy ropsia brak włosów na brodzie, które wypadły. Po zgoleniu sutego zarostu poniżej kąta żuchwy, widać rozlane, niewyraźne wzniesienie, na którym skóra jest zaczerwieniona, w kilku miejscach płasko powypuklana; miejsca te odpowiadają nieznacznym ogniskom rozmięszczenia, w dwóch punktach malutkie otworki po otwartych miejscach rozmięszczenia. Granicę zajętych części wyczuwa się dość dokładnie; nacieczenie, twardości znacznej, tak skóry jak i tkanek głębiej leżących, ograniczone jest między dolnym brzegiem żuchwy od góry, przednim brzegiem mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego od tyłu, linią pośrodkową od przodu, oraz linią poziomą przeprowadzoną przez górny brzeg chrząstki tarczowej od dołu. Z powodu dużego podgardla i okazałych rozmiarów chorego, zajęta część jest proporcjonalnie duża. Ujawszy w palce nacieczone części, udaje się cały guz z lekka poruszać. Zgłębnik idzie przez otwory przetok bardzo płytko, nie dochodzi nigdzie do kości i za lada dotknięciem wywołuje żywe krwawienie. Wydzielina nadzwyczaj skąpa i dziwna, przezroczysta, jakby zawierająca drobne ziarenka rozgotowanego sago z surowicą krwi. Guz uległ wedle słów chorego pewnym zmianom, był już większy i dawniej był głównie ku tyłowi, obecnie szerzy się ku przodowi wzdłuż żuchwy. Zębów trzonowych dolnych prawych nie ma wcale, ani kła, na ich miejscu wyrostek żębo-dolowy cienki, zanikły, zupełnie gładki, nie bolesny, pokryty działsem zdrowym. Przez błonę śluzową przejściową z wyrostka na prawy policzek wyczuwa się

*) ISRAEL. Klinische Beitræge zur Kenntniss der Aktimykose des Menschen. Streszczenie w Centralblatt f. Chir. 1885, str. 585.

nacieczenie na gałęzi poziomej; przez fałdę przejściową z tej ostatniej na język nie wyczuwa się w dnie jamy ustnej żadnych zmian, to samo można powiedzieć o migdałach i o gardzieli. Co do wewnętrznych narządów, to w takowych nie nieprawidłowego wykryć nie można. Zaraz przy pierwszym badaniu powziąłem podejrzenie co do możliwości promienicy, której grzybki zostały przez kol. DUNINA na drugi dzień wykryte pod drobnowidzem; to samo podejrzewał kolega DUNIN, który chorego skierował do mnie.

Dnia 5. XII. 1886 r., przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, DUNINA, CIECHOMSKIEGO i KIJEWSKIEGO, po zachloroformowaniu chorego, przystąpiłem do wycięcia guza *in toto*, podobnie jak się to robi z nowotworami; jedno cięcie wzdłuż brzegu żuchwy aż do kości, dwa inne łukowato zbiegające się, obejmujące naciek między sobą; w tak określonym terytorjum wyciąłem oprócz skóry i t. d., część najniższą mięśnia żwacza, skrajałem po połowie [licząc na grubość] obu brzuszków *m. digastrici mandibulae*, dalej część przednią górnego końca *m. sternocleidomastoidei*, *m. mylohyoideum*; następnie wyciąłem śliniankę podżuchwową w całości, dolny odcinek ślinianki przyusznej, oraz mostek gruczołowy łączący obie ślinianki. Tętnic i żył podwiązano bardzo wiele, gdyż części były bardzo ukrwione.

Pozostała obszerna, a co ważniejsza głęboka rana, z nierównym dnem, w którym widać było naczynia szyjowe i nerw podjęzykowy. Brak powstały starałem się choć w części zapełnić przez naciągnięcie skóry i zeszytanie brzegów rany, lecz naprężenie było zbyt znaczne, tak, że naciągnięta skóra nie mogła być doprowadzoną do zetknięcia się, *resp.* do zrośnięcia się z dnem rany, do tego ruchomem [krtań, gardziel], brzegi rany w części rozeszły się i nastąpiło gojenie *per granulationem*. Przez kilka dni chory gorączkował, nie mógł swobodnie łykać, najwięcej sprawiało mu dolegliwości wycharkiwanie gęstej płwociny, gromadzącej się w gardle. Przez kilka dni były żyłki krwi w płwocinie, choć w płucach nie można było wykryć zmian fizykalnych. Szczęki przez kilka tygodni pozostały zbliżone. Zwolna objawy powyższe przeszły, a po eliminacji krawędzi żuchwy, rana zagoiła się. W dwa lata po operacji miałem wiadomość, że chory jest zupełnie zdrow.

II. O PROMIENICY U CZŁOWIEKA.

Podał

Franciszek Kijewski

asystent kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha.

Literatura lekarska z każdym rokiem wzbogaca się świeżymi spostrzeżeniami promienicy u ludzi, a chociaż kazuistyka tego cierpienia nie jest jeszcze zbyt obszerna, jednak dzięki skrzętnemu notowaniu niemal wszystkich przypadków, posiadamy wcale pokaźny materiał, który stopniowo powiększa dane naukowe dotyczące etjologii, objawów i zmian anatomo-patologicznych tej ciekawej a zaledwie od kilkunastu lat znanej choroby.

Jak wiele zajmują się promienicą, dosyć przeczytać pracę PARTSCH'a ¹⁾, który powołuje się na 108 autorów, piszących o tem cierpieniu.

Zwiększająca się liczba spostrzeżeń promienicy u ludzi w ciągu ostatnich lat bynajmniej nie zależy od rozszerzenia się choroby, ale jest po prostu wynikiem ściślejszego badania lekarzy, który przy rozpoznaniu sprawy ustawicznie zmuszeni są posilkować się drobnowidzem.

BARĄCZ ²⁾ podaje, jakoby było znanych tylko 105 przypadków promienicy u ludzi, PETROFF ³⁾ zaś 123, jednak liczba ta jest znacznie większa i dosięga obecnie 150.

U nas w Warszawie widzieliśmy kilka przypadków.

1, 2) dwa FLORKIEWICZA ⁴⁾.

3) jeden obserwowany przezemnie ⁵⁾,

4) jeden na oddziale D-ra ORŁOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus ⁶⁾,

5) jeden przypadek podany przez MATLAKOWSKIEGO,

6) jeden na oddziale chirurgicznym na Pradze,

czyli ogółem przeprowadziliśmy ściśle kliniczne badanie wraz z drobnowidzowymi poszukiwaniami w 6 spostrzeżeniach.

W przypadkach 3, 4, 5 i 6 sam dokonałem badań drobnowidzowych i wyniki moich poszukiwań zamieszczam w niniejszym artykule.

Oprócz tych, znam jeszcze u nas kilka spostrzeżeń zupełnie nie ogłoszonych, ale w których promienica była stwierdzona drobnowidzowo. W literaturze naszej istnieje więcej znanych przypadków, do tych należy: jedno spostrzeżenie ZIEMBICKIEGO [1886], jedno LURKIEWICZA i dwa BARĄCZA.

Literatura rosyjska posiada także kilka dokładnych obserwacyj; AFANASSJEW ⁷⁾ podaje ich pięć.

1. W 1885 r. WINOGRODOW przy sekcji chorego z kliniki prof. KOSZŁAKOWA znalazł promienicę płuc, opłucnej i osierdzia.

2. W 1886 r. EICHWALD i MONASTYRSKIJ rozpoznali za życia promienicę, przebiegającą pod postacią przewlekłej ropnicy.

3. W 1886 r. MONASTYRSKI, łącznie z prof. AFANASSJEWEM, badali chorego z przetokami na klatce piersiowej; wydzielina z przetok zawierała grudki grzybków promienistych.

4. W 1887 r. prof. AFANASSJEW z D-r JAKIMOWICZEM, na zasadzie drobnowidzowego badania płwociny, rozpoznali promienicę płuc.

