

GAZETA LEKARSKA

I. O STOSUNKU NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ

DO ZANIKU BŁONY ŚLIZOWEJ ŻOŁĄDKA.

Podał

Franciszek Białokur [z Warszawy].

— 3 —

W obecnej chwili dla większej ilości przypadków, które przedtem uważane były za niedokrwistość samoistną złośliwą, postępującą [essencyalną], wykryte zostały pewne momenty przyczynowe, wywołujące to cierpienie. Jako jedną z najczęstszych przyczyn, wywołujących niedokrwistość złośliwą, cytują niektórzy autorowie choroby żołądka, kiszek, albo obu tych narządów razem.

Ale nie wszystkie choroby narządu pokarmowego zdają się stać w jednakowym związku z powstawaniem niedokrwistości złośliwej. Wielu autorów dowodzi, że pod tym względem zanik gruczołów błony śluzowej żołądka stoi na pierwszym miejscu.

Pierwszy FENWICK w swoim cennem dziele: „*On atrophy of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs*“, wydanem w r. 1880, wykazał, że zanik błony śluzowej żołądka może wywoływać ciężkie i złośliwe postacie niedokrwistości.

Od tego czasu ilość spostrzeżeń w tym kierunku znacznie się powiększyła. BLASCHKO i SASAKI stawiają niedokrwistość złośliwą w zależności od zaniku błony śluzowej kiszek, wywołanej, zdaniem ich, zmianami w narządzie nerwowym kiszek, a mianowicie w splotach MEISSNER'a i AUERBACH'a.

SCHEIMPFLUG potwierdza to zdanie, mówiąc, że chociaż na zasadzie zebranego dotąd materiału nie można jeszcze stanowczo naszkicować obrazu zwyrodnienia nerwów trzewowych, to jednak uważa za bardzo prawdopodobne, że zanik błony śluzowej kiszek (*nerwose Darmatrophie*) może spowodować tak zwaną postać żołądkowo-kiszkową niedokrwistości złośliwej, przebiegającej z wymiotami i biegunką.

W roku 1887 LICHTHEIM zwrócił na kongresie medycyny wewnętrznej uwagę ogółu na związek, zachodzący pomiędzy organicznymi cierpieniami rdzenia a niedokrwistością złośliwą, stawiając pierwsze cierpienie w zależności od drugiego. LICHTHEIM nie poprzestał na tem doniesieniu, lecz w dalszym ciągu studyował niedokrwistość złośliwą. Owocem tych poszukiwań było stwierdzenie faktu, że w każdym przypadku niedokrwistości złośliwej

bierze udział w cierpieniu ogólnem i mlecz pacierzowy. LICHTHEIM uważa, że zmiany w mleczu [małe ogniska oraz zwyrodnienia całych pęczków] są pochodzenia toksycznego. Zdanie LICHTHEIM'a, że niedokrwistość złośliwa może powodować zwyrodnienia w mleczu pacierzowym, potwierdza przypadek, obserwowany przez EISENLOHR'a. Przypadek ten z dwóch względów jest bardzo ciekawy: popierwsze, ze względu na przyczynę niedokrwistości złośliwej, wywołanej przez zanik błony śluzowej żołądka i kiszki; podrugie ze względu, iż niedokrwistość ta wywołała zwyrodnienia w bocznych pęczkach rdzenia, skonstatowane za życia i po śmierci.

Zrobiwszy tych kilka zestawień, postaramy się zaznajomić poszczególne z dwiema nas obchodzącymi sprawami, a mianowicie: z zanikiem błony śluzowej żołądka i z niedokrwistością złośliwą.

Pomimo dużej ilości prac o zaniku błony śluzowej żołądka, etyologia tego cierpienia nie jest bynajmniej rozstrzygniętą. Większość autorów mniema, że cierpienie to jest wtórne i towarzyszy przeważnie innym cierpieniom, wyniszczającym i prowadzącym w końcu do śmierci. W ostatnich zaś czasach coraz bardziej zaczyna się uwydatniać pogląd, że zanik błony śluzowej żołądka może powstawać samoistnie.

G. MEYER przypuszcza, że upośledzone odżywianie gruczołów żołądka, prowadzące do tłuszczowego ich zwyrodnienia, może powstać na tle czysto nerwowem: wszak JUERGENS, BLASCHKO i SASAKI opisali zwyrodnienie tłuszczowe splotów MEISSNER'a i AUERBACH'a przy zaniku błony śluzowej przewodu pokarmowego.

