

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Alfred Sokołowski. Przypadek róży gardzieli. — II. Antoni Kruszewski. Statystyka śmiertelności miasta Warszawy za rok 1880. — *Dział sprawozdawczy:* 96. A. Martin. O wyluszczeniu macicy przez pochwę. — 97. Alkaloidy trupie. — 98. Hoffmann. Znaczenie określenia ilości białka w cieczech powodujących puchlinę brzucha. — 99. Errico de Renzi. Leczenie marskości wątroby. — 100. Zależność niektórych krwotoków płucnych od pewnych zmian atmosferycznych. — 101. Naphtol, jako nowy środek przeciwko chorobom skórnym. — 102. Kwas metafosforyny jako odczynnik na białko w moczu. — 103. Riekt'er. Środek dla wywołania katalepsyi. — Wiadomości miejscowe. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

## I. PRZYPADEK RÓŻY GARDZIELI.

(*Erysipelas pharyngis*).

Podał D-r **Afred Sokołowski**.

K. służąca, lat 26 mająca, przybyła w dniu 19 Kwietnia do szpitala, skarżąc się na silny ból głowy i gardła, od trzech dni trwające. Chora bólu owego nie umiejscowiała wskazując, na całą głowę; ból ów przytem musiał być niesłychanie silnym, gdyż przy poruszaniu się lub odpowiedzi na pytania chora łapała się od czasu do czasu za głowę, wydając jęki. Przytomność zupełna, źrenice prawidłowe, ciepłota 38,6° C. tętno 60. Chorej tegoż wieczora zalecono zimne okłady na głowę, oraz miksturę angielską na przeczyszczenie. Chorą widziałem dopiero na drugi dzień rano i znalazłem stan następujący: Ciepłota ciała 40,0° C. tętno 120. Chora uskarża się na uczucie zimna i dreszcze. Ból silny głowy i karku oraz trudność łykania. Przytomność zupełna, źrenice oddziałują prawidłowo. Na ciele wysypki żadnej nie ma. Przy dotykaniu kręgów szyjowych występuje znaczny ból. Język silnie obłożony, brzuch nieco wzdęty, przy dotykaniu niebolesny, śledziona nie powiększona. W nocy chora miała obfite wypróżnienie. Narządy krążenia i oddychania nie przedstawiają żadnych zбочeń.

Przy oglądaniu gardzieli uderzyło mnie niezwykle zaczerwienienie tegoż, przedstawiające niemal barwę purpurową. Było ono głównie umiejscowione na tylnej ściance gardzieli, podniebienie miękkie zaś, łuki i języczek były również czerwone, lecz w daleko mniejszem nateżeniu. Zabarwienie tylnej ścianki gardzieli było niezwykłym; ja przynajmniej nigdy nic podobnego nie widziałem pomimo, że widziałem ogromną ilość chorych z różnemi cierpieniami gardzieli.

Zestawiwszy wszystkie objawy wyżej przytoczone, trudno nie było przyjść do jakiegokolwiek stanowczego rozpoznania. Brak powiększenia śledziona



i wysypki wykluczał sprawę durzycową, brak wyraźnego nalotu w gardzieli błonicy. Zdawało mi się, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z początkiem zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych (*Meningitis cerebro-spinalis*), za tego rodzaju rozpoznaniem przemawiała: 1) wysoka gorączka, 2) silny ból głowy i szyi—choć z drugiej strony zupełna przytomność, brak zmiany w źrenicach, a szczególnie owe silne zaczerwienie gardzieli, wyżej zmiankowane, stały rozpoznanie ostateczne w zawieszeniu.

Chorej zaleciłem 4 pijawki za uszami, zimne okłady na głowę, oraz trzygranowe proszki kalomelowe, co 2 godziny proszek.

Tegoż dnia wieczorem zauważono lekkie zaczerwienienie i obrzęk skóry skrzydeł nosa, ciepłota  $39^{\circ}$  C.

W dniu 21 Kwietnia: ciepłota  $40,2^{\circ}$  C., na twarzy w okolicy nosa wyraźna czerwonosć, przypominająca różę. W tem miejscu przy dotykaniu chora uczuwa lekki ból. Inne części twarzy przedstawiają się prawidłowo, skóra głowy (*capilitium*) przy dotykaniu nie bolesna. Bardzo trudne łykanie. Tylne ścianka gardzieli przedstawia zabarwienie szkarłatne rozlane, inne części gardzieli zaczerwienione mniej wyraźne. Chorej zalecono chininę wewnątrz, oraz płókanie gardła odwarem słazu. Ból głowy trwa dalej, chora przytomna, zupełnie niechętnie odpowiada. Wieczorem dnia tego ciepłota  $39,6^{\circ}$  C.

22 Kwietnia ciepłota  $39,4^{\circ}$  C., tętno 120. Chora uskarża się na silny ból twarzy. Ból głowy nieco mniejszy, łykanie łatwiejsze. Zaczerwienienie rozszerzyło się na twarz, przyjmując wyraźny charakter róży twarzy (*Erisipelas faciei*). Zaczerwienienie gardzieli pozostaje w tymże samym stopniu.

Wieczorem dnia tego ciepłota  $40,0^{\circ}$  C.

23 Kwietnia. Róża znacznie rozszerzyła się po całej twarzy, przeszedłszy na skórę ciała, w tych miejscach przy dotykaniu chora doznaje znacznego bólu, łykanie zupełnie łatwe. Czerwonosć gardzieli znacznie mniejsza, wieczorem ciepłota  $40,0^{\circ}$  C.

24 Kwiet. Ciepłota rano i wieczorem  $40,0^{\circ}$  C., twarz cała zbrzękła znacznie, wystąpiła bolesność na *caplitium*. U chorej wystąpiło bredzenie.

25-go Kwietnia. Ciepłota rano  $39,6^{\circ}$  C., wieczorem  $40,0^{\circ}$  C., stan pozostawał ten sam.

26-go Kwietnia. Chora zupełnie przytomna, skarży się na ból w całej głowie, róża zajęła całą twarz i głowę. Ból gardła znikł zupełnie. W gardzieli zaczerwienienie bardzo nieznaczne. Ciepłota rano  $39,2^{\circ}$  C., wieczorem  $40,0^{\circ}$  C.

27-go Kwietnia. Noc spokojna, bóle mniejsze, czerwonosć twarzy zmniejsza się. Ciepłota dochodzi  $38,8^{\circ}$  C.

W ciągu dwóch dni następnych stan powoli się poprawiał, ciepłota dochodziła wprawdzie jeszcze do  $39,0^{\circ}$  C., bóle twarzy i głowy jednak się zmniejszały powoli, to samo obrzęk i czerwonosć twarzy.

Od 29-go Kwietnia gorączka ustąpiła w zupełności, chora powoli zaczęła wstępować w stan wyzdrowienia, okres ten jednak trwał bardzo długo; gdyż zaledwie po upływie dwóch tygodni chora na żądanie własne opuściła szpital, będąc jeszcze bardzo osłabioną.

\*

\*

\*



W danym przypadku mieliśmy do czynienia z pierwotną różą gardzieli o bardzo typowym przebiegu. Cierpienie to oddawna znane, zostało przez francuzkich autorów gruntownie zbadane i opisane, a głównie przez Cornil'a (*Archives Generales de Méd.* 1862). Cierpienie należy w każdym razie do rzadziej spostrzeganych, albowiem laryngolog Mackenzie w swoim wykładzie chorób gardzieli widział go tylko 4 razy (*Mackensie. Die Krankheiten des Halsesa p.* 268), sądzę więc, że z tego powodu nie zbyt często będzie, jeśli chorobę w mowie będącą pokrótce skreślę, trzymając się wykładu o niej Mackenziego.

**Przyczyny.** Cierpienie powstaje epidemicznie lub endemicznie, w rzadkich tylko przypadkach zjawia się zupełnie sporadycznie. W naszym przypadku, zdaje się, że ta ostatnia możliwość miała miejsce; cierpienie bowiem wystąpiło w tym czasie, w którym zazwyczaj rzadko róża twarzy występuje. Co się dotyczy wieku i płci, to podług Cornil'a częściej podlegają jej kobiety, w większej liczbie przypadków były osobniki młode przed rokiem 30-ym życia.

**Objawy.** Jeżeli cierpienie jest ograniczone do gardzieli, to najczęściej rozpoczyna się ono od stanu gorączkowego wysokiego, który nieraz do 40° dochodzi, trwa zazwyczaj bez innych objawów od 3—4 dni, dopiero po tym okresie występuje ból gardła i charakterystyczne purpurowe zabarwienie gardzieli. W naszym przypadku mieliśmy również trzydniową gorączkę, a dopiero w końcu trzeciego dnia chora dostała bólu gardła. W większej jednakże liczbie przypadków sprawa w gardzieli jest tylko przejściem róży z twarzy, a tylko w bardzo małej liczbie przypadków gardziel jest pierwotnie zajęta. Na 18-ie przypadków, zestawionych szczegółowo przez Cornil'a, w 9-iu początkiem cierpienia była skóra, w 7-iu gardziel, a w 2-ch cierpienie wystąpiło jednocześnie na twarzy i w gardzieli. Szerzenie się sprawy z twarzy na błony śluzowe i odwrotnie, podług owego autora, odbywało się różnymi drogami i tak: 1) najczęściej przez wargi i błonę śluzową ust, 2) przez drogi nosowe, 3) przez trąbkę Eustachiusza, ucho średnie i zewnętrzne, 4) przez błonę śluzową nosa, kanał łzowy do łącznicy i powiek. W naszym przypadku sprawa z gardzieli na twarz wedle wszelkiego prawdopodobieństwa dostała się przez jamę nosową; pierwsze bowiem objawy róży twarzy spostrzegliśmy na skórze skrzydeł nosa.