5. W ostatnich czasach EICHWALD obserwował promienicę płuc i opłucnej.

¹⁾ PARTSCH. Die Actinomycose des Menschen. Sammlung klinischer Vorträge VOLKMANN's. 1888. Nr. 306/7.

²⁾ Przegląd lekarski. Nr. 1888.

³⁾ PETROFF. Ein Beitrag zur Lehre v. d. Actinomycose. Berliner klinische Wochenschrift 1888. Nr. 27.

⁴⁾ Gazeta Lekarska. N-ra 45—48. 1885.

⁵⁾ Kronika Lekarska. 1886.

⁶⁾ Gazeta Lekarska. Nr. 27. 1887.

⁷⁾ AFANASSJEW. Ueber die klinische Mikroskopie und Bacteriologie der Actinomycosit. St. Petersburg Medicinische Wochenschrift. Nr. 10. 1888 r.

Szóste spostrzeżenie przytacza PETROFF; w tym przypadku promienica rozwinęła się w płucach.

Pomimo tego, że promienica posiada dosyć wybitne objawy, jednak bez ścisłego badania drobnowidzowego bądź to ropy, bądź płwociny, kału lub moczu, nie możemy dokładnie rozpoznać cierpienia, gdyż mamy wiele innych chorób, przedstawiających złudne podobieństwo do promienicy w swoim przebiegu. Do takich cierpień zaliczyć można: *tuberculosis*, *lucis*, *malleus*, *pyaemia chronica*, a nawet zaniedbane formy *periostitidis maxillaris* i wiele innych. Zdawało by się, że grzybek promienisty jest nader łatwy do wykrycia przy pomocy drobnowidza, gdyż nawet małe powiększenia w zwykłych warunkach wybornie go uwydatniają, lecz niekiedy napotykamy na dosyć znaczne przeszkody, utrudniające nam badanie; nie mówię tu już nawet o możliwości przyjmowania kryształów kwasów tłuszczowych za grzybki, gdyż wprawny badacz łatwo ustrzeże się tej pomyłki.

Niekiedy ilość grzybków promienistych w wydzielinie jest tak mała, że potrzeba kilkakrotnego i to nader skrzętnego poszukiwania, aby je wykryć. Znanym jest przypadek PONFICK'a, gdzie badanie drobnowidzowe nie mogło wykryć w wydzielinie obecności grzybków promienistych i dopiero po śmierci, po starannem poszukiwaniu, znaleziono bardzo nieliczne twory. PONFICK przypadek ten nazwał *Actinomycosis sine Actinomyces*.

Jedną z wybitnych cech promienicy są własności ropy, w której znajdujemy grzybki promieniste w postaci zlepeków rozmaitej wielkości. Zlepki te, o nieprawidłowej formie, są szarawe, blado-żółte, lub żółto-pomarańczowe, posiadają pewną odporność przy rozgniataniu, lub też są miękkie, co zależy od stopnia zwapnienia.

Obecność takich grudek w wydzielinie daje nam możność wnioskowania, że mamy do czynienia z promienicą. Niekiedy grudki te są tak drobne, że przy rozpatrywaniu wydzieliny gołym okiem nie spostrzegamy ich, dlatego też jeżeli podejrzujemy promienicę, ropę należy rozpatrywać uprzednio pod lupą, wyszukiwać zlepki, ostrożnie wyjmować igłą i następnie badać pod mikroskopem. O łatwości niedostrzeżenia grudek w wydzielinie miałem sposobność przekonać się przy badaniu wydzieliny i tkanek chorego, zmarłego skutkiem promienicy w szpitalu na Pradze.

Szczegóły łaskawie zostały mi udzielone przez kolegę JASIŃSKIEGO.

P...ski, 30 lat wieku liczący, pod koniec 1883 roku prawie dwa miesiące pozostawał na oddziale D-ra ORŁOWSKIEGO, z powodu zapalenia okostnej na żuchwie. Wytworem tego zapalenia było wówczas dość znaczne i bolesne obrzmienie, które jednak znikło przy stosowaniu wewnętrznem jodku potasu. W dwa miesiące po wypisaniu się chorego ze szpitala, ból szczęki powrócił, z prawej strony wystąpił ból zębów trzonowych dolnych, stwardnienie i obrzmienie okostnej, wreszcie powstał ropień, który otworzył się na zewnątrz i u prawego kąta żuchwy dał początek przetoce trwającej dwa lata. W takim stanie w 1885 r. chory udał się do kol. JAWDYŃSKIEGO, który mu usunął dwa spróchniałe zęby trzonowe. Skutkiem tego obrzmienie znikło i przetoka się zagoiła.

Po roku jednak pojawiło się mocne strzykanie w twarzy, a żuchwa na nowo obrzmiała; obrzmienie następnie przeszło na okolicę skroniową i wreszcie po dwóch

miesiącach powstał rozległy ropień, który choremu na prowincyi przecięto i przedrenowano. Od tego czasu po prawej stronie zaczęły występować guzy na skroni, na powiekach, na wyrostku sutkowym, na kości ciemieniowej, nad guzem czołowym.

Na guzach tych skóra sinieje, guzy ulegają rozpadowi, powstają drobne przetoki, niewiele sączące, przylączy się obrzmienie połowy twarzy i głowy, przytem zakrycie oka prawego obrzmiałemi powiekami. W takim stanie chory zapisał się do szpitala na Pradze. Po zachloroformowaniu chorego, wszystkie guzy i przetoki przez kol. JASIŃSKIEGO były poprzecinane, przyczem okazało się, że większość ich była połączona minami przebiegającymi wśród grubej, twardej tkanki bliznowatej. Guzy miały rozmaitą wielkość, nie posiadały zbyt ścisłych granic, były miękkie i na przekroju usiaue żółto-szaremi drobnymi ziarnkami. Po wyskrobaniu takich ziarenkowatych ognisk, widać było na dnie każdej jamki jakby ciemną sinawą plamę. Pod temi plamkami znajdowały się nowe ogniska dosięgające aż do kości, która w tych miejscach uległa owrzodzeniu. Wszystkie te miejsca były starannie usunięte i wyskrobane.

Początek choroby, przebieg bezgorączkowy, zawartość ropni i guzów, sposób szerzenia się, brak zupełny zajęcia gruczołów chłonnych, wszystko to wskazywało na promienicę. Pomoc lekarska w danym przypadku nie przyniosła żadnej korzyści.

Na dwa tygodnie przed śmiercią chory utracił przytomność, lecz nie całkowicie, gdyż niekiedy na pytania odpowiadał.

Umarł przy wysokim stopniu wyniszczenia bez objawów gorączkowych dnia 8. XI. 1886 roku.

Sekcja na nieszczęście nie mogła być zrobiona, otworzono tylko czaszkę. W lewej półkuli znaleziono dwa guzy, obok siebie leżące, jeden wielkości dużego orzecha włoskiego, drugi cokolwiek mniejszy, guzy te dotykały do samej powierzchni mózgu, *dura mater* w tem miejscu zrosnięta z guzami. Na przekroju guzy posiadały budowę jamistą, jamki były wypełnione gęstą zielonkową ropą. Ropa ta na pierwszy rzut oka nie przedstawiała nic szczególnego, ale po rozpostarciu jej na szkiełku i przy rozpatrywaniu pod lupą, znajdowaliśmy wraz z D-rem PRZEWOSKIM drobnutkie ziareczka, które po starannem oczyszczeniu, badane pod drobnowidzem, okazały się zlepkami grzybków promienistych.

Przy badaniu budowy guzów znalazłem, że każdy z nich jest złożony z kilku ognisk jednolitej budowy, poroździelanych mniej lub więcej szerokimi smugami tkanki łącznej, każde zaś ognisko składa się z drobnych okrągłych komórek, zupełnie podobnych do ziarninowych. Pośród tych ognisk znajdujemy rozrzuconą dosyć znaczną ilość kolonij grzybków promienistych.

Środkowa część grzybka zbita, dosyć niewyraźna, na obwodzie wybiegają drobne pałeczki, kulisto zakończone; zakończenia te są silnie błyszczące. W strzępiastych ściankach jamek, które pozostały skutkiem rozpadu środkowej części oddzielnego ogniska, znajdujemy także grzybki promieniste.