W przypadkach JUERGENS'a, BLASCHKO i SASAKI, przebiegających pod postacią niedokrwistości ciężkiej lub też złośliwej, żołądek stale pozostawał zdrowym, zanikała zaś tylko błona śluzowa kiszki. W każdym razie błona śluzowa żołądka może ulegać zanikowi niezależnie od błony śluzowej kiszki.

Już *a priori* można powiedzieć, że dla ekonomii ustroju ludzkiego nie jest wszystko jedno, czy mamy do czynienia z zanikiem błony śluzowej kiszki, czy też żołądka. Wykluczenie chłonięcia w kiszkach musi wcześniej wywoływać fatalne skutki dla ustroju; wykluczenie zaś trawienia żołądkowego nie stawia wogóle ustroju naszego w takim położeniu bez wyjścia, ponieważ kiszki mogą wziąć na siebie zastępczo trawienie żołądkowe i brak jego może być wyrównanym przez długi przeciąg lat.

Co do zaniku błony śluzowej żołądka, to za przyczynę jego KHIEREN podaje następujące sprawy: ostre i przewlekłe zapalenie [najczęściej katar śluzowy LITTEN] żołądka, uwiąd starczy, gruźlicę, rak żołądka i innych narządów, długo trwające ropienia, rozszerzenie żołądka i syfilis.

Z powyżej wyliczonych przyczyn w najprostszym związku przyczynowym z zanikiem błony śluzowej żołądka stoi zapalenie przewlekłe żołądka, które może przejść bezpośrednio w zanik błony śluzowej. Reszta zaś przyczyn stoi w związku pośrednim.

Przechodźmy teraz do symptomatologii zaniku błony śluzowej żołądka. Tu na wstępie zauważyć muszę, że ponieważ zanik błony śluzowej żołądka przebiega czasem pod postacią niedokrwistości złośliwej, więc w każdym po-

szczególnym przypadku tej ostatniej należy badać szczegółowo żołądek, jeżeli poprzednio już nie znajdziemy jakiegokolwiek innej przyczyny niedokrwistości.

Już NOTHNAGEL w roku 1879 starał się naszkicować objawy zaniku błony śluzowej żołądka. Anatomicznie odróżniał NOTHNAGEL trzy postacie zaniku:

1) Zupełny zanik gruczołów, bez marskości żołądka i bez jego zmniejszenia.

2) Marskość żołądka (*cirrhosis ventriculi*) ze zmniejszeniem jego pojemności i ze znacznym zanikiem gruczołów.

3) Postać pośrednia.

Pierwszą postać miały cechować klinicznie: *anaemia perniciosa* z wymiotami, które to objawy sam NOTHNAGEL uznał za bardzo niepewne. Druga postać zaniku może nie dawać żadnych objawów obiektywnych, albo też dawać objawy raka, wrzodu okrągłego i t. p.. Chorzy tacy, wskutek zmniejszonej pojemności żołądka, mogą spożywać jednorazowo niewielkie ilości pokarmów. Badanie takich żołądków za pomocą rozszerzenia ich gazem daje wynik ujemny.

Z powyższych danych NOTHNAGEL wniósł, że ścisłego rozpoznania zaniku błony śluzowej żołądka postawić nie można; można tylko domyślać się tej choroby. Tak się rzecz miała przed kilkunastu laty. Przy obecnym jednak stanie dyagnostyki chorób żołądka możemy śmiało powiedzieć, że rozpoznanie za życia: *atrophia*, czyli *phthisis ventriculi*, jest możebne.

Przy zaniku wszystkich gruczołów błony śluzowej żołądka ustaje naturalnie wszelka działalność wydzielnicza tego narządu; nie można więc wtedy wykazać ani wolnego kwasu solnego, ani też związanego, ani pepsyny, ani fermentu podpuszczkowego; domieszki śluzu nie dają się wtedy nigdy wykazać ani na czczo, ani po podaniu śniadania próbnego ¹⁾. Wydobyta w godzinę po spożyciu śniadania próbnego zawartość żołądkowa przedstawiała się we wszystkich naszych przypadkach bardzo charakterystycznie: miazga pokarmowa nie miała żadnego zapachu. Bulka wcale nie strawiona, ale dobrze roz-tarta, sprawia wrażenie, jakby była mechanicznie rozmieszana z wodą. Kwaśność ogólna nie przenosiła w moich przypadkach 5. Pod drobnowidzem widzimy bardzo mało ciałek krochmalowych. Odczyn na cukier bardzo wyraźny. Mleko po godzinnem pozostawaniu w żołądku można wydobyć z powrotem zupełnie nie ścięte.