Jeżeli cierpienie zajmuje gardziel, wówczas chory zaczyna się uskarżać na ból i trudność łykania, prawie zawsze mają jednocześnie występować zbrzęknięcia gruczołów karkowych i podszczękowych, często nawet wskutek zajęcia gruczołu przyusznego istnieje obfity ślinotok. W naszym przypadku tego nie mieliśmy.

Cierpienie może nawet zakończyć się zgorzelą, jak to Cornil spostrzegł, wówczas objawy ogólne natężają się, gorączka przybiera złośliwy charakter, poczem i zejście śmiertelne zazwyczaj następuje. Co się dotyczy objawów w gardzieli, to Cornil dzieli je na trzy kategorie: 1) róża ze zwykłym zaczerwienieniem gardzieli, 2) róża z tworzeniem się drobnych pęcherzyków (*Phlyctenae*), 3) róża z przejściem w zgorzel.

W pewnej z tych form, która jednocześnie jest najczęstszą (jak to miało miejsce w naszym przypadku), widzieć się daje rozlane zaczerwienienie ciemnoszkarłatnego koloru, błona śluzowa przytem wygląda połyskująco, zupełnie jak



by była lakierowana. Zaczerwienienie owo może się rozszerzać na całą jamę gardzieli, języczek, łuki i migdały. Przy wytwarzaniu się pęcherzyków zazwyczaj ogólne i niepewne objawy znacznie się pogarszają. Pęcherzyki mają wielkość ziarenka konopi, nieraz jednak osiągają wielkości orzecha, trwają zazwyczaj tylko kilka godzin i prędko zapełniają się surowicą, ropą lub nawet krwią. Pęcherzyki owe pękają następnie, pozostawiając na miejscu swoim rozmiękczoną tkankę; w okresie tym nieraz na całej gardzieli tworzą się błoniaste strzępy. Cierpienie, będące w tym nawet okresie, najczęściej kończy się pomyślnie, rzadko tylko występuje mniej lub więcej rozlana zgorzel błony śluzowej i tkanki podśluzowej; wówczas części owe gardzieli przyjmują ciemny wygląd, a jednocześnie występuje charakterystyczny smrodliwy wydech.

Zdarza się również często, że przy różycy gardzieli sprawa rozszerza się na krtani, nawet niektórzy autorowie opisują (*Cuire, De l'Erysipèle du Pharynx.*) pierwotne zapalenie różycowe krtani. Wówczas występuje u chorych chrypka, różnego stopnia nateżenia, dochodząca nawet do bezgłosu, jednocześnie występuje ból w okolicy krtani, zwiększający się przy ucisku z zewnątrz. W naszym przypadku głos chorej był prawie zupełnie czystym, usiłowania nasze wylaryngoskopowania krtani były bezskutecznymi z powodu zbyt ciężkiego stanu, w jakim się chora znajdowała.

Rozpoznanie różycy gardzieli zawsze pozostaje w zawieszeniu, dopóki nie występuje podobne cierpienie na powłokach zewnętrznych; objawy bowiem obiektywne na błonie śluzowej nie posiadają żadnej cechy patognomicznej;—takie jest twierdzenie Cornil'a, a zanim Mackenzie'go. Co do mnie, to wyznać muszę, że jak to wyżej wspomniałem, czerwonosć gardzieli była tak dziwnie odmienną od zaczerwienienia, jakie zwykle w gardzieli spotykamy, że odrazu zrobiło na mnie wrażenie, że mamy do czynienia z czemś niezwykłym.

Rokowanie zależy głównie od nateżenia objawów ogólnych, co się dotyczy objawów miejscowych i ich wzajemnego stosunku, to i pod tym względem przypomnieć należy, co jeszcze Hippokrates powiedział: „Skoro róża szerzy się z wewnątrz na zewnątrz, to jest to dobrym znakiem; jeżeli zaś w przeciwnym kierunku, to jest objawem śmiertelnym.“ Aforyzm ów praojca medycyny w naszym przypadku okazał się zupełnie słusznym, cierpienie pomimo niezwykłego nateżenia ukończyło się zupełnie pomyślnie. W 18 przypadkach owej gardzieli zestawionych przez Cornil'a było 9, w których pierwotnie sprawa rozpoczęła się na twarzy i z tych 7 miało zejście śmiertelne, podczas gdy w 9-iu pozostałych, w których błony śluzowe były pierwotnie zajęte, u siedmiu chorych nastąpiło wyzdrowienie. Tym sposobem przejście cierpienia z zewnątrz na wewnątrz oznacza zwykle nateżenie się sprawy i wówczas najczęściej cierpienie przechodzi dalej na krtani, przełyk, tchawicę i oskrzela, wywołując obrzęk głosni lub inne tym podobne złośliwe powikłania.

Leczenie winno być dwojakie: ogólne i miejscowe. Mackenzie zaleca miejscowo pigułki lodowe, wdmuchiwanie morfiny, bromek potassu i t. p., w razie powstania zgorzeli inhalacje dezynfekcyjne, jako to: kwas karbolowy, kali permanganicum i t. p. Przy objawach obrzęku głosu—skaryfikacje. Wewnętrznie



należy pilnie podawać środki wzmacniające i pobudzające, jako to: wino, chinę i t. p. W naszym przypadku, w którym objawy miejscowe były niewielkiego natężenia, ograniczyłem się na zaleceniu płókania rozmięczającego, wewnątrz zaś podawałem po 15 gran chininy dziennie, oraz wino.

## II. STATYSTYKA ŚMIERTELNOŚCI miasta Warszawy za rok 1880,

podał D-r Antoni Kruszewski.

Od czterech lat istniejące biuro statystyczne przy Magistracie, za pośrednictwem tygodniowych bulletynów podaje wiadomość o ruchu ludności miasta, tj. o urodzeniach, ślubach i zejściach — wartość ostatnich jednakże, jak zobaczymy niżej, dla lekarza jest dość względna; gdyż wykaz tak co do liczby zmarłych podług wieku jak i przyczyn śmierci dalekim jest od tego, aby się nazwać kompletnym.

Materyjał, służący do obliczenia statystycznych danych, pochodzi z trzech źródeł:

a) z tygodniowych raportów statystycznych, urzędników stanu cywilnego wszystkich wyznań, w których w liczbach ogólnych podane są wiadomości o ilości urodzeń dzieci prawych i nieprawych i takichże noworodków martwych, o zawartych małżeństwach, oraz o ilości zejść miejscowych mieszkańców i po za miejskich, o których akt zejścia we właściwej parafii sporządzony został, oprócz domu podrzutków, który ma swoją oddzielną kontrolle,

b) z tygodniowych raportów o pogrzebanych na cmentarzach miejskich — najmniejszą ma wartość; albowiem dosyć trudno oddzielić ludność pogrzebaną miejską od zamiejskiej — i

c) z kartek statystycznych, (którą tu w kopii przedstawiam) — dostarczanych przez policję.

№ wykazu stat.	Ulica	№ domu
”	Plac	Uczątek
Data śmierci	Wiek	Religja
Nazwisko i Imię		
Żonaty lub kawaler		
Rodzaj zajęcia		
Na którym pięttrze lokal		
Z wielu pokoi		
Ile osób mieszka w lokalu		
Przyczyna śmierci		
Do jakiej klasy ludności zmarły należał (podkreślić)		
Bogatej	Zamożnej	Niezam.      Ubogiej
Leczył się lub nie		
O dzieciach do lat 5-ciu		
Prawe lub nieprawe		
Warszawa d.		
Właściciel lub Rządzca		



Na drugi dzień po śmierci osoby, policyjna powinna otrzymać zawiadomienie na takiej kartce od rządcy lub właściciela domu, o śmierci osoby i takowe raz na tydzień za pośrednictwem Urzędu Lekarskiego dostarczać Magistratowi, rozumie się jak najdokładniej wypisane.

Myśl świetna, kartka taka mogłaby służyć ze wszech miar za doskonały materiał statystyczny, gdyby odpowiedziała dwom warunkom kardynalnym tj., aby ilość ich była kompletna i aby była dokładnie i sumiennie wypełniona. W pierwszym razie summa ogólna zejść obliczona podług tego źródła byłaby równa, a nawet z uwagi, że dom podrzudków ma swoją oddzielną kontrolę i niezawadania parafii, przewyższała by liczbę zejść osób zapisanych w księgach urzędników stanu cywilnego. Tymczasem w roku 1880 brakowało kartek statystycznych o 2652 osobach, co stanowi 22,13% całej liczby zmarłych — w roku 1879 brakowało 20,30%, w 1878 r. 30,54%, a w pierwszym roku założenia biura statystycznego niedobór był jeszcze większy bo 32,70%; średnio więc za 4 lata 26,41% niedostarczono wiadomości.

Co się tyczy sumiennosci i dokładności w wypisaniu kartki, to i ta wiele do życzenia pozostawia; nierazko zamiast lat zmarłego piszą: średni, mierny lub dobry, tłómacząc „wozrast“ jako wzrost w kartkach pisanych po rossyjsku; najgorzej jednak jest reprezentowana rubryka: przyczyna śmierci obok której rządcza lub właściciel pisze lakonicznie: niewiadoma, naturalna, dobrowolna, z dopuszczenia Bożego, z zaziębienia i t. d. prócz nieprzeliczonego szeregu trochę wyraźniej określonych przyczyn lecz również nie wiele mówiących, jak rozwolnienie, sciski, ząbki.

Tu także należy się wzmianka tendencyjnie niesumiennym dyagnozom o osobach zmarłych nagle, z których rzeczywista przyczyna śmierci z obawy sekcyi, czy też jakichś rzekomych kosztów sądowych lekarskich, bywa zatajona. Z tych więc powodów wykaz ogólny całej liczby zmarłych może być obliczony tylko na podstawie wiadomości pod a) wymienionych, które czerpię z raportu urzędowego.