Drugi przypadek promienicy, badany przezemnie drobnowidzowo, dotyczy 46-letniego mężczyzny [stronę kliniczną opisał kol. MATŁAKOWSKI], któremu od 14 lat wypadaly stopniowo zęby. Przed 6 tygodniami utworzył się choremu

zwolna guz poniżej kąta dolnej szczęki, a na tydzień przed badaniem powstał w tem miejscu ropień, w zawartości którego drobnowidz wykazał obecność grzybków promienistych. Guz był wielkości dużego jaja kurzego, jednak więcej płaski, dosyć twardy, o granicach niezbyt wyraźnych. W kilku miejscach na powierzchni guza znajdujemy wygórowania, bardziej miękkie aniżeli inne części otaczające, na wygórowaniach tych spostrzegamy otworki prowadzące w głąb tkanki. Skóra na całym guzie nie przedstawia widocznych zmian, za wyjątkiem miejsc wygórowanych, gdzie jest cienka, błyszcząca i sinawa. Po przecięciu guza w kilku kierunkach widzimy, że powierzchnia przekroju jest mozaikowata, w rozmaitych miejscach guza znajdujemy oddzielne wysepki wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. Wysepki te są bardziej miękkie aniżeli tkanka otaczająca, szarawe, z widocznym rozwojem drobnych naczyń, posiadają granice dosyć wyraźne. Niektóre z nich docierają do samej powierzchni i miejscami niszczą naskórek, co odpowiada owym otworkom. Na rozkroju nigdzie nie widzimy budowy jamistej, jak to było w przypadku poprzednim.

Na zasadzie badań wydzieliny, pokazywanej mi przez kol. DUNINA, spodziewałem się, że powierzchnia rozkroju owych guziczków będzie usiana pasorzytami w postaci żółtawych plamek, jednak oczekiwania moje nie sprawdziły się; gołym okiem przynajmniej w guzikach nie mogłem rozpoznać nic podobnego.

Dlatego też wyciąłem całkowicie kilka guzików, wrzuciłem je do alkoholu absolutnego, a następnie przeniósłem do celloidyny. Skrawki robiłem mikrotomem i barwiłem je rozmaitemi sposobami, poczynając od pikrokarminu, który mi okazywał znakomite usługi już dawniej przy badaniu promienicy u wołów.

Aby ustrzedz się pomyłki, rozpatrywałem każdy guzik oddzielnie warstwami i poszukiwania moje dały następujące wyniki.

Guziczki zajmują całą grubość skóry, tkankę podskórną i przenikają mięśnie. Każdy z nich składa się z drobnych okrągłych komórek, zupełnie podobnych do ziarninowych. W pobliżu guzików znajdujemy albo nieprawidłowo rozrzucone drobno-komórkowe nacieczenia, albo też tworzą one oddzielne wysepki; nacieczenia takie spotykamy miejscami tuż bezpośrednio pod naskórkiem. Miejscami znajdujemy znaczny rozrost tkanki łącznej, tworzy ona formalną sieć, której oka doszczętnie są wypełnione okrągłymi komórkami ziarninowymi.

Takież same komórki wciskają się pomiędzy oddzielne grupy włókien mięsnych, rozdzielają je, a niekiedy napotkać można i takie miejsca, gdzie oddzielne pęczki mięsne znajdują się pośród drobnokomórkowej masy. W głębi oddzielnych większych guzików znajdujemy kolonie grzybków promienistych. Przedstawiają one w środkowej swej części zwój nici, z którego ku obwodowi w postaci promieni wybiegają nitki; promieniste te gałązki jednak nie mają o w y c h k o l b k o w a t y c h r o z s z e r z e ń, jak to widziałem w tymże przypadku w ropie. Miejscami tylko rozpoznać można nieznaczne zgrubienia, skutkiem czego zakończenia te mają formę równych pałeczek, które jednak nie błyszczą. Komórki otaczające grzybki nie uległy jeszcze zmianom, przylegają wprost do grzybka, który jest zupełnie wcisnięty pomiędzy nie.

Kładę nacisk na tę okoliczność, że ilość kolonij grzybków promienistych w danym razie jest bardzo mała i że nie we wszystkich guziczkach mogłem je wykryć.

Mamy tu do czynienia ze sprawą nader świeżą, gdyż zaledwie trwającą od kilku tygodni. Guziki i to tylko powierzchowne, uległy rozpadowi w bardzo małym stopniu, w tych guzikach nader trudno wykryć obecność pasorzytów.

Należy przypuszczać, jak to już zauważył ISRAEL, że z rozwojem sprawy, środkowa część komórek granulacyjnych, dotykająca samych grzybków, ulega przemianom wstecznym, wreszcie rozpada się, skutkiem czego powstaje jamka wypełniona drobnoziarnistym rozpadem, stłuszczałami komórkami, ciałkami ropnemi, a pośród tej masy zawieszone są kolonije grzybków promienistych, które naturalnie muszą także ulegać zmianom. Być bardzo może, że wtedy powstają w nich owe kolbkowate rozszerzenia, które BOSTROEM uważa za formy inwolucyjne.

Nie mogłem tego jednak sprawdzić drobnowidzowo, gdyż guzik, który uległ największym zmianom, pękł przed tygodniem i przy badaniu składał się tylko z masy granulacyjnej, w części rozpadłej, pośród której jednak już nie znalazłem kolonij grzybków. Te zaś kolonije, które spotykałem, znajdowały się w tkance ziarninowej. Jaką drogą w danym przypadku dostały się pasorzyty do ustroju? Choremu wypadały zęby od 14 lat, przed rokiem wypadły ostatnie, lecz zęby te nie były spróchniałe. Gdyby sprawa szła przez zębodoły, kość przedstawiałaby pewne zmiany. Być bardzo może, że grzybek dostał się wraz z pokarmami do jamy ustnej, z kąd przez uszkodzoną błonę śluzową przeniknął głębiej i zatrzymawszy się w tkance podskórnej wywołał cały szereg zmian.

Trzeci chory, dotknięty promienią, był Antoni Mróz, wieku lat 22, parobek od młynarza, [pochodził z okolic Prasnysza], dobrze zbudowany i odżywiony. Na dwa lata przed przybyciem do szpitala zaczęły mu się tworzyć w okolicy dolnej szczęki guzy, które stopniowo miękły, pękały i dawały początek trudno gojącym się przetokom. Jednocześnie wystąpił szczękościsk, chory uczuwał straszne bóle w lewej połowie twarzy.

Pe długich wędrówkach nareszcie przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 17. VIII. 1886 r. i był umieszczony na oddziale D-ra ORŁOWSKIEGO, gdzie go też miałem sposobność zbadać.

Niektóre dane dotyczące tego przypadku podał sam D-r ORŁOWSKI ¹⁾ w swoim sprawozdaniu.

Cała lewa połowa twarzy cokolwiek obrzmiała, w okolicy kąta dolnej szczęki stwardnienia i liczne blizny, na niektórych z nich otworki przetoki jeszcze nie zagojone.

Nad lewą brwią i na lewej skroni znajdują się nieznaczne wygórowania, w postaci guzów rozlanych; guzy te są pół chełboczące; przy obmacywaniu tych miejsc, łatwo można było wyczuć w kości zagłębienia o brzegach dosyć ostrych.

¹⁾ ORŁOWSKI, Gazeta Lekarska. 1887. Nr. 27.

Chory skarży się na nader dokuczliwe bóle w lewej połowie głowy, które mu nie pozwalają zupełnie spać. Szczękościsk tak znaczny, że do jamy ustnej zaledwie można wprowadzić koniec małego palca.