Ponieważ siła ruchowa żołądka nie jest w tych przypadkach naruszoną, więc nie widzimy nigdy ani nadmiernej fermentacji gazowej, ani też mlecznej. Przynajmniej osobiście kwasu mlecznego nigdy w podobnych przypadkach nie wykrywałem. Dlatego też chorzy tacy rzadko się skarżą na odbijania; jeżeli zaś je mają, to w każdym razie nie cuchnące, puste. Na zgagę nigdy się nie skarżą. Chorzy tacy miewają często ból w dołku i rzadziej wy-

¹⁾ Podobnie NOTHNAGEL rozpoznaje zanik błony śluzowej кишки grubej na zasadzie ciągłych rzadkich wypróżnień, w których stale nie można dowiedzieć obecności śluzu.

mioty, biegunkę, która występuje jednak najczęściej z przeładowaniem żołądka. Pacjenci mają zwykle dobry apetyt i znoszą dobrze wszystkie pokarmy [płynne i stałe], spożyte w niewielkiej ilości. Żołądek bywa zwykle miernie rozszerzonym, co można stwierdzić, rozszerzając go za pomocą gazu i wywołując w nim pluskanie, które dochodzi w tych razach do pępka. Sprawność ruchoma bywa czasem upośledzoną, lecz w niewielkim stopniu i nie na tyle, ażeby mogła wywołać fermentacye nadmierne.

Przy zaniku błony śluzowej żołądka chorzy miewają stale bóle napadowe, niezależnie od czasu przyjęcia pokarmów. Na bóle BOAS szczególną zwraca uwagę.

Bardzo ważnym objawem przy zaniku błony śluzowej żołądka jest dobry wygląd chorych i dobre odżywianie. U niektórych nawet daje się zauważyć obfita ilość tkanki tłuszczowej podskórnej. Przeciwnie przy raku żołądka, który może najwięcej symulować czysty zanik błony śluzowej żołądka, nigdy nie widzimy nawet miernego odżywiania: zawsze występuje charłactwo.

Wszystkie powyżej wymienione objawy spotykać możemy i przy innych chorobach żołądka, a zwłaszcza przy nerwicach i przy nieżycie przewlekłym. Ale dłuższa obserwacja i dokładne wywiady muszą naprowadzić nas w końcu na drogę właściwą, a mianowicie: przy nieżytach przewlekłych znajdujemy zawsze domieszkę śluzu i rzadko taką małą kwaśność ogólną, jak przy zaniku gruczołów; zwykle można też wykryć kwas solny związany [nawet w dużych ilościach]. Przy nerwicach znowu żołądka ilościowe dane co do kwaśności zawartości żołądkowej mogą się codziennie zmieniać. Przy *gastritis chronica* miazga pokarmowa filtruje się bardzo wolno, wskutek domieszki śluzu; przy nieżycie zaś zanikowym bardzo szybko. Czas trwania tej choroby różni autorowie określają różnie. Jedni przypuszczają, że z zanikiem błony śluzowej można żyć kilka miesięcy, inni zaś, że kilka lat. W każdym razie trawienie żołądkowe ustaje zupełnie, a czynność żołądka spełniają zastępczo kiszki. Zastępcze to trawienie musi mieć swoje granice, jednak trwać ono może bardzo długo. Pod tym względem, moim zdaniem, ma największą słuszność LITTEN i inni, którzy twierdzą, że kiszki mogą w zupełności wyrównać trawienie żołądkowe i wtedy tylko może nastąpić kres tego wyrównania, jeżeli sprawność ruchowa żołądka zacznie ustawać; żołądek bowiem nie będzie wtedy w stanie wydalac swęj zawartości do kiszek; wytworzy się rozszerzenie, powstaną nienormalne i nadmierne fermentacye oraz inne warunki, prowadzące chorego do śmierci.