W r. 1880, ludność miasta Warszawy obliczona dnia 1 Stycznia 1880 r. wynosiła 357.169; umarło w ogóle 11.984—męż. 6.465, kob. 5.519, za wyłączeniem 1.648 osób (m. 843, k. 805) ludności po za miejskiej i włączając podrzudków pochodzących z miasta 501 (chłopców 271, dziewcząt 230). Na każdy więc 1000 mieszkańców w roku sprawozdawczym wypadło 33,55 zejść

w roku 1879	—	30,89	„	
„	1878	—	41,69	„
„	1877	—	33,17	„

Z tego widzimy, że śmiertelność naszego miasta jest mniejsza aniżeli Lwowa (37,40‰) i Krakowa (34,40‰), mniejsza aniżeli średnia przeciętna 38,00‰ 9-u miast galicyjskich, liczących więcej jak 15.000 ludności (Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol, Tarnów<sup>1)</sup>). Podług wyznań taż sama liczba zmarłych 11.984 rozdziela się na:

prawosławnych	385	3,21%
---------------	-----	-------

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski r. 1881. Nr. 12.

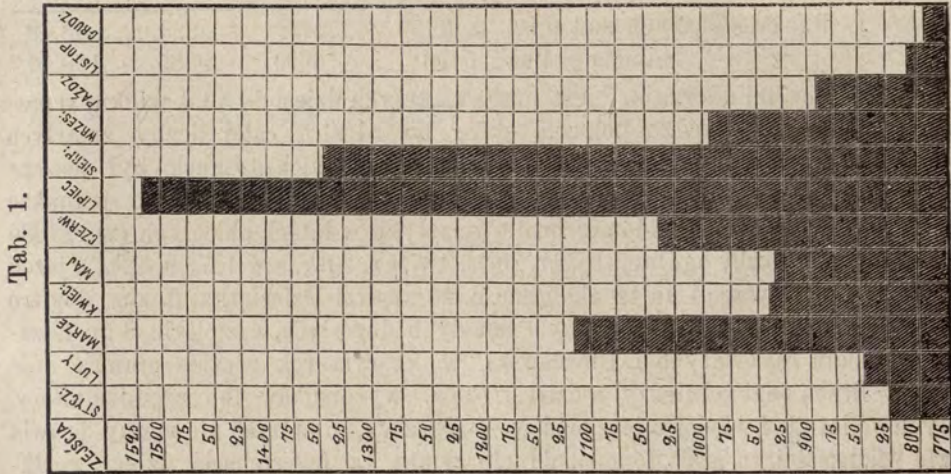


katolików	7190	60 %
protestantów	357	5,32 „
mojżeszowego	3271	27,29 „
dom podrzutek	501	4,18 „
	11.984	100

czyli na 1000 mieszkańców starozakonnych, wypada 27,89 zejść, katolików 34,04 prawosławnych 34,43 i najwięcej na protestantów bo 37,07.

Ze stosunku zmarłych mężczyzn (6465) i kobiet (5519) wypada, że na 100 kobiet umarło 117,14 mężczyzn, ten sam stosunek przewagi mężczyzn zachowuje się w 3 latach poprzednich.

Śmiertelność podług miesięcy przedstawia niniejsza tablica, w której każdy kwadracik odpowiada 25 zmarłym



Z powyższego widzimy, że największa śmiertelność była w Lipcu i Sierpniu, najmniejsza w Listopadzie i Grudniu.

Całą liczbę zmarłych 9885 osób, o których zawiadomił dom podrzutek (7760 osób) i policja (9109 osób) podług wieku przedstawia następująca tablica.

Zmarli w 1880 r. podług wieku	mężczyzn	kobiet	razem	%
<b>Dzieci ślubne</b>				
od 1 dnia do 6 miesięcy	848	586	1434	14.50
„ 6 mies. „ 12 „	394	317	711	7.20
„ 1 roku „ 2 lat	536	436	972	9.83
„ 2 lat „ 5 „	470	450	920	9.31
<b>Razem ślubnych do 5 lat</b>	<b>2248</b>	<b>1789</b>	<b>4037</b>	<b>40.84</b>
<b>Dzieci nieslubne</b>				
od 1 dnia do 6 miesięcy	464	394	858	8.68
„ 6 mies. „ 12 „	42	50	92	0.93
„ 1 roku „ 2 lat	25	23	48	0.49
„ 2 lat „ 5 „	14	13	27	0.27
<b>Razem nieslubnych do 5 lat</b>	<b>545</b>	<b>480</b>	<b>1025</b>	<b>10.47</b>



Zmarli w 1880 r. podług wieku	mężczyzn	kobiet	razem	%
Wogóle dzieci do 5 lat	2793	2269	5062	51.21
od 5 do 10 lat	106	112	218	2.20
„ 11 „ 20 „	196	188	384	3.88
„ 21 „ 30 „	268	300	568	5.75
„ 31 „ 40 „	330	373	703	7.11
„ 41 „ 50 „	477	361	838	8.48
„ 51 „ 60 „	405	365	770	7.79
„ 61 „ 70 „	357	343	700	7.09
„ 71 „ 80 „	198	227	425	4.80
„ 81 „ 100 „	64	98	162	1.64
wyżej nad 100 „	1	4	5	0.05
Razem starszych nad 5 lat	2402	2421	4823	48.79
Summa ogólna	5195	4690	9885	100.00

W tablicy tej uderzająca jest liczba zmarłych dzieci do 5 lat wieku, reprezentują one bowiem bardzo pokaźną cyfrę bo 51.21% całej liczby zmarłych (prawe 40.84, nieprawe 10.37%). W latach poprzednich stosunek był jeszcze gorszy: r. 1879 dał 52%, 1878 r.—62%, 1877 r.—60%, porównywając jednakże te cyfry z brakującymi wiadomościami o zmarłych w latach ubiegłych (w r. 1880 brakowało 22% liczby ogólnej, 1879 r. 20%, 1878 r. 30%, a w 1877 r. 32%), jeżeli zwrócimy nadto uwagę i na tę okoliczność, że szpital Dzieciątka Jezus dopiero z początkiem 1879 r. podaje wykazy o zmarłych dorosłych, a szpitale Ś-go Łazarza z oddziału rakowatych i Ujazdowski, w którym rok rocznie umiera dość znaczna liczba ongi żołnierzy, a dziś stróżów, wyrobników lub rzemieślników, stałych od lat 20 i więcej mieszkańców Warszawy, o których nie mamy prawie wcale wiadomości, to prawdopodobnie olbrzymia ta śmiertelność dzieci zredukuje się co do cyfry więcej wiarogodnej, nie większej nad 48%.

Co do śmiertelności osób następnych kategorii wieku, zwraca uwagę, z powodu mniej więcej i w latach poprzednich równego stosunku, liczebna większość zejść kobiet nad mężczyznami między 11 a właściwie 16 a 30 rokiem życia (kob. 10.4% męż. 8.8%) i między 70 a 100 r. (kob. 8%, męż. 5%) t. j. największa śmiertelność kobiet przypada na wiek podniesionej funkcji płciowej i uwiązdu starczego. Między mężczyznami największa śmiertelność bo 9,18% przypada na wiek między 40—50 rokiem życia.

Jeżeli całą liczbę zmarłych, podług powyższego wykazu z wyłączeniem podrzutków i zamiejskich, rozdzielimy podług cyrkułów, w których przed śmiercią zamieszkiwali, to na każdy 1000 żyjących odpowiedniego cyrkułu przedstawi śmiertelność niniejsza tablica (*maximum* zejść bo 34.87% promille Cyrkuł XII Praski, *minimum* 19.76. Cyrkuł X Nowoświecki).

Śmiertelność domu podrzutków (Wykaz Urzędowy) była następująca:

	1880 roku	1879 roku
Zmarło podrzutków : z miasta	501	487
z prowincyi	275	70
Razem	776	557

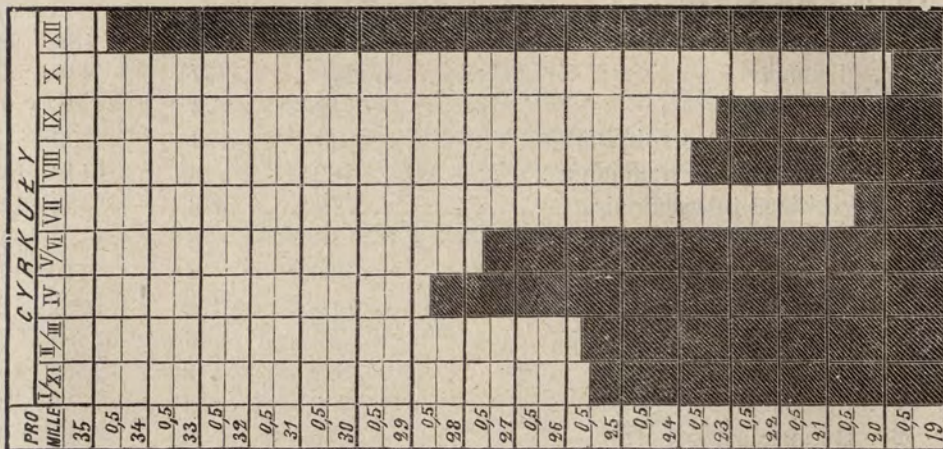


W stosunku do ilości przyjętych w ciągu roku zmarło:

	1880 roku	1879 roku
z miasta	70 %	45 %
z prowincyi	60 „	47 „
w ogóle	66 %	45 %

Śmiertelność zatem powiększyła się o 47 „

Tab. 2.