W okolicy skroniowej jeden z guzików był przecięty, zawartość składała się z ziarniny pomieszaney z niewielką ilością ropy; w ropie zarówno jak i w ziarninie znalazłem niewielkie żółte punkciaki, badanie których wykazało obecność grzybków promienistych. Chory nie chciał zgodzić się na żadną operację i wkrótce opuścił szpital. Dalsze jego losy nie są mi znane. Mielśmy tu do czynienia z promienicą szczękową, rokowanie w danym przypadku nie mogło być zbyt pomyślne, gdyż choroba już się znacznie rozszerzyła i sądząc z objawów, dosięgała podstawy czaszki, a nawet samego mózgu. Pasorzyt przeniknął do ustroju prawdopodobnie także przez jamę ustną.

Kwestya przenikania grzybka promienistego do ustroju ludzkiego nie jest jeszcze dostatecznie zbadaną. ISRAEL wskazał, że jama ustna, gardziel, kanał pokarmowy i narządy oddechowe przedstawiają ubitą drogę, przez którą może nastąpić zarażenie; wszystkie też znane sobie przypadki, ISRAEL starał się uporządkować stosownie do tego w trzy wielkie grupy.

Tymczasem badania późniejsze pokazały, że są spostrzeżenia, które nie dają się podciągnąć pod żadną ze znanych form promienicy.

Już JOHN¹⁾ badając zwierzęta, widział u koni kilka przypadków przewlekłego zapalenia sznurka nasiennego, skutkiem obecności grzybków promienistych; zarażenie według wszelkiego prawdopodobieństwa nastąpiło przez ranę. Wiadomym również jest przypadek ZEMANN'a *salpingitidis actinomycoticæ* u kobiety, gdzie mamy wszelkie prawo przypuszczać, że zarazek wtargnął przez pochwę.

PONFICK²⁾ również podał ciekawe spostrzeżenie, gdzie przypuszcza, że grzybek promienisty przedostał się do ustroju przez ranę palca.

Oba te przypadki ISRAEL objaśnia inaczej i podprowadza pod swoje grupy.

PARTSCH³⁾ opisuje spostrzeżenie, gdzie po wycięciu raka sutki na bliźnie, w dwa miesiące po zagojeniu rany, powstały ropnie i przetoki, w wydzielinie których znaleziono grzybki promieniste. Oczywiście trudno gojąca się rana po wycięciu raka uległa zarażeniu.

HOCHENEGG⁴⁾ podaje analogiczne do tego spostrzeżenie, gdzie u dziewczyny pracującej w oborze, rozwinęła się promienica szczękowa na miejscu opróżnionego kaszaka. Sprawa ograniczała się tylko do skóry i zarażeniu według wszelkich danych uległa rana, po wyciśnięciu zawartości kaszaka przez chorą. Posiadamy zatem przypadek pierwotnej promienicy skóry.

¹⁾ JOHN. Beiträge zur Aetiologie der Infectionsgeschwülste. [Bericht über das Veterinärwesen in Königreich Sachsen. 1884. pag. 46].

²⁾ PONFICK. Die Actinomybose des Menschen, str. 16.

³⁾ PARTSCH. Einige neue Fälle v. Actin. d. Menschen. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1886. Bd. XXIII.

⁴⁾ HOCHENEGG. Wiener medicinische Presse. 1887. Nr. 16, 17 i 18. Zur Casuistik der Actinomybose des Menschen.

PARTSCH przytacza jeszcze inny przypadek, gdzie wykryto promienicę ściany brzusznej, przebiegającą pod postacią ropnia.

Następnie w 1887 roky BOLLINGER podał nader ciekawe spostrzeżenie pierwotnej promienicy mózgu u człowieka.

26-letnia, kobieta z zepsutemi zębami, która w ciągu ostatnich kilku lat używała nader wiele mleka, zaczęła podlegać silnym bólom głowy.

Po upływie pewnego czasu nastąpiła *paresis n. abducentis* z lewej strony, napady bólu głowy zwiększały się i były tak silne, że chora traciła przytomność. Rozpoznawano nowotwór mózgu. Stan chorej stawał się coraz gorszy i na koniec nastąpiła śmierć. Sekcja w organach piersiowych i brzusznych nie wykryła nic szczególnego, natomiast w mózgu w 3 komórce wykryto guzik torbielowaty, wielkości orzecha laskowego (*cystischer Tumor*), który miał wygląd torbielo-śluzaka. W płynnej zawartości guzika drobnowidz wykazał liczne kolonie grzybków promienistych. Jaką drogą pasorzyt dostał się do mózgu, trudno bardzo określić. Czyżby z mlekiem którego chora używała w nadmiernej ilości, do kanału pokarmowego, a ztamtąd do mózgu?

Etyjologia promienicy u człowieka pozostawia jeszcze wiele do życzenia. W większości przypadków nic nie wiemy, w jaki sposób przedostały się pasorzyty do ustroju. ESMARCH, KOENIG, ROTTER i inni przytaczają spostrzeżenia, gdzie promienica mogła się rozwinąć skutkiem przeniesienia zarazka od zwierząt. ISRAEL jednak nie podziela tego poglądu, według niego grzybki dostają się wraz z pokarmami szczególnie roślinnego pochodzenia. Za tym też poglądem przemawia głównie spostrzeżenie SOLTSMANN'a ¹⁾, gdzie grzybek promienisty został wprowadzony z połkniętym kłosem jęczmienia mysiego (*hordeum murinum*). Jest to pierwsze spostrzeżenie, w którym etyjologia nie przedstawia żadnej wątpliwości.

Również dosyć jasną etyjologię posiada inne spostrzeżenie, podane przez ISRAEL'a ²⁾. Dotyczy ono chorego zmarłego skutkiem promienicy płuc. Na sekcji znaleziono w lewym płucu pośród wielkiej jamy odłamek zęba spróchniałego. Ząb ten przypadkowo dostał się z jamy ustnej do oskrzeli, a z nim przedostały się grzybki promieniste i wywołały pierwotne porażenie narządu oddechowego.

BARĄCZ ³⁾ podał dwa przypadki promienicy, w jednym z nich rozwój choroby stara się wytłómaczyć przez przeniesienie zarazka z człowieka.

G., właściciel dorożek, który miał wiele do czynienia z końmi, uległ promienicy szczękowej, w kilka miesięcy zaś potem taż sama choroba powstała u jego narzeczonej. BARĄCZ rozwój promienicy u niej objaśnia przeniesieniem zarazka przez pocałunki; wyklucza zaś inny sposób dostania się grzybka do ustroju „wobec tego, że inne osoby były zupełnie zdrowe, chora wcale do stajni nie wchodziła i z krowami żadnej styczności nie miała“.

¹⁾ SOLTSMANN. Ueber Aetiologie u. Ausbreitungsbezirke der Actinom. „Jahrbüch. f. Kinderheilk. T. 24. 1886.

²⁾ ISRAEL. Deutsche Medizinal Zeitung. Nr. 32. 1876.

³⁾ BARĄCZ. Przegląd Lekarski. Nr. 14. 1888.

Objaśnienie autora jest prawdopodobne, lecz nie można się zgodzić bez żadnego zastrzeżenia na to, aby spostrzeżenie to miało tak jasną etjologię, a jednocześnie wykazywało przenośność promienicy z człowieka na człowieka, gdyż na to nie posiadamy dostatecznie przekonujących dowodów.

Również dobrze w tym przypadku promienica mogła być zaszczipioną przez użycie jednych i tych samych pokarmów.

Z KLINIKI PROFESORA RIEGEL'A W GIESSEN.

III. O CZYNNOSCI RUCHOWEJ ŻOŁĄDKA.

Podał

Władysław Bruner,

ordynator kliniki dyagnostycznej w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania soku do wystąpienia odczynu	U w a g i.	Nr.	Rozpoznanie.	Czas w minutach od podania soku do wystąpienia odczynu.	U w a g i.
1	<i>Carcinoma ventr.</i>	50	Brak kwasu solnego, fermentu mlecznego. Białka w 24 godziny nie trawi. Po próbnym obiedzie po 5 godzinach duże bardzo ilości niestrawionych pokarmów.	6	<i>Catarrhus chron.</i>	40	Ślady kwasu solnego. Wymioty, po próbnym obiedzie dużo niestrawionego pokarmu.
2	"	60	"	7	<i>Ulcus ventriculi.</i>	60	
3	"	100	"	8	<i>Hyperaciditas (neurasihenia).</i>	150	Po 5 godzinach po próbnym obiedzie bardzo mało niestrawionych pokarmów.
4	<i>Hypersecretio et hyperaciditas.</i>	50	Wszystkie odczyny na kwas solny dodatnio wypadają. Stopień kwaśności 0,42. Po próbnym obiedzie	9	<i>Gastritis acuta.</i>	60	
5	"	80	dużo bardzo niestrawionych pokarmów po 7 godzinach.	10	<i>Ulcus ventriculi.</i>	90	
				11	<i>Hypersecretio.</i>	70	Dużego stopnia rozszerzenie.
				12	<i>Dyspepsia neurosa.</i>	90	Małego stopnia rozszerzenie.