ROSENHEIM także przypuszcza, że chorzy z zanikiem błony śluzowej żołądka żyć mogą lata całe, mianowicie dopóty, dopóki kompensacyjna działalność kiszek nie będzie w czemkolwiek uszkodzoną.

Naturalnie w każdym poszczególnym przypadku nie można dokładnie określić długości trwania choroby, ponieważ bardzo często nie wiemy nawet, jak dawno dane cierpienie się zaczęło.

Co się tyczy rodzaju chorych, to najmłodszych pacjentów opisali LITTEN [18 lat] i EINHORN [21 lat]. Zwykle zaś choroba ta zaczyna się po 40 latach, a największe plony zbiera pomiędzy starcami, zwłaszcza cierpiącymi na uwiad schyłkowy. Najracyonalniejsza terapia, zdaniem mojem, będzie po-

legała na największem oszczędzaniu żołądka i kiszek. Pokarmy trzeba podawać strawne, często i w małej ilości, ażeby jak najdłużej nie wywoływać niedomogi ruchowej żołądka, albo nieżyty kiszek, gdyż skutki tych powikłań mogą się stać od razu fatalnymi dla chorych.

Powyżej starałem się naszkicować obraz pierwotnej, że tak powiem, postaci nieżyty zanikowego żołądka. Inne zaś postacie zaniku błony śluzowej żołądka, towarzyszące rakom, uwiądowi starczemu i innym charłactwom, są objawami drugorzędnymi i wikłają się z zasadniczem cierpieniem o tyle, że jakiegoś typu dla nich wymyśleć niepodobna.

Zagadkową również jest postać zaniku błony śluzowej żołądka, powikłana niedokrwistością złośliwą. Sekcyje zmarłych na niedokrwistość złośliwą wykazywały bardzo często zmiany zanikowe w błonie śluzowej żołądka, a mianowicie zanik zupełny gruczołów trawiennych. Co tu jest sprawą pierwotną: czy zmiany we krwi, czy zanik gruczołów—dotąd nie rozstrzygnięto i zdania badaczy są w tym względzie bardzo podzielone. Większość przyznaje współistnienie tych spraw chorobowych [EICHHORST], ale IMMERMANN jest zdania, że przy niedokrwistości złośliwej w całym znaczeniu tego wyrazu zmiany w żołądku [i kiszka] są względnie zamałe na to, ażeby niemi można było objaśnić zasadniczą chorobę oraz zaburzenia w trawieniu, które spotykamy przy *anaemia perniciosa*.

Podług BAMBERGER'a, zanik i ścięczenie ścian żołądka są tylko objawem poszczególnym zaniku całego ustroju [charłactwa]. Występuje on nie na wszystkich warstwach żołądka.

FENWICK uważa zanik gruczołów żołądka przy niedokrwistości złośliwej za objaw bardzo częsty. Stwierdził to na sekcyach 5-iu chorych i SCHEPERLEN.

QUINCKE, który opisał 10 przypadków niedokrwistości złośliwej, uważa zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym za niedostateczne dla objaśnienia objawów przyżyciowych tej choroby. A jednak w jednym przypadku [№ 6] i QUINCKE skłonny jest przypuścić, że *anaemia perniciosa* rozwinęła się na tle zaniku gruczołów błony śluzowej żołądka.

HENRY i OSLER mieli sposobność obserwowania przypadku niedokrwistości złośliwej, a sekcyja przypadku tego wykazała *phthisis ventriculi*.

SCHIRREN, ROSENHEIM i G. MAYER także przypuszczają, że pomiędzy zanikiem błony śluzowej żołądka a pierwotną niedokrwistością złośliwą zachodzi jakieś powinowactwo.

Słowem: powyżsi autorowie twierdzą, że *gastritis atrophicans* może dawać objawy kliniczne niedokrwistości złośliwej, której wrzekomym przypadkom towarzyszą objawy żołądkowe. [C. d. n.]

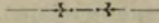
II. O FOTOGRAFOWANIU DWÓCH TONÓW SERCA

WSPÓLCZEŚNIE Z INNEMI FALAMI FIZYOLOGICZNYMI.

Napisał

Dr fil Antoni Hołowiński,

b. docent Uniw. Warszawskiego.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

II.