Na podstawie dyjagnoz, notowanych na kartkach statystycznych przez panów rządzców i właścicieli domów, których to kartek mniej więcej piątą część uwierzytelniały dołączone świadectwa lekarskie, sporządzono poniżej wykaz zmarłych podług głównych przyczyn śmierci. Od wykazu urzędowego obliczonego podług bulletynów tygodniowych, jest on obszerniejszy, a różnice liczebne zejść niektórych chorób, powstały z powodu uzupełnień nadesłanych w tygodniach następnym, już to przez bezwiedne złożenie duplikatów ze świadectwami lekarskimi, już to przez kartki dostarczone przez szpitale o osobach, o których zejściu poprzednio donosiła policja.

Zmarli w r. 1880 podług głównych przyczyn śmierci

	mężczyzn	kobiet	razem	%
<b>A. Choroby pomorkowe epidemiczne:</b>				
1. Variola . . . . .	25	21	46	0.47
2. Morbilli . . . . .	59	67	126	1.27
3. Scarlatina . . . . .	83	71	154	1.56
4. Typhus exanthematicus . . . . .	8	2	10	0.10
5. „ reccurens . . . . .	19	17	36	0.37
6. „ abdominalis . . . . .	200	170	370	3.74
7. Diphtheritis et croup . . . . .	260	205	465	4.76
8. Pertussis . . . . .	52	51	103	1.03
9. Dysenteria . . . . .	31	25	56	0.56
10. Morbi puerperales . . . . .	—	87	87	0.88
11. Erysipelas . . . . .	9	14	23	0.23
12. Pyae — et Septicaemia . . . . .	41	17	58	0.59



Zmarli w r. 1880 podług głównych przyczyn śmierci

	mezczyzn	kobiet	razem	%
13. Malariae . . . . .	7	4	11	0.11
14. Pustula maligna, malleus, lyssa . . . . .	5	3	8	0.08
15. Cholera . . . . .	1	—	1	0.01
Razem . . . . .	800	754	1554	15.61

**B. Inne choroby częściej się wydarzające,**

16. Apoplexia cerebri . . . . .	80	56	136	1.37
17. Meningitis . . . . .	261	187	448	4.50
18. Psychoses . . . . .	42	4	46	0.47
19. Morbi medullae spinalis . . . . .	65	34	99	1.00
20. Bronchitis et Pneumonia . . . . .	722	724	1446	14.62
21. Phtisis et tuberculosis . . . . .	778	676	1454	14.71
22. Pleuritis . . . . .	16	8	24	0.24
23. Rheumatismus articularis . . . . .	3	7	10	0.10
24. Morbis organici cordis . . . . .	110	112	222	2.24
25. Morbi hepatis . . . . .	45	46	91	0.92
26. Gastro-enteritis . . . . .	823	718	1541	15.59
27. Peritonitis . . . . .	3	13	16	0.16
28. Herniae incarceratae . . . . .	15	6	21	0.21
29. Nephritis . . . . .	77	90	167	1.68
30. Carcinoma . . . . .	43	86	129	1.31
31. Marasums . . . . .	232	379	611	6.12
32. Syphilis . . . . .	91	72	163	1.65
33. Scrophulosis . . . . .	15	11	26	0.26
34. Gangraena senilis et neonatorum . . . . .	20	26	46	0.47
35. Morbi articulationum . . . . .	18	10	28	0.28
36. Phlegmone . . . . .	5	4	9	0.09
37. Caries et nerosis . . . . .	6	7	13	0.13
38. Cystitis . . . . .	5	—	5	0.05
39. Dentitio . . . . .	126	103	229	2.25
40. Convulsiones . . . . .	306	215	521	5.27
41. Debilitas congenita . . . . .	83	65	148	1.50
Razem . . . . .	3990	3659	7649	77.39

**C. Śmierć nagła.**

42. Śmierć wypadkowa <sup>a</sup> . . . . .	77	27	104	1.05
43. Samobójstwo . . . . .	25	5	30	0.30
44. Zabójstwo . . . . .	1	—	1	0.01
Razem . . . . .	103	32	135	1.36

**D. Inne przyczyny śmierci . . . . .** 45 36 81 0.82

**E. Niewiadome przyczyny śmierci . . . . .** 257 209 466 4.81

Wogóle . . . . . 5195 4690 9885 100

Z uwagi, że w wykazie tym brak jest zupełnie wiadomości o 22% całej liczby zmarłych, wstrzymuję się od wszelkich wniosków. O ile bowiem trudno



jest niedostarczone kartki podciągnąć ryczałtem pod rubrykę niewiadomych przyczyn śmierci, a tem samem liczbę ich podnieść z 4.81 do 27%, o tyle również niemożliwym, bo nieprawdopodobnym by było, wysnuwanie jakichkolwiek wniosków, rozkładając brakujące kartki w odpowiednim stosunku na wszystkie 46 pozycyj.

Są jeszcze i inne zarzuty, ważne ze stanowiska statystyki lekarskiej, która, jeżeli ma lekarzowi służyć za materiał naukowy, winna się opierać na podziale anatomo-patologicznym. Tak np. postawienie obok siebie *Bronchitis et pneumonia*, *Phthisis et tuberculosis* jest niewłaściwym, również jak i ujęcie w jedną gruppe *gastro-enteritis* cierpień przewodu żołądko-kiszkowego. Dalej mojem zdaniem, rubryka *dentitio et convulsiones*, jako nic nie mówiąca, powinna być z wykazu zupełnie wyrugowana, a natomiast liczbę grup dotychczas przyjętą i tutaj przytoczoną powiększyć.

Z tych jednakże danych, jakie po dziś dzień otrzymuje biuro statystyczne, zrobić tego niepodobna. Wiedział o tem od dawna p. Prezydent miasta, po obywatelsku wywiązujący się ze swego urzędu. Niejednokrotnie zdarzało się nam czytywać artykuły w pismach publicznych i raporty, kreślone jego ręką poświęcone tej sprawie, a starające się zle usunąć.

Jemu to należy się wdzięczność za wyjednanie funduszu (6000 rs. rocznie) na uposażenie lekarzy sanitarnych, których obowiązkiem będzie skonstatować i określić przyczynę śmierci, wydając odpowiednie świadectwo, bez złożenia którego nieboszczyk nie może być pochowany. Szpitale od siebie składać będą świadectwa. Szpital Ujazdowski, należy mieć nadzieję, zechce również podawać odpowiednie raporta.

W ten sposób statystyka miasta będzie mogła być oparta na całkowitej liczbie zmarłych. Co się zaś tycze dokładnego określenia przyczyny śmierci, trochę będzie trudniej; zawsze pewna liczba zejść pozostanie niewiadomych. Ogłędziny ciał zmarłych w wielu razach nie będą wystarczające, a niepodobna w każdym wątpliwym wypadku proponować sekcję, rodzina bowiem zmarłego i bez tego niejednokrotnie z przykrością tylko dozwoli na ogłędziny nieboszczyka. Bardzo wiele więc będzie zależeć od dobrej woli, od pomocy samej publiczności, od pp. lekarzy policyjnych, którzy sumiennie pełniąc swoje nowe obowiązki, zdołają obudzić zaufanie dla instytucji, jak również od współdziałania ogółu lekarzy, którzy mamy nadzieję, że nie będą odmawiać wydawania lakonicznych, ale rzeczywistych świadectw o leczonym przez siebie nieboszczyku.

Im większa będzie liczba takich świadectw, im prawdziwsze będą dane statystyczne, tem łatwiejsza i pewniejsza droga uchronienia zdrowia i przedłużenia życia społeczeństwa.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**96 A. Martin.** O wyłuszczeniu macicy przez pochwę. (*Ueber vaginale Uterus extirpation*).

(Odczyt miany na X kongresie niemieckiego towarzystwa chirurgicznego). We wstępie do swego odczytu autor zaznacza, że o ile z początku operacyja



F r e u n d'a była ogólnie przyjęta z entuzjazmem. o tyle ze względu na wyniki, coraz bardziej traci ona swych zwolenników; za to co raz częściej zaczy-  
niają stosować wyluszczenie macicy przez pochwę. Metodę, używaną przy tej  
operacji przez Billr o t h'a, opisał Mik u l i c z (*Wien. med. Woch. Nr. 47 i nast  
1880*). Macicę ściąga się ku dołowi; boczne sklepienia pochwowe podwiązuje  
się za pomocą długich i głęboko przenikających pętli nicianych, założonych na  
tej jeszcze przestrzeni, która ma podlegać wyluszczeniu; pętli tych używa się na-  
stępnie do kierowania macicą. Część pochwową odcina się w około wraz z skle-  
pieniem pochwowem; luźną tkankę, znajdującą się na około macicy, oddziela się  
tępym narzędziem; mocniejsze połączenia przecina się, przyczem podwiązuje się  
każde naczynie krwawiące. Gdy występuje już ciało macicy, wtedy nakłada  
się nowe pętli, szczególnie jeśli rak jest w stanie rozpadu. Po dokładnem  
zdezinfekowaniu rany, otwiera się otrzewną, najlepiej od strony jamy D o u-  
g l a s'a i podwiązuje się więzy szerokie, poczem zeszywa się oba brzegi, otrzew-  
nej, za pomocą długich nici.

Postępowanie S c h r ö d e r'a jest podobne do sposobu Billr o t h'a<sup>1)</sup>.  
Schr. podobnie ściąga macicę mocno ku dołowi, oddziela szyjkę od połączenia  
z pęcherzem i więzami szerokimi, otwiera jamę D o u g l a s'a, podwiązuje więzy  
szerokie i następnie je przecina, a po usunięciu macicy wszywa przecięte po-  
wierzchnie więzów szerokich do pochwy. Do środka otworu S. wprowadza dren,  
choć na zjeździe w Gdańsku oświadczył, że co do postępowania po operacyj-  
nego z raną, kwestyję uważa jako jeszcze nierozstrzygniętą.