Z doświadczeń tych widać, że właśnie tam, gdzie mieliśmy do czynienia ze znacznym rozszerzeniem i gdzie należało się spodziewać opóźnienia się odczynu, odczyn ten zazwyczaj nie później niż w zwykłych występował warunkach i odwrotnie. Tak na przykład w trzech przypadkach raka żołądka ze znacznym bardzo rozszerzeniem raz jeden tylko, pomimo kilkakrotnie powtarzanych badań, otrzymałem odczyn po 100 minutach; u chorego z sokotokiem [Nr. 4] i rozszerzeniem z początku wieczoru występował po 50 minutach, następnie zaś pomimo poprawienia się stanu chorego po 80 minutach i t. p..

Tak niedokładne wyniki przy badaniu metodą EWALD'a i SIEWERS'a dziwić nas nie mogą. Z łatwością można sobie przedstawić, że pomimo wielce upośledzonej czynności ruchowej żołądka, nie mogącej podolać pokarmom wprowadzonym do niego, i które wskutek tego do kiszek przedostać się nie mogą, czynność owa jest zupełnie wystarczająca dla przedostania się proszku salolu do przewodu pokarmowego. Zawieszony w zawartości żołądkowej salol, przy minimalnych nawet ruchach żołądka, do kiszek dostać się może i to nam tłumaczy, dlaczego przy znacznym bardzo niedowładzie żołądka odczyn również prędko jak u zdrowych występować może; odwrotnie też zachodzić mogą i zachodzą często warunki, powodujące opóźnienie się odczynu u zdrowych, co zależnem jest od tego, że sam mechanizm przedostania się salolu do kiszek, rozpadnięcia się jego i wessania jest tak złożony, że różnym wahaniom ulegać musi.

Zestawiając wyniki naszych badań u zdrowych i chorych, musimy przyjąć do wniosku, że czas wystąpienia odczynu w moczu po przyjęciu salolu nie może nam wskazywać na stan ruchowej czynności żołądka i że wskutek tego metoda EWALD'a i SIEWERS'a jest zbyt niedokładną, ażeby mogła znaleźć zastosowanie w celach naukowych i praktycznych.

Pozostawało ciągle zatem jeszcze do życzenia posiadać metodę, określającą ruchową siłę żołądka. W ostatnich czasach pojawiła się w tym kierunku praca KLEMPERER'a ¹⁾, który dla określenia czynności ruchowej żołądka, wprowadzał doń, po uprzednim opróżnieniu, 105 gram. czystej oliwy i z ilości wydobytej po 2 godzinach oliwy, a właściwiej z ilości przeprowadzonej do kiszek oliwy wnosił o sile ruchowej danego żołądka. Z doświadczeń jego wynika, że zdrowy żołądek jest w stanie przepchnąć 70—80 gram. w ciągu dwóch godzin, u chorych z cierpieniem żołądka ilość ta waha od 20—50 grm..

Tłuszcze, jak wiadomo, ulegają bardzo nieznacznej zmianie w żołądku [oddzielają 1—2% kwasów tłuszczowych] posiadają zatem, zdaniem KLEMPERER'a, wszelkie warunki dla zastosowania ich w celu określenia czynności ruchowej żołądka, pozwalając jeszcze w każdym przypadku liczebnie w gramach, z ilości oliwy przepchniętej do kiszek oznaczyć jego siłę ruchową. Badając za pomocą tej metody chorych z cierpieniami żołądka, KLEMPERER miał możność przekonania się, że punkt ciężkości znacznej liczby cierpień żołądka [nieżyty, nerwice i t. d.], spoczywa w upośledzeniu ruchowej czynności, wraz z poprawą której zaburzenia ustępują, pomimo trwania zboczeń w innych czynnościach żołądka. Leczenie przeto w tych razach powinno być wyłącznie skierowane na ośrodki nerwowe żołądka, zawiadujące jak wiadomo jego czynnością ruchową.

Chcąc się o dokładności tej metody przekonać, wykonałem szereg doświadczeń u zdrowych i u cierpiących na żołądek, trzymając się ściśle wskazówek KLEMPERER'a, to jest, po należytem przepłukaniu żołądka, wprowadzałem 105 grm. oliwy, po 2 godzinach wydobywałem zawartość i przepłukiwałem żołądek wodą, aż dopóki cała oliwa wydaloną została; oddzielałem za pomocą eteru oliwę, którą po odparowaniu eteru określałem wagowo.

¹⁾ Deutsche Med. Wochenschrift. 47. 1888.

Przekonałem się, że u ludzi zdrowych [20] zupełnie, ilość przepchniętej do kiszek oliwy wynosiła nie 80 lub 70 grm., lecz bardzo często 50 tylko grm.; na takie wahania zwrócili już uwagę EWALD i BOAS w swych doświadczeniach z oliwą, dokonanych w zupełnie innych celach; u osobników z cierpieniami żołądka ilość przepchniętej do kiszek oliwy mniejszą jest zazwyczaj, ale nie stale, aniżeli u ludzi zdrowych, przyczem różnice te, pomimo znacznego stopnia niedowładu, nie są zbyt jaskrawe i tak znaczne, jak to otrzymywał KLEMPERER i nie odpowiadają stopniowi niedowładu. W przypadku ze znacznem rozszerzeniem na gruncie sokotoku i nadmiernej kwaśności, gdzie po 12 godzinach znaczne ilości niestrawionych pokarmów wydobywałem, ilość przepchniętej do kiszek oliwy wynosiła dwa razy po 60, raz 55 grm., gdy tymczasem u innego osobnika z nieznacznem rozszerzeniem, tylko 40 grm. oliwy do kiszek przedostać się mogło.

Nie możemy zatem z otrzymanych przez nas cyfr wnosić o istnieniu, a tem bardziej o stopniu niedowładu żołądka i zbyt jest ryzykownem, jak to wykazały nasze doświadczenia, z ilości kilku lub kilkunastu gram mniej lub więcej przepchniętej do kiszek oliwy, wnosić o punkcie ciężkości cierpienia i o skuteczności naszego leczenia, jak to czynił KLEMPERER, gdyż to tylko do fałszywych wniosków rozpoznawczych i terapeutycznych doprowadzić może. Prócz tego jeszcze ujemną stronę tej metody stanowiłaby musiała trudność stosowania jej w praktyce, a zwłaszcza nieobojętność jej, gdyż wiadomo z codziennego doświadczenia jak szkodliwie nadmiar tłuszczu działa na błonę śluzową zdrowego, a tembardziej chorego żołądka, wystawionego przy tej metodzie na dwugodzinne działanie tak znacznych ilości oliwy.

Przeciwko obu powyższym metodom, EWALD'a i KLEMPERER'a, niezależnie od niedokładności ich wyników trzeba podnieść jeszcze ten ciężki zarzut, który wszystkim podobnym metodom tu należy zrobić, że nie mają charakteru fizjologicznego.

Nie ulega najmniejszej kwestyi, że dla ocenienia siły ruchowej żołądka, należy używać tylko takich bodźców, które w zwykłych fizjologicznych warunkach na jego błonę śluzową działają. Z odczynu, który występuje wyłącznie po takich bodźcach, mamy prawo pewne wyprowadzać wnioski, sztuczne zaś pobudzenie bez najmniejszej wątpliwości inny, niezwykle wywołuje skutek. Nie można zatem sądzić o czynności ruchowej żołądka, wprowadzając doń ciała mu obce, lub do których w tej ilości nie przywykł, oceną jego siły ruchowej może być wyłącznie tylko pokarm mieszany, stanowiący nasz zwykły, odpowiadający potrzebom ustroju posiłek.

LEUBE w tym celu po 7 godzinach po próbnym obiedzie, składającym się z zupy, befsztyku i bułki, wydobywał z żołądka zawartość i przekonał się, że prawidłowy żołądek w tym czasie jest już pusty, lub tylko nieznaczne strzępki zawiera, większe ilości pokarmów po 7 godzinach zalegające w żołądku wskazują na niedowład jego błony mięśniowej.

Późniejsze doświadczenia przekonały, głównie jest to zasługa RIEGEL'a, że metoda LEUBE'go może wskazywać tylko na duże stopnie niedowładu, gdyż przy umiarkowanie osłabionej czynności ruchowej, żołądek po 7 godzinach może już być zupełnie pustym, co pozbawia nas możliwości określenia mniej więcej chociaż

stopnia niedowładu. Idealną, że się tak wyrażę, metodą dla oznaczenia sprawności ruchowej żołądka byłaby ta, któraby dozwalała określić, jakie ilości pewnego pokarmu w przeciągu pewnego czasu żołądek opuszczają z uwzględnieniem jednocześnie jego czynności chłonniczej.

Niestety nie jesteśmy w stanie zadość uczynić temu. Piękne prace PENZOLDT'a ¹⁾ i innych nie doprowadziły do pożądaných wyników, i w każdym razie sposób ten nie nadawałby się do celów praktycznych.

Dla tych celów najlepszą dotychczas jest metoda, jaką RIEGEL w klinice swej stosuje, mianowicie wydobywanie zawartości żołądka po 5 godzinach po próbnym obiedzie. Z ilości i makroskopowego wyglądu wydobytej zawartości żołądka wnosić można o jego czynności ruchowej.

Metoda ta, jakkolwiek matematycznie ścisłą nie jest, dokładnych liczbowych lub wagowych wyników dać nie może, dozwala przy pewnej wprawie sądzić o istnieniu i stopniu niedowładu, i każdy żołądek, który po 5 godzinach po próbnym obiedzie jest pusty, lub nieznaczne tylko ilości pokarmów zawiera, gdyby nawet z oliwą rady dać sobie nie mógł, salolu do kiszek nie przepchał, za posiadający prawidłową siłę ruchową uważać należy. Przy stosowaniu tej metody w badaniu chorych z cierpieniami żołądka, wielokrotnie mogłem się przekonać, że upośledzenie czynności ruchowej nie stanowi głównej przyczyny pogorszenia się stanów nieżytowych błony śluzowej żołądka i istotę wielu jego cierpień nerwowych, jak to utrzymuje KLEMPERER i w wielu zwłaszcza razach nerwic żołądka ruchowa siła pozostawała nietknięta, pomimo znacznych dolegliwości.

W większości przypadków zaburzenia w czynności ruchowej żołądka idą ręką w rękę z zaburzeniami innych jego czynności, które przy badaniu i leczeniu zawsze na równi uwzględnić należy.

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Przypadek *spinæ bifidæ*, z zarośniętym otworem w kolumnie kręgosłupa.

W dniu 5 Listopada r. b. przyjętą została do oddziału niemowląt, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, Karolina Miłucha, 5 dni wieku licząca, u której w okolicy lędźwiowej znajdował się guz okrągławy, wielkości średniego jabłka [średnica guza równała się 6 ctm.]. Zajmował on dolną część tej okolicy, ponad poziomem której wznosił się na 3½ ctm., był przeto zlekka od góry spłaszczonym. Na obwodzie swym miał on liczne, a płytkie wcięcia, które nadawały mu wygląd przypominający nieco pomidor. Podstawa guza, wydłużona w kierunku z góry ku dołowi, przechodziła u góry i u dołu, prawie bezpośrednio, w otaczającą, lekko zaczerwienioną skórę, po bokach zaś tworzyła z nią rodzaj dość głębokiej bruzdy.

Skóra pokrywająca wierzchołek guza, ciemno-brunatna, miejscami prawie czarua, wilgotnawa, na obwodzie sino-czerwona, z dość mocno nastrzykniętymi żyłami. Napięcie guza, jakby zlekka przeświecającego, nieznaczne; chęłbotanie wyraźne. Poprzez ściany guza nic wyraźnego na podstawie wyczuć nie podobna. Obie stopy wywrócone ku wewnątrz. Ruchy kończyn dolnych za-

¹⁾ PENZOLDT. Mittelfränkischer Aerzte Tag in Nütberg. Münch. Med. Woch. Nr. 33.

chowane. Biegunka, połączona z częstymi wydymaniami. Okolica otworu stolcowego stożkowato wypukłona, sino-czerwona. Z otworu wycieka nieco płynnego, żółtawego kału. Stan gorączkowy. Ogólne odżywianie słabe. Waga 2450 grm.. Długość ciała 46 cm.. Obwód głowy 34 cm..

Rozpoznano: *Spina bifida cystica lumbalis. Pes varus duplex. Colitis acuta.*

Chora żyła jeszcze dni 7 [zmarła 11 Listopada], podczas których wygląd guza, opatrywanego gazą jodoformową, nie uległ znacniejszej zmianie, główną zaś uwagę zwracała na się biegunka i lekka gorączka. Badanie pośmiertne, wykonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, dało następujące, pod pewnym względem ciekawe wyniki. Opona miękka, zarówno mózgu jak i rdzenia kręgowego, zmętniała, nieco zgrubiała, w przestrzeniach podpajęcznych znaczne nagromadzenie gęstej ropy (*Leptomeningitis cerebro-spinalis purulenta*). Komórki boczne mózgu znacznie rozszerzone, zawierają sporo mętnego, rzadkiego płynu. Błonka wysięłająca je (*ependyma*) mocno zgrubiała, twarda, pokryta jakby przezroczystymi ziarnkami piasku. *Plexus choroideae* zgrubiałe, żółtawe, pomętniałe (*Ependymitis chronica exacerbata (purulenta). Hydrops ventriculorum chronicus*).

Sam guz zajmuje miejsce 3, 4 i 5 kręgu lędźwiowego, którym brak wyrostków ciernistych wraz z przyległymi częściami łuków kręgowych. Poprzez tak utworzoną szparę w kolumnie kręgowej wydostają się do guza opony, a wraz z nimi i ogon koński rdzenia pacierzowego. Rozdziela się on na kilka gałązek grubości struny basowej, z których jedna przyczepia się pośrodku wewnętrznej powierzchni guza, zkąd, zataczając łuk, zmierza ku dołowi, aby dostać się do kanału kości krzyżowej (*canalis sacralis*), pozostałe zaś [po trzy z każdej strony] rozbiegają się i przyczepiają, każda po swej stronie, do symetrycznych prawie punktów ściany guza, w miejscach odpowiadających obecności, w zwykłych warunkach, dziur międzykręgowych. Jama guza wypełniona była po części płynem mętnym, rzadkim, po części zaś skrzepami włókniaka. Co jednakże głównie wyróżniało nasz przypadek, to zachowanie się szpary powstałej w kolumnie kręgowej. Była ona na całej przestrzeni zamknięta przez błonę cienką, przeświecającą, dość wszelako mocną [prawdopodobnie wytworem zapalnym], poprzez którą rdzeń kręgowy wchodził do jamy i wychodziła z niej u dołu zgrubiała nitka końcowa (*filum terminale*). Obok tego, brak wyrostków ciernistych dotyczył tylko trzech ostatnich kręgów lędźwiowych, gdy właśnie w tej okolicy zboczenie to zajmuje równocześnie i górną część kości krzyżowej.

Zmiany na oponach i w komórkach mózgu, obok paralitycznych objawów ze strony obu stóp, dopełniały ze swej strony klasycznego obrazu cierpienia.