Autor oświadcza, iż sam wykonał pierwszą podobną operację w Czerwcu  
roku zeszłego, nieznając ani sposobu B., ani też sposobu S. i że pierwsze trzy  
wyluszczenia macicy przez pochwę wykonał według własnej metody, obmyślanej  
niezależnie od innych operatorów.

Do obecnej chwili Martin wykonał powyższą operację 12 razy<sup>2)</sup>,  
W 8 przypadkach operacja była ukończoną, w 4-ch przypadkach, zmuszony był  
zostawić części już zrakowaciałe.

Dziesięć razy wskazanie stanowił rak, trzy razy—zwyrodnienie gruczołowe  
błony śluzowej, w której znajdowały się gniazda nowotworowe z charakterem  
złośliwym, sięgające głęboko do mięszu macicy. W tych ostatnich przypadkach  
główne wskazanie stanowiły obfite krwotoki, zagrażające życiu chorej.

U trzech chorych cierpieniem zajęta była tylko szyjka maciczna, u dzie-  
więciu pozostałych — cały organ. W pięciu przypadkach cała macica tak była  
zwyrodniona, że konsystencja jej była znacznie zmieniona. Osiem razy macica  
była mniej lub więcej nieruchomą i to najczęściej (5 razy) zależało od zrostów  
pozapalnych. Sklepienie pochwowe było zajęte 4 razy.

Postępowanie autora było następujące: po jaknajdokładnijszem zdezinfekowaniu chorej za pomocą obmywania i przestrzykiwań roztworem kwasu kar-  
bolowego, układano chorą w położeniu na znak. Macicę ustalano bez zbytecz-  
nego jej obniżenia i operator przecinał najpierw sklepienie tylne za pomocą  
ciącia, obejmującego całą tylną powierzchnię szyjki. Po zatamowaniu krwo-  
toku starał się dojść do jamy D o u g l a s'a, otwierał ją i podwiązywał całą masę  
tkanki, znajdującą się między dnem jamy D o u g l a s'a i sklepieniem pochwo-  
wem, za pomocą ligatur, które pod przewodnictwem palca zakładał tak, by zaj-  
mowały i otrzewną. Oddzieliwszy w ten sposób macicę od tyłu, przecina się  
sklepienia boczne, a krwawienie tamuje się przez nakładanie głębokich, do  
otrzewnej sięgających, ligatur przed przecięciem naczyń. Oddzielenie szyjki ma-  
cicznej wymaga ostrożności, ale zawsze się udaje; znacznie trudniejsze jest od-

1) Streszczenie metody S c h r ö d e r'a podałem w N-rze 51 „Medycyny“ z r. z. (Przyp. Spr.)

2) W ostatnich dniach Kwietnia r. b. wykonał jeszcze 2 razy.



dzielenie pęcherza. Podczas tej czynności autor nie wprowadza kateteru do pęcherza, ale wystarcza mu pociąganie macicy ku tyłowi i dołowi, przyczem tkanki przegrody pęcherzo-maciczej tak zostają napięte, że kierowanie się przy oddzielaniu, nie przedstawia wielkich trudności. Skoro szyjka maciczna jest już tak odseparowana, że macica trzyma się tylko za pomocą górnych części więzów szerokich i fałdy otrzewnej, przechodzącej z macicy na pęcherz, wtedy należy ją wyrzucić tak, by dno wyszło przez otwór zrobiony w dnie jamy Douglas'a. Pierwotnie posługiwał się autor w tym celu jedynie palcami, później używał zgłębnika i kateteru, ostatecznie zaś wymyślił oddzielne narzędzie (opisane w *Centr. f. Gyn.* Nr. 5. 1881). Następnie, gdy już pozostałe części więzów szerokich zostały dostatecznie napięte, przecina się je po uprzednim podwiązaniu; zwykle podwiązuje M. najpierw lewy wiąz, następnie przecina nożycami fałdę pęcherzo-maciczną i dopiero podwiązuje i przecina wiąz prawy. Jajniki i jajowody, jeżeli wystają w ranie, zostają też podwiązane i odcięte; lecz nie zawsze się to wydarza. Krwawienie zazwyczaj bywa bardzo nieznaczne i ustaje po nałożeniu w około szwów na części przecięte. W końcu oczyszcza się gąbkami jamę Douglas'a, zakłada się dren, opatrzony ramionami poprzecznymi, przepłukuje się przez niego jamę miednicy i zakrywa się pochwą watą salicylową.

Przy leczeniu następczem należy największy nacisk położyć na pozostawienie chorej w spokoju. Wieczorem watę się zmienia, następnego zaś dnia usuwa się ją zupełnie i przestrzykuje się pochwą letnim 2% roztworem kwasu karbolowego. Drugiego, 3-go i 4-go dnia odchodzi obfitsza wydzielina i wtedy pochwą przestrzykuje się 3—4 razy na dzień. Dren usuwa się 60 lub 70 dnia.

Zazwyczaj 10-go dnia operowana może wstać, a 14-go najczęściej wypisuje się do domu i niebawem oddaje się zwykłym zajęciom.

Sposób operowania Martiń'a wyróżnia się tem, że M. operuje *in situ*, a chociaż przy podobnem postępowaniu pole operacyjne jest bardzo ograniczone, jeżeli wchód do pochwy jest mało rozciągliwy, to jednak za to unika się rozciągania i napięcia, a tem samem naddarcia tkanek. Ważną zaletę powyższego sposobu stanowi też i ta okoliczność, że jak tylko operator dojdzie do otrzewnej, natychmiast za pomocą ligatur łączy powierzchnię pochwową z otrzewną, tak, że przecięcie sklepienia pochwowego odbywa się po uprzednim podwiązaniu. Unika się przez to krwotoków i uszkodzenia części sąsiednich, przedwyszystkiem moczowodów. Jednakże, jeżeli macica jest znacznie powiększoną, lub też jeżeli jest unieruchomioną wskutek zrostów, to trudności operowania są bardzo znaczne.

Jeżeli nowotwór już przeszedł na sklepienie pochwe, to w tych razach, w których tkanki, otaczające pochwę, nie uległy jeszcze zwyrodnieniu, operacja jest możliwą. Daleko gorzej jest, jeżeli zwyrodnieniu uległy więzy szerokie, gdyż wtedy prawie zawsze znajdują się ogniska infiltracji rakowatej w gruczołach limfatycznych, w tkance okołomaciczej, lub w postaci guziczków na samej otrzewnej i w tkance otaczającej naczynia krwionośne i limfatyczne. Czasami ogniska rakowate ukryte są wśród zgrubień utworzonych przez wysięki okołomaciczne, wtedy naturalnie nie można ich wysledzić, pomimo szczegółowego badania przez odbytnicę i sklepienie pochwe. W ogóle wyluszczać macicę przez pochwę można tylko wtedy, gdy zwyrodnienie rakowate zajęło tylko samo sklepienie pochwy, zwyrodnienie zaś więzów szerokich stanowi przeciwwskazanie dla tej operacji. Powierzchnowe zrosty okołomaciczne nie stanowią przeciwwskazania.

Wielu operatorów proponowało tamować krwawienie nie za pomocą ligatur *en masse*, lecz za pomocą podwiązania pojedynczo krwawiących naczyń. Autor przyznaje, że takie postępowanie byłoby najlepszem, głównie dla tego, że przy zakładaniu ligatur *en masse* zajmuje się w ligaturę tkanki najróżnorodniejsze



które często okazują skłonność do wysunięcia się z pętlicy, jednakowoż rzadko kiedy przy podobnej operacyi można znaleźć grunt odpowiedni do zakładania pojedynczych ligatur. Przy tem, M. zwraca uwagę, że przez wczesne połączenie otrzewnej z błoną śluzową pochwy, za pomocą ligatury, osiąga się pewne korzyści, mianowicie nie naraża się na niepotrzebne uszkodzenie i naddarcie bardzo luźnej i pulchnej tkanki łącznej, jaka znajduje się na około macicy; prócz tego krwawienie z rany wstrzymuje się bardzo szybko. W przypadkach operowanych przez M a r t i n'a raz tylko wystąpił krwotok następczy i to u pewnej chorej, która wskutek wpływu chloroformu, cierpiała przez trzy dni po operacyi na nadzwyczaj silne wymioty. Zresztą i w tym razie krwotok nie był zbyt silny, gdyż powstrzymał się po zastosowaniu wstrzykiwań wody z lodem.

Ranę autor pozostawiał otwartą; brzegi rany same opadają, zbliżają się ku sobie i ściśle przylegają do drenu, tak że nigdy nie może nastąpić wypadnięcie kiszki przez ranę. Za powód podobnego postępowania autor podaje obawę by wydzielina z rany nie zatrzymywała się w jamie brzusznej, co byłoby wyjątkowo niebezpiecznem po operacyi tego rodzaju, po której otrzewna w wielu miejscach jest zgniecioną i przekłutą licznemi szwami. Drenowanie więc według sposobu B a r d e n h e u e r'a jest tu bardzo wskazane, chociaż jama D o u g l a s'a nie zawsze bywa przeciętą w najniższej swej części.

Co się tyczy kwestyi, czy należy stosować przestrzykiwania jamy otrzewnej przez dren, w celu zapobieżenia wessaniu rozkładającej się wydzieliny, to w tym względzie postępować należy bardzo ostrożnie, szczególnie w pierwszych dniach po operacyi. Wszelkie przestrzykiwania, stosowane nieco silniej, mogą wywołać groźne objawy podrażnienia otrzewnej i *collapsus*.