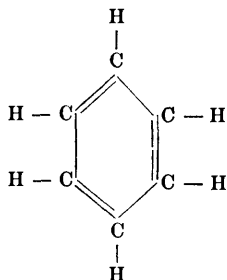
Anders.

Wiadomości terapeutyczne.

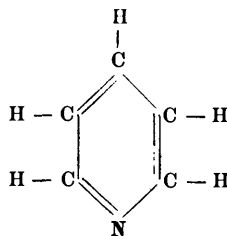
3. Pyridinum. Na drodze empirycznej oddawna znanym był fakt, że czasami w dusznicy (*asthma*) następuje poprawa pod wpływem wdechania dymu, wydzielającego się przy paleniu niektórych substancyj. I tak: jedni chorzy wychwalają skuteczność palącej się bibuły, napojonej saletrą; inni znowu za jedynie skuteczny środek uważają dym z palących się tabletek, urobionych z bielunia (*Datura stramonium*); inni wreszcie doznają ulgi tylko od papierosów z liści bielunia, albo też wprost od zwyczajnych papierosów tytoniowych, lub zwykłych cygar i t. d..

Prof. GERMAIN SÉE [w r. 1885], wychodząc z tej zasady, że wogóle w takim dymie, a szczególnie w dymie tytoniowym znajduje się dużo zasad szeregu pirydynowego, zaczął przy astmie stosować wdechania czystej pirydyny i wyniki otrzymał dodatnie.

Pirydyna należy do zasad szeregu pirydynowego ogólnego wzoru $C_nH_{2n-5}N$ i jest właśnie pierwszym członkiem owego całego szeregu homologicznego.



Benzol.

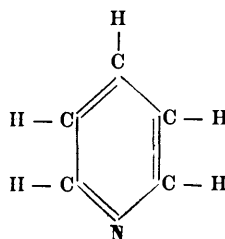


Pirydyna.

Cały ten szereg homologicznych zasad powstaje przy suchej destylacji ciał organicznych, zawierających azot [koście, róg, węgle kamienne] i znajduje się w olejku lotnym ze smoły węgla kamiennych, a w znaczniejszej ilości w olejku z rogu jeleniego (*Oleum animale aethereum*, s. *oleum cornu cervi rectificatum*, s. *oleum animale Dippelli*). W dymie tytoniowym już dawno wykazano pirydynę.

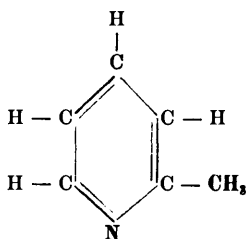
Pod względem budowy chemicznej ¹⁾ pirydyna jest pochodną benzolu. Niezmiernie łatwo do siebie uprzytomni, przyjrzaawszy się załączonym tu dwóm pierścieniom KEKULÉ'go; na nich widać, że pirydyna jest takim benzolem, w którym jeden atom trzywartościowy CH zostaje zastąpiony przez jeden atom trzywartościowy azotu N.

Inne homologi owego szeregu zasad pirydynowych, zawartych np. w olejku DIPPÉL'a, są następujące: pikolina (*picolinum* s. *monomethylpyridinum*), lutidyna (*lutidinum* s. *dimethylpyridinum*) i kollidyna (*collidinum* s. *trimethylpyridinum*). Wszystkie te trzy związki można uważać za pirydynę, w której albo jeden, albo dwa, albo wreszcie trzy atomy wodoru H zostały zastąpione przez jeden, dwa, lub trzy rodniki jednowartościowe metylu CH_3 . To też wszystkie te homologi jasno sobie można przedstawić, jeśli w pierścieniu pirydyny zamiast jednego, dwóch, lub trzech atomów H wstawimy rodnik metyl CH_3 , co najlepiej uwydatnią załączone tu wzory:



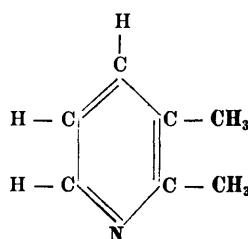
1.

Pirydyna.



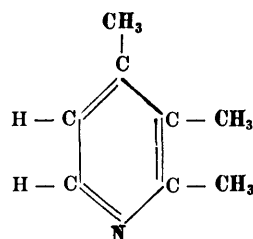
2.

Pikolina,
czyli
monometylpirydyna.



3.

Lutidyna,
czyli
dimetylpirydyna.



4.

Kollidyna,
czyli
trimetylpirydyna.

Pirydyna czysta (*pyridinum purissimum*) jest płynem bezbarwnym, bardzo lotnym, smaku gryzącego, a woni niezmiernie przykrej, przypominającej dym rogu palonego. Pirydyna bardzo łatwo miesza się z wodą, wyskokiem, benzyną i oliwą. Roztwór taki oddziałuje mocno alkalicznie. Wogóle pirydyna zachowuje się jak zasada i łączy się z kwasami, tworząc z nimi związek chemiczny; z kwasem azotnym tworzy bezbarwne kryształy azotanu pirydyny (*pyridinum nitricum*), a z kwasem siarczanym — kryształy siarczanu pirydyny (*pyridinum sulphuricum*). W ostatnich czasach poczęto stosować owe związki, a szczególnie pierwszy, t. j. azotan pirydyny, do użytku wewnętrznego w celu leczniczym.

Już dawniejsze doświadczenia wykazały, że wszystkie zasady pirydynowe działają jednakowo na ustrój ludzki i zwierzęcy; ale że natężenie tego działania jest tem większe, im wyższym jest punkt

¹⁾ Dla łatwiejszego zrozumienia budowy chemicznej grupy aromatycznej odsyłamy czytelnika do N-ru 16 Gazety Lekarskiej z r. 1888, str. 336.

wrzenia każdej z tych zasad. Otóż, ponieważ w tym szeregu homologów pirydyna posiada najniższy punkt wrzenia, a kolidyna — najwyższy, przeto prof. GERMAIN-SÉE wybrał do zastosowania terapeutycznego pirydynę, jako względnie najmniej niebezpieczną.

Doświadczenia fizjologiczne prof. GERMAIN-SÉE i BOCHFONTAINE'a doprowadziły do wniosku, że u zwierząt pod wpływem pirydyny następuje bardzo znaczne obniżenie czynności odruchowej rdzenia kręgowego i ośrodka oddechowego. U człowieka zdrowego po wdechaniu niewielkich [leczniczych] dawek pirydyny następuje skłonność do snu, a czasami i sen. Wszelako sen, wywołany przez pirydynę, nie jest głębokim, ani też nie bywa połączonym z utratą przytomności i czucia; dlatego też pirydyny nie można uważać za środek znieczulający w tem znaczeniu jak chloroform lub eter. Środek ten nie wywołuje ani porażenia ani drgawek. Ale zato w każdym przypadku zauważyć było można zwolnienie napięcia mięśni, oraz zmniejszenie odruchów mięśniowych.

Po przeprowadzeniu doświadczeń z pirydyną na zwierzętach i na człowieku zdrowym, prof. GERMAIN-SÉE zaczął stosować pirydynę w rozmaitych postaciach astmy, a mianowicie: w astmie nerwowej, w astmie nieżytowej przy rozdęciu płuc, oraz w astmie sercowej, a prócz tego w przypadkach gnilnego zapalenia oskrzeli (*bronchitis putrida*). Wszyscy chorzy, według spostrzeżeń prof. SÉE, doznają ulgi pod wpływem wdechania pirydyny: uczucie duszenia się ustępuje, oddech staje się swobodniejszym, uderzenie serca staje się spokojniejszym, regularniejszym, co też uwydatnia się na tętnie. Zaraz po posiedzeniu, albo też w pół godziny potem u wielu chorych występuje skłonność do snu, a nieraz i sen. Szczególniej w przypadkach astmy nerwowej środek rzeczony okazał się bardzo skutecznym; gdyż po 8—14 dniowym leczeniu choroba zupełnie ustępowała. Przy gnilnem zapaleniu oskrzeli płwocina, pod wpływem wdechania pirydyny, zupełnie zmieniała charakter, a prócz tego stan miejscowy oraz ogólny chorego znacznej ulegały poprawie.

Jakkolwiek ze spostrzeżeń prof. GERMAIN SÉE widać, że wogóle pirydyna nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów, jednakże ze wskazówek LUBLIŃSKIEGO wnosić należy, że w niektórych razach trzeba się mieć na baczności ze stosowaniem tego środka; gdyż u niektórych osób powstają młodości, wymioty, bóle i zawroty głowy. Żle znoszą pirydynę szczególnie osoby zbyt mocno osłabione.

W każdym razie z dotychczasowych spostrzeżeń rozmaitych lekarzy wnosić należy, że najskuteczniuszem okazuje się wdechanie pirydyny w przypadkach astmy nerwowej; w tych bowiem razach pirydyna jest istotnie środkiem usuwającym chorobę, gdy tymczasem w innych rodzajach astmy może ona stanowić tylko środek zapobiegawczy (*paliativum*).

Nadmienić tu muszę, że ostatniemi czasy D-r RENZI stosował pirydynę do wewnątrz i takież same otrzymywał wyniki, jak poprzedni badacze. Ale oprócz tego szczególny nacisk kładzie RENZI na pomyślny wpływ wewnętrznej użycia pirydyny w przypadkach niedoskurczu serca (*astholia*). Według zapewnienia tego lekarza pirydyna ma tu przewyższać nawet naparstnicę i może być dłużej stosowaną bez wywołania żadnych nieprzyjemnych objawów.

Napomknąć tu jeszcze należy, że na klinice prof. PENZOLDT'a przeprowadzono spostrzeżenia nad wpływem miejscowego leczenia przy dyfterycie gardła, a mianowicie miejsca zajęte dyfterytem pędzlowano 10% roztworem pirydyny w wodzie z dodatkiem olejku mięty pieprznej. Zachęta do stosowania pirydyny była ta okoliczność, że środek wzmiankowany posiada własności antyparazytarne. Wszystkie osoby dorosłe [38], w ten sposób leczone, wyzdrowiały, ale z 26 dzieci 7-oro umarło wskutek przejścia dyfterytu na krtań. Spostrzeżenia te zresztą, wobec wstrętnej woni pirydyny, wcale nie zachęcają, mojem zdaniem, do stosowania pomienionej metody leczniczej, choćby już i z tego powodu, że inne metody lecznicze, przeprowadzone na tejże samej klinice, dawały takie same wyniki.

O wydatnej własności antyparazytarnej pirydyny przekonał się ostatniemi czasy RADEMAKER, stosując środek ten w postaci wstrzykiwań do cewki moczowej przy r e ż a c z e. Zupełne wyliczenie miało podobno następować zadziwiająco szybko, bo po 3—4 dniach, co jednak nieco wątpliwem mi się wydaje.

Co się tyczy sposobów stosowania, to najdogodniejszym jest następujący, powszechnie używany: pirydyny 3,0—5,0 [3j--5jv] nalewa się na płaski talerz w niezbyt dużym pokoju, w którym chory się znajduje. Pirydyna szybko ulatnia się i niemniej szybko przechodzi do krwi, o czem zresztą można się przekonać badaniem moczu. W tym celu należy mocz zakwasić kwasem solnym i dodać nieco roztworu jodu, albo nieco wody bromowej: w pierwszym razie powstanie osad brunatny, a w drugim—żółto-pomarańczowy. Chory powinien wdychać pary pirydynowe przez 20—30 minut — trzy razy dziennie.

Niektórzy używają pirydyny do wzięcia, a mianowicie 5—20 kropel na 40 gramów wody.

Do użytku wewnętrznego RENZI podaje roztwór pirydyny w wodzie 5—6 kropel, stopniowo dawkę powiększa i dochodzi do 25 kropel na dobę.

Do pędzlowań używa się roztworu pirydyny w wodzie [10%] z dodatkiem kilku kropel olejku aromatycznego, np. *oleum Menthae piperitae*.

Jako wstrzykiwania do cewki moczowej przy rzeżączce RADEMAKER używał roztworu w wodzie, a mianowicie: pirydyny 0,3 [gr. v] na 90,0 [℥ijj] wody.

Ponieważ w każdym razie pirydyna w działaniu swem jest mniej niebezpieczną, niż np. nitrogliceryna, lub azoton amylu (*amylnitrit*), przeto możnaby ją stosować szczególnie w takich przypadkach, w których z jakichbądź powodów obawiamy się owych środków. Stosowną również może się okazać pirydyna w tych przypadkach astmy, w których terapia jodowa nie może być użytą z powodu nieznoszenia jodu i łatwego powstawania zatrucia (*jodismus*).

Pamiętać wszakże należy o tem, że u osób bardzo osłabionych, albo też i u silnych, ale przy użyciu znacznych dawek, mogą wystąpić objawy zupełnie takie same, jak przy nadmiernem paleniu tytoniu, a mianowicie: bicie serca, mdłości, wymioty, zawroty i bóle głowy, a nawet omdlenie.

W każdym razie wielką przeszkodą do szerszego stosowania pirydyny będzie zawsze jej woń nieznosna.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kol. PUŁAWSKI mianowany został ordynatorem nowootworzonego czasowego oddziału dla chorób wewnętrznych przy szpitalu Ś-go Łazarza.

— Do sprawowania obowiązków młodszego bibliotekarza przy naszym Towarzystwie lekarskiem powołany został kol. PUŁAWSKI.

— Kol. HENRYK OBRĘBSKI obchodził w zeszłym miesiącu 25-letni jubileusz jako lekarz teatrów warszawskich.

— W Petersburgu otworzony został w d. 27 Listopada r. z. klub lekarski. Roczna składka wynosi: rs. 40 i rs. 15 wkładowego. Wprowadzeni lekarze, jako goście płacą kop. 50, nielekarze rubla. W programie sezonu zimowego znajdują się na niedziele rozrywki: muzyka, dramatyczne i literackie występy, tańce; w Poniedziałki zebrania naukowe dla członków i gości; we Wtorki obiad wspólny osób zapisanych; we Środy rodzinne zebrania z tańcami.

— W Kijowie zmarł na wściekliznę 6-letni chłopiec w 4 tygodnie po pokąsaniu przez psa, pomimo szczepień natychmiast wykonanych w stacyi bakteriologicznej w Odesie.

— Podczas wystawy paryskiej w r. bieżącym odbędą się w tem mieście rozmaite naukowe kongresy. Dotychczas zapowiedziano: kongres higieny i demografii [niezależnie od mającego się odbyć w Londynie w r. 1890 VII międzynarodowego zjazdu higienicznego]; dalej kongres dermatologii i syfilidologii, oraz zjazd dentystyczny.

— W Bazylei odbędzie się w r. b. we Wrześniu międzynarodowy zjazd fizjologów.

— Na rok 1890 zapowiedziany jest przez amerykańskie towarzystwo dla medycyny sądowej zjazd międzynarodowy w Nowym Yorku. Informacyi udziela rzeczzone towarzystwo, Broadway 57

— Kalendarz lekarski, wydawany przez kol. ROGOWICZA w tym roku nie wyjdzie. Tych więc kolegów, którzy przysłali pieniądze, prosimy o wskazówki, jak z niemi postąpić.

Nadesłano do Redakcyi.

O. BUJWID. Sur diverses modes du traitement de la rage. [Odb. z Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences].

St. ZALESKI. Znaczenie chemii dla kultury i człowieczeństwa. Metod jeja prepodawauia. Tomsk. 1888.

B. WICKERKIEWICZ. Einige Bemerkungen über die Augenkammer-Auswaschungen und Demonstration eines verbesserten Spülapparates. Wiesbaden 1888.

E. SZYMAŃSKI. Dwa śluczaja atresiae ani. [Odb. z Medicinskoje Obozrenie 14. 1888].

E. SZYMAŃSKI. Botriocephalus latius, przyczyna progresiwnoj złokaciestwiennoj anemii [Odb. z Ruskoj Mediciny 36. 1888].

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 7 Января 1888 г.

Друк К. Ковалевського, Крѣвська № 92.