Zabliźnienie się rany pochwowej odbywa się wogóle bardzo szybko. Pomimo pozostawienia otworem rany pochwowej, ostatecznie zabliźnia się ona całkowicie za pomocą blizny liniowej w sklepieniu pochwowem, które pozostaje wypuklonem. Rekonwalescencyja postępuje bardzo szybko; chore po operacyi robią wrażenie położnic, które podczas porodu straciły nieco krwi. Ogromna zachodzi różnica co do stanu ogólnego chorej po operacyi F r e u n d'a, a po wyłuszczeniu macicy przez pochwę. Pochodzi to zapewne ztąd, że przy tej ostatniej operacyi nie porusza się wcale kiszki, nie następuje oziębienie jamy brzusznej, otrzewna zostaje zranioną na bardzo małej przestrzeni.

Operacyja ta ma jeszcze jedną wyższość nad wycinaniem macicy przez ścianki brzuszne, a mianowicie, daleko łatwiej można się przy niej ustrzedz uszkodzenia organów sąsiednich, głównie pęcherza i moczowodów, co się stosunkowo dosyć często wydarzało przy operacyi F r e u n d'a.

Kwestyja recydywy jest jeszcze nierozstrzygnięta, ponieważ samą operacyję zaczęto od zbyt niedawna stosować, by można już jakiegokolwiek pewniejsze wnioski wyprowadzić.

(Berl. klin. Woch. Nr. 19, 1881).

Kondratowicz.

### 97. Alkaloidy trupie (*Les Ptomaines de Selmi*).

Historyja odkrycia alkaloidów trupich nader jest tragiczną a zarazem i ciekawą. Dwie siostry (z Santa Lucia de Piave—Wenecyja) Teressa i Angello Rizzo, w pełni zdrowia i w kwiecie wieku, (bo zaledwie 18 i 20 lat liczące), po spożyciu obiadu złożonego z zupy ryżowej i wołowej pieczeni oblanej niewielką ilością niezbyt dobrego wina, wybrały się o godzinie szóstej wieczorem z wizytami do swoich krewnych i znajomych. Młodsza z sióstr Teressa w chwili przejścia przez dziedziniec pada na ziemię jakby piorunem rażona, w kilka minut później tenże sam smutny los spotyka i starszą siostrę.

Władza sądowa w obec tak okropnego przypadku przedsięwzięła jak najściślej poszukiwania w celu wykrycia zbrodni.



Ani jednak sekcja, ani mozolne poszukiwania chemiczne tak zawartości żołądko-kiszkowych, jako też i resztek niespożytych pokarmów przy obiedzie, w niczem nie przyczyniły się do wyjaśnienia tej tak nagłej a niespodziewanej przyczyny śmierci.

Uczeni jednak włoscy nie dali za wygranę; przedsięwzięli oni z wyciągami trzewiów brzusznych szereg doświadczeń, które doprowadziły ich do bardzo ciekawych wyników, a mianowicie: że w organizmie zwierzęcym nietylko po śmierci, w skutek gnicia takowego, ale i za życia przy sprzyjających okolicznościach mogą się wytwarzać ciała, których siła trująca wniczem nie ustępuje najsilniejszym znanym alkaloidom roślinnym.

Wyniki doświadczeń w tym względzie czynionych przez uczonych włoskich i francuzkich, (przedstawione w Akademii Umiejętności i w Akademii Medycznej) pomieścili w *Journal d'hygiene* Emil V a i s s o n i Pietra de S a n t a.

Ponieważ znajomość alkaloidów trupich nietylko ze stanowiska czysto teoretycznego lecz i praktycznego, a mianowicie dla eksperta sądowo-lekarskiego, niezmiernej jest doniosłości i ustrzedz może od popełnienia wielkich błędów, sądzę więc, że nie będzie to bez interesu poznać naszym czytelników z pracami, jakie dotychczas w tej kwestyi były zrobione.

Pierwszą pracę o alkaloidach trupich ogłosił prof. S e l m i z Bolonii (1872). Zdaniem jego w organizmie ludzkim gnijącym, powstają alkaloidy trupie, z których jedne są ciałami stałymi, inne lotnymi. Alkaloidy stałe (*les ptomaines*) łatwo się utleniają, przy zetknięciu z powietrzem pokrywają się powłoką brunatną, a z chwilą rozkładu ulatniają się, wydając bardzo nieprzyjemną woń moczu. Przy otruciu zwierząt tymi alkaloidami występuje: rozszerzenie źrenicy, szybko ustępujące zwężeniu, zwolnienie i nieregularność ruchów serca, pojawiają się drgawki z chwilą śmierci, które pozostawiają serce opróżnione w stanie skurczu (*systole*).

Idąc w porządku chronologicznym, następują prace: L h s t e a i B e r g e r o n (1880) pomieszczone w *Journal de pharmacie et de chimie*; B r o u a r d e l a i B o u t m y w *Annales d'hygiene*, Augusto Corona de S a s s a r i, de M o r i g g i n, de B e t t i s t i n i, wyniki jednak tych prac jako mniej ważnych pomijam zupełnie, a przechodzę do dwóch najważniejszych, a mianowicie do pracy B r o u a r d e l a i B o u t m y, przedstawionej w Akademii Umiejętności paryzkiej przez wielce zasłużonego chemika prof. W ü r t z a i do pracy niemniej w naukach ścisłych znanego prof. Filipa L u s a n a z Padwy.

Oto streszczenie pracy przedstawionej przez prof. W ü r t z a.

„Alkaloidy trupie, posiadając wiele i to najważniejszych wspólnych cech, tak fizjologicznych jak i chemicznych z alkaloidami roślinnymi, łatwo mogą być wzięte za te ostatnie.

Najracyonalniejsza metoda dla odróżnienia alkaloidów trupich od alkaloidów roślinnych, polega na otrzymaniu szukanego alkaloidu w stanie możliwie chemicznie czystym i zbadanie wszystkich jego własności fizjologicznych i chemicznych.

Metoda ta jakkolwiek najpewniejsza jest długa i mozolna, staraliśmy się zatem wynaleźć odczynnik, któryby niejako był kontrolą i pozwolił w danym przypadku rozstrzygnąć i to natychmiast, czy mamy do czynienia z alkaloidem roślinnym czy też trupim.

Odczynnikiem tym jest sól żelazoocyjanku potassu czerwonego ( $K_6 Fe_2 Cy_2$ ) (*Kaliumeisencyanid, rothes Blutlaugensalz, cyanoferride de potassium*). Sól ta w obecności czystych roślinnych alkaloidów, wziętych z pracowni, czy też po skonstatowaniu otruciu wyciągniętych z trupa, nie ulega najmniejszej zmianie; w przeciwnym zaś razie, jeżeli mieć będziemy do czynienia z alkaloidami trupimi (*les ptomaines*), sól ta ulegnie redukcji, zamieni się na żelazo cyanekpotassu żółty  $K_4 Fe Cy_6 + 3 H_2 O$  (*gelbes Blutlaugensalz*) i z solami żelaza tworzyć będzie błąkit pruski ( $(FeCy^6)_3 (Fe^2)_2$ ) *Berlinerblau*.



Do dnia dzisiejszego prawo to, z wyjątkiem morfiny, która tak samo, jak i alkaloidy trupie posiada własność i to w wysokim stopniu redukowania żelazocyjankopotassu czerwonego i weratryny, która daje ślady redukcji, wogóle się sprawdza.

Pp. Brouardel i Boutmy (w N. 25, 1881 r. *Progrès Medical*) zaznają nam nadto, w przyczynku „*Note sur les réactions des ptomaines et sur quelques unes de conditions de leur formation*“, z jeszcze jednym odczynnikiem, a mianowicie z bromkiem srebra, który w zetknięciu z alkaloidami trupiami tak samo jak i sól żelazocyjankopotassu czerwonego ulega redukcji.

W ostatniej nakoniec pracy prof. Lussana, w której pomieszczone zostały i poszukiwania sądowo-lekarskie Albertonięgo, zatytułowanej *Sulla velenosita degli estratti cadaverici*, znajdujemy wyjaśnienie przyczyny śmierci 2-ch siostr z Santa Lucia de Piave.

Wstrzykując zwierzętom podskórnym wyciągi trupie, badacze ci wpadli na szczęśliwą myśl, czy też czasem przyczyną bezpośrednią śmierci zwierząt nie są ciała, wytwarzające się w organizmie fizjologicznie, powstałe z przemiany materii, tak zwane ciała wyciągowe (*extractivstoffe*) tylko w ilości zwiększonej i w stanie większego stężenia (*concentration*). Doświadczenia, przedsięwzięte w tym kierunku z ciałami wyciągowymi, wykazały, że wstrzykując zwierzętom podskórnym czy też wprost do żył np. ekstrakt mięsny Liebiga, otrzymamy te same objawy, jakie nastąpiły i po zastrzyknięciu zwierzętom wyciągów trupich z dwóch siostr z Santa Lucia de Piave. Zresztą spostrzeżenia, zrobione na klinikach, dowodzą iż w organizmie ludzkim znajdują się ciała wyciągowe, wydzielnicze, które nagromadzone we krwi lub w samych tkankach, w ilości nieprawidłowej, wywołują nietylko objawy podrażnienia i wysięki, ale nawet i porażenia.

Ciała te wyciągowe są: kreatyna, leucyna, tyrosina, lienina, cholestearyna, guanina, tauryna, ksantyna, mocznik, kwas moczowy, inosit i kwasy: mleczny, octowy, mrówkowy, glikoholowy i tauroholowy.

Własności tych ciał wyciągowych, przy otrzymywaniu z trupa, nie niszczy ani wpływ ciepła, ani też alkoholu, oba jednak te środki (ciepło, alkohol) służą nam jednocześnie i do wykrycia w trupie śladów trucizn roślinnych; wyciąg zatem, który służy ekspertowi do wykrycia trucizny z zewnątrz podanej, zawierać tem samem będzie i trucizny wewnątrz organizmu wytworzone, to jest ciała wyciągowe trupie. W obec zatem zapytania jak odróżnić, czy w wyciągu trupim zawierają się alkaloidy roślinne czy też trupie, prof. Lussana daje bardzo prostą odpowiedź, a mianowicie, że pierwiastki trujące, wyciągowe, znajdujące się zazwyczaj w trzewiach brzusznych, nie przechodzą do wyciągu eterowego.

Ekspert zatem sądowy do swoich doświadczeń powinien używać tylko wyciągów eterowych, jako nie zawierających ciał wyciągowych, prawidłowo już trujących. Doświadczenia bowiem wykazały, iż ciała wyciągowe z trzewiów brzusznych otrzymane działaniem eteru, wstrzyknięte zwierzętom podskórnym czy też wprost do żył, nie wywołują najmniejszych objawów otrucia (chyba gdy nastąpiło otrucie alkaloidami roślinnymi, w takim razie alkaloidy roślinne przejdą do roztworu eterowego i wstrzyknięte zwierzętom wywołują objawy otrucia). Wyciąg wodny i alkoholowy etylowy zawierać będzie tak alkaloidy roślinne jak i ciała wyciągowe trupie.

W liście pisanym do redaktora *Journal d'hygiene* prof. Lussana tak streszcza wyniki swoich poszukiwań.

Nasze badania i poszukiwania trucizn trupich, wykonane przed pracami uczonego prof. Selmi nie zgadzają się zupełnie z temi ostatnimi.

Prof. Selmi badał trucizny powstałe z gnicia.

Myśmymieli na uwadze ciała wyciągowe stężone z trupów bez najmniejszego objawu gnicia.



Wedle prof. Selmi są trującymi alkaloidy trupie stałe (*les ptomaines*) powstałe przez powolne i długie gnicie ciał białkowatych.

Wedle nas są trującymi stężone roztwory (*concentrations*) pierwiastków fizjologicznych, wyciągniętych z trzewiów brzusznych, przedewszystkiem jeśli takowe wprowadzimy drogą podskórną, lub też wprost do krwi.

Myśmy mówili o ciałach takich jak kreatynie, cholestearynie, moczniku, zatem o ciałach ściśle określonych i znanych, które w skutek swojego stężenia stają się trującymi.

Prof. Selmi nie zajmuje się zupełnie ciałami wyciągowemi. Poszukiwania jego odnoszą się do pierwiastków niezbadanych, nie mających żadnej określonej indywidualności chemicznej, fizycznej i morfologicznej. *J. Nencki.*

### 98. Hoffmann. Znaczenie określenia ilości białka w cieczach, powodujących puchlinę brzucha. (*Bedeutung der Eiweißbestimmung in Ascites-flüssigkeiten*).

W 1879 r. autor (*Ueber den Eiweißgehalt der Ascitesflüssigkeiten*, *Virchow's Arch.*, 78 Bd., 2 Hefte, pg. 250), starał się wykazać, że przy obecnym stanie nauki badanie płynu wypuszczonego z jamy brzusznej przy *ascites* może dać pewne wskazówki przy rozpoznawaniu chorób. W tym celu, powiada on, że można podzielić wszystkie choroby na trzy grupy:

a) przy puchlinie brzusznej pochodzenia kachektycznego (głównie przy tej, jaką wywołuje *nephritis chronica*) zawartość białka w wypuszczonym płynie nie dochodzi 1,0 p. Ct. i ciężar właściwy jest niższy od 1010;

b) przy *ascites* pochodzenia zapalnego zawartość białka jest większa niż 2,5 p. Ct. i ciężar właściwy jest wyższy niż 1014;

c) nakoniec przy puchlinie brzusznej zależnej od zastoju krwi, zawartość białka i ciężar właściwy wypuszczonego płynu zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy wyżej przytoczonymi dwoma grupami.

W obecnej pracy autor wskazuje, że nawet przypadek, stanowiący pozorny wyjątek od powyższego pravidła, daje się pod nie podciągnąć, a nadto, że rzeczywiście metoda przytoczonego badania może oddać usługi. 48-letni mężczyzna chorował na chroniczne zapalenie nerek. Mocz jego zawierał cylindry, krole tłuszczu i 0,04—0,05 p. C. białka. Wystąpiły długotrwałe, *ascites* i *anasarca*. Płyn wypuszczony z jamy brzusznej był żółtawy, przezroczysty, zawierał 3,11 p. Ct. białka i ciężar jego właściwy wynosił 1014. Oprócz tego, co przytoczono, chory cierpiał jeszcze na silne bóle w okolicy żołądka, ale badanie miejscowe nic nie wykrywało. Czynność żołądka również przedstawiała się prawidłowo. Wobec tych danych zdawałoby się, że chory cierpiał tylko na zapalenie nerek, tymczasem badanie płynu wypuszczonego z jamy brzusznej kazało się domyślać jeszcze innej choroby. Istotnie, gdy chory umarł po pewnym przeciągu czasu, okazało się, że był u niego rak żołądka, który, docierując do otrzewnej, wywołał jej zapalenie.

(*St. Petersburger med. Wochensch.* 1881. Nr. 21.

*Przewoski.*

### 99. Errico de Renzi (Prof. z Genui). Leczenie marskości wątroby (*Kur der Cirrhosis vulgaris*).

Autor twierdzi, że mniemanie Frerichs'a, Lebert'a, Thierfelder'a, Jaccoud, Kunze'go, Bamberger'a, Surre'a i innych, jakoby *cirrhosis vulgaris* wątroby była chorobą nieuleczalną, jest fałszywe. Przeciwnie on, opierając się na swych rezultatach, jest przekonania,

a) że *cirrhosis vulgaris* do chorób nieuleczalnych w żaden sposób nie może być zaliczona i

b) że ściśle przeprowadzona kuracja mleczna zawsze stan chorego poprawia, a w niektórych wypadkach zupełnie usuwa wszelkie objawy choroby.



U ośmiu np. chorych, których autor leczył mlekiem u siebie na klinice w ciągu jednego roku, otrzymano rezultat następujący: jedno wyleczenie, u czterech więcej lub mniej znaczne polepszenia i nakoniec u trzech leczenie pozostało bez skutku. Jeżeli w innych latach rezultat leczenia był gorszy, to zależało od złej woli chorych, którzy ściśle leczeniu mlekiem się nie poddawali.

Prof. Semmola przyszedł również do podobnych wniosków. Uznaje on także skuteczność kuracyi mleczej, ale myśli, że pomaga ona tylko przy *cirrhosis hypertrofica*. *Cirrhosis hypertrofica* ma podług niego stanowczo i szybko ustępować pod wpływem leczenia mlekiem przy jednoczesnem podawaniu *kali jodatum*. Errico de Renzi wszakże mniema, że Semmola za *cirrhosis hypertrofica* uważa pierwsze stadium zwykłej marskości wątroby. Podług Errico de Renzi taka *cirrhosis hypertrofica*, jaką opisali w ostatnim czasie Riquin, F. Ollivier, Cornil, Hayem, Hanot i Charcot, to jest prawdziwa *cirrhosis hypertrofica* opiera się uparcie wszelkiemu leczeniu. Stan chorego przy niej nie polepsza się bynajmniej od kuracyi mleczej, jak to autor miał sposobność stwierdzić dwa razy.

Podług autora, *kali jodatum*, chwalone przez Semmola samo przy *cirrhosis hepatis*, nie pomaga, a nawet niekiedy zdaje się szkodzić.

Karlsbadzkie wody, naturalne czy sztuczne, są skuteczniejsze niż *kali jodatum*, ale autor im zbyt nie ufa. Za pomocą nich otrzymywał on u swoich chorych tylko nieznaczne polepszenie. W każdym razie najlepsze rezultaty daje ściśle przeprowadzona kuracyja mlecza.

*Virchows Archiv Bd. 84. Hft. 3.*

*D-r Przewoski.*

#### 100. Zależność niektórych krwotoków płucnych od pewnych zmian atmosferycznych.

W N-rze 22-im *Berlin. klin. Wochensch.* zjazd balneologiczny, mający się odbyć w roku przyszedł w Berlinie, podniósł kwestyję zależności krwotoków płucnych od pewnych wpływów atmosferycznych i zaprasza lekarzy, aby zechcieli nadsyłać do 11-go Grudnia r. b. spostrzeżenia, tyjące się pomienionej kwestyi. Znajdujemy tam zarazem szereg pytań, na które, zajmujący się podobnemi spostrzeżeniami, odpowiedzieć powinni.

Ponieważ, naszym zdaniem, kwestyja to ciekawa i ważna, przeto zwracamy w tem miejscu na nią uwagę kolegów. Możeby i u nas udało się zebrać odpowiedni materiał, a tem samem daną kwestyję wysświetlić.

Jeszcze w r. 1870 L. Rohden zwrócił uwagę na bardzo ciekawy fakt, że u cierpiących na przewlekłe zapalenie płuc powstają bardzo łatwo krwotoki pod wpływem nagłych zmian ciepłoty, stanu nasycenia i ciśnienia atmosferycznego. Najwydatniej to się objawia przed i podczas burzy, gdy przy znacznym upale i wysokiej parności powietrza wiatr zmienia nagle kierunek a barometr szybko opada. Powstawanie krwotoków płucnych w tych warunkach możemy wytłumaczyć sobie w sposób następujący. Powietrze mocno nasycone parami nie dozwala skórze dostatecznie parować, powstrzymuje zatem do pewnego stopnia czynność skóry; jednocześnie rozumie się ogranicza się i przewiew wody przez płuca. Większa ilość wody gromadzi się we krwi, czynność serca staje się mniej dzielną, częstość oddechu się wzmaga, a chory doznaje wówczas nieprzyjemnego uczucia pełności i ciężaru w piersiach, co wszystko zależy od przekrwienia zastoinowego w płucach. Gdy nagle się zerwie polarny kierunek wiatru, powietrze szybko się oziębia i powstaje szybkie zgeszczenie par wodnych atmosferycznych, co nam barometr wskazuje swem szybkim opadaniem. Jeżeli w płucach istnieje stan kongestyjny, to pod wpływem nagłego zmniejszenia ciśnienia na ściany naczyń, które i tak są bardzo węższe u tego rodzaju chorych, owe ściany łatwo pękają i dają powód do krwawienia.



Rozumie się, że dokładne i zupełnie pewne wyjaśnienie tej kwestyi wymaga licznych obserwacyj. W tym też celu zgromadzenie balneologiczne podaje następujący szemat badania.

1. Dzień i, o ile można ściśle godzina, pojawienia się krwotoku.
2. Kierunek wiatru i kierunek chmur (górną i dolną strumień powietrza) podczas krwotoku, a także, o ile można, kierunek wiatru przed i po krwotoku.
3. Nagłe zmiany temperatury podczas krwotoku, przed lub po jego wystąpieniu; należy zawsze zwracać uwagę na burzę.
4. Jeżeli istnieje w danym miejscu stacja meteorologiczna, to należałoby podać ciepłoty ranne, południowe i wieczorne, oraz stopień wilgotności powietrza.
5. Stan barometru — zwrócić uwagę o ile miał miejsce szybki jego spadek lub wzrost.
6. Spostrzeżenia ozonometryczne nie są koniecznie wymagalne, ale można by i na nie zwrócić uwagę.
7. Spostrzeżenia ogólne — między innymi pewne zmiany na liściach drzew owocowych, szczególniej wiśni (B r e m e r). *Grosstern.*

### 101. Naphtol jako nowy środek przeciwko chorobom skórny.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu prof. K a p o s i wygłosił jako doniesienie tymczasowe krótką wzmiankę o własnościach naphtolu przy chorobach skórnych.

Naphtol pochodzi z grupy naftaliny, znajdującego się w węglach kamiennych. Odróżniamy go dwa izomery  $\alpha$ -naphtol i  $\beta$ -naphtol.

Prof. K a p o s i używał izomera  $\beta$ -naphtol. W farbiarstwie odgrywa dość ważną rolę, w handlu przedstawia się pod postacią dużych kawałów, barwy fioletowo-brunatnej, budowy krystalicznej, łatwo się kruszy, z zapachu słabo przypomina kwas karbolowy. Rozpuszcza się łatwo w alkoholu, olejkach i w tłuszczach stałych. W wodzie rozpuszcza się dopiero wówczas, gdy ją nawpół zmięszamy z alkoholem.

Według prof. K a p o s i e go naphtol ma być środkiem bardzo przyjemnym i z wielkim pożytkiem zastąpić może dziegieć, używany dotychczas przy chorobach skórnych.

Dziegieć, jak wiadomo, obok swych bardzo cennych własności, przedstawia i niektóre ważne ujemne strony: barwa jego nie miła, zapach przenikliwy, brudzi a nawet niszczy bieliznę, a co ważniejsza jest do pewnego stopnia trującym (tokyczny). Próby poczynione z naphtolem tymczasowo wypadły bardzo pomyślnie. Używano w tym celu 10% roztworu alkoholowego naphtolu lub 15% maści i stosowano te przetwory tak na skórę zdrową, jako też i na chronicznie cierpiącą. Po wtarciu skóra barwi się brunatno i łuszczy się umiarkowanie; energiczne wtarcie wywołuje lekkie zbrzeknienie skóry z następnem łuszczeniem, nigdy zaś nie powoduje ślimaczenia się takowej.

Środek rzeczony łatwo się resorbuje i szybko wydziela z moczem, który już na drugi dzień po użyciu naphtolustaje się mętny, ale białka nigdy nie zawiera.

Maść naphtolowa ani bielizny ani opatrunków wcale nie barwi, roztwór zaś alkoholowy naphtolu barwi takowe różowo; lecz pod wpływem wody gorącej i mydła zabarwienie znika zupełnie. Dokładniejsze i liczniejsze spostrzeżenia dozwolą dopiero stanowczo orzec, przeciw jakim cierpieniom i w jaki mianowicie sposób najlepiej i najskuteczniej stosować można rzeczony środek. Należy również zbadać, czyby niemożna było użyć tego przetworu wewnątrznie i skorzystać z jego wydzielenia się przez skórę.

Zresztą prof. K a p o s i jak dotąd nie jest pewnym, czy w tej grupie nie znajdzie się, oprócz naphtolu, jeszcze inny przetwór, któryby jeszcze lepiej i skuteczniej mógł zastąpić dotychczasowy dziegieć. *Grosstern.*

*Allgem. Wiener med. Ztg. Nr 19. — Pharmaceu.-Ctrhalle Nr 22.*



**102. Kwas metafosfory jako odczynnik na białko w moczu.** Hindenlang z Freiburgu na moey poszukiwań twierdzi, że najlepszym odczynnikiem na białko w moczu ma być kwas metafosfory. W moczu prawidłowym odczynnik rzezonny nie daje nigdy żadnego zmętnienia ani osadu. Różne substancyje, które do moczu przeszły albo przez użycie pewnych pokarmów, albo też przez zażywanie pewnych środków lekarskich, nie dają również osadu ani zmętnienia z kwasem metafosforym. Jedynym zatem składnikiem patologicznym dającym się wykryć w moczu za pomocą kwasu metafosfory jest białko.

Sposób użycia jego jest bardzo prosty: mały kawałek kwasu rozpuszcza się w wodzie zimnej, a roztwór ten dodaje się do moczu, uprzednio przefiltrowanego, gdy takowy z natury jest mętym. Najmniejsze ślady białka, bez zagotowania, zdradzają się wówczas albo opalizacją mniej lub więcej mocną, albo też zmętnieniem moczu.

Do 1 lub 3 centymetrów sześciennych wody dodaje się kawałeczek kwasu i pozostawia przez parę sekund; to już najzupełniej wystarcza, aby mieć gotowy, czuły na białko odczynnik. Pozostałą część nierozpuszczonego kwasu, można wyjąć i do dalszego badania zachować. Nie należy przechowywać kwasu metafosfory w roztworze; kwas bowiem metafosfory w roztworze wodnym stopniowo przechodzi w kwas ortofosfory, ten ostatni zaś nie posiada własności strącania białka. Zresztą stała forma kwasu wydaje się nawet dla lekarza dogodniejszą; kawałek bowiem tego kwasu w małej flaszeczce lekarz może mieć zawsze przy sobie, a w razie potrzeby w ciągu paru sekund przygotować sobie doskonale odczynnik.

(Berl. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 15).

Grosstern.

**103. Richter. Środek dla wywołania katalepsy.** (Ein Mittel „Katalapsie“ zu erzeugen). Zdaniem autora, D-r Bekr w San Francisco po wlaniu żółwiom kilka kropel naciągu (Inf.) korzenia *Passiflora quadrangularis*, wywoływał stan podobny zupełnie do prawdziwej katalepsy, mógł im bez żadnej przeszkody nadawać najrozmaitsze położenia. Po pewnym czasie powracały żółwie do dawnego stanu, nie okazując żadnego złozenia. Wedle Bekra środek ten mógłby być użytym jako cenny *narcoticum*, być może jako środek leczniczy w *tetanus*, ztąd R. zachęca lekarzy europejskich do czynienia doświadczeń z *Passiflora quadrangularis*, którą hodują w ogrodach botanicznych.

(Oblat. f. Nervenheilkunde. 1881, Nr. 13).

W. G.

## WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— W ubiegłym tygodniu bawił w mieście naszym D-r Baliński, były professor psychiatrii w Akademii medyczno-chirurgicznej w Petersburgu. Wydelegowanym został przez ministerjum spraw wewnętrznych, w celu ostatecznego porozumienia się z naszymi psychiatrami, co do wybudowania nowego szpitala dla chorych umysłowo cierpiących. W ubiegły wtorek odbyła się konferencyja, w której prócz Inspektora szpitali cywilnych p. Waltera wzięli udział obecni w mieście naszym psychiatrzy. Na niej zadecydowano, aby szpital dla obłąkanych wybudować w Pruszkowie (pod Warszawą), szpital na 400 chorych — 200 mężczyzn i 200 kobiet. Na 300 chorych ma to być zakład zamknięty, a na 100 urządzony jako kolonia. Prócz naczelnego lekarza, który byłby i odpowiedzialnym administratorem, ma być 2 starszych i 2 młodszych ordynatorów. Ponieważ szpital, nowo mający się wybudować, ma objąć i klinikę uniwersytecką, proponowano, aby wykłady psychiatrii odbywały się w Niedziele, na któreby przyjeżdżali studenci medycyny, którym w tym celu wydawanoby bileta wolnej jazdy.

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Sprawozdanie z kliniki lekarskiej krakowskiej profesora Korczyńskiego z lat 4. Kraków 1881.

Názvoslovi lékařské a lékárnické. Spracováno komisi Spolku českých lékařů. Praha. 1881.

**Sprostowanie.** W N-rze 30, na str. 624, wiersz 7 od dołu, zamiast: D-r Kaity, winno być: D-r Keith.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog miesięczny“ księgarni W-go Wende i Sp. w Warszawie, za miesięc Czerwiec.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 16 Юля 1881 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr 23.