W pierwszej części artykułu niniejszego podałem już ogólny zarys metody dla fotografowania dwóch tonów serca; teraz należy mi jeszcze streścić niektóre wyniki odnośnych moich badań wstępnych na kilku osobnikach normalnych. Załączony przytem fotogram zdjęty był z siedemnastoletniego zdrowego młodzieńca [p. Szymańskiego], u którego wierzchołek serca uderzał z siłą podnoszącą w piątym międzyżebżu, o palec na prawo od lewej linii sutkowej. Wysłuchiwanie stetoskopem nie wskazywało żadnych obcych szmerów patologicznych, chociaż [przy silniejszym podnieceniu] pierwszy ton bywał nieraz silnie i wyraźnie zdwojonym („*bruit de galop*“).

Rozpatrzmy teraz uważniej [pod lupą powiększającą] wykreślenia odnośne, które obejmują: u góry, niską falę oddechania; poniżej kardyogramy (*ictus cordis*); następnie sekundowe sygnały [prędkość przenoszenia papieru od 49,5 do 1 mm.]; wreszcie [u dołu fotogramu] fale pierścieni Newron'a, które były pobudzone głośnym mikrofonem, przytwierdzonym do wspólnej podstawki kardyografu bębnekowego.

Jak to wyłomaczyłem już poprzednio, dwa tony serca występują w chwilach początku największego skurczu pierścieni, a przeto jeżeli w owych punktach wykreślimy [igłą] rzędne pionowe równoległe do kierunku szpary fotograficznej, to wyznaczone będą tym sposobem odpowiednie punkty synchroniczne na falach kardyogramów. Otóż, kardyogramy niniejsze posiadają kształt normalny wyłącznie tylko w fazie początku wdechania [№ 2, 3, 6, 7 i 9]; w tym razie łatwo jest wyróżnić na nich względnie niższy wznórek *i k a* [t. z. skurcz przedsiönka], który wyprzedza punkt *a*, stanowiący początek „anakroty“ najwyższej *ab*, w chwili uderzenia wierzchołka o klatkę piersiową; następujące i prawidłowe wygięcia fali sercowej, odznaczone szeregiem liter *b, c, d, e, f...*, nie nastroczają też żadnej wątpliwości co do właściwego ich porządku, względnie do teorii fizyologicznych. Natomiast na innych falach [№ 1, 4, 5, 8], przypadających w fazie wydechania, wznórek *ika* wznosi się o wiele wyżej po nad zwykłą jego normą: przeto, gdybyśmy nie rozporządzali zestawieniem porównawczem przejściowych form na kardyogramach następujących, oraz gdyby współczesne odznaczenie dwóch tonów serca nie ułatwiało nam zadania, to przypuścilibyśmy prawdopodobnie [jednakże zupełnie błędnie], że na owych falach nienormalnych początek *a* anakroty głównej należy przemieścić do punktu *i*.

Na kardyogramach, zdjętych z tego samego osobnika, wymienione nieprawidłowości powtarzały się dość często, a to mianowicie, gdy pelota kardyografu przyciskała niektóre miejsca, blizkie wierzchołka serca.

I tak na okazach, przedstawionych na wystawie higienicznej, można widzieć niektóre kardyogramy, o kształcie dwóch wysokich wież, z których pierwsza przewyższa znacznie swym wierzchołkiem k , drugi wierzchołek główny b , symulując przez to pozorne odwrócenie fali [skurczowe opadanie, przy tonie pierwszym „*cardiogrammes inverses*“]. Dotychczas fizyologiczna interpretacja tego rodzaju fal anomalnych była niemożliwą, a takowa staje się teraz w części zrozumiałą, gdy synchronizm owych dziwacznych zygagów z dwoma tonami serca jest już określony. Zupełne wyjaśnienie istoty tego zjawiska wymaga jednakże jeszcze licznych wykreśleń; potrzeba bowiem będzie zbadać, czy niezwykle wzniesienie omówionego wzgórka ika zależy w danym przypadku od miejsca przyłożenia peloty kardyograficznej, od fazy oddechania, lub też [przypuszczalnie] od zdwojenia tonu pierwszego („*bruit de galop*“)?

Wszelkie uogólnienia przedwczesne byłyby teraz bezużytecznymi, dopóki topografia ruchów współczesnych na klatce piersiowej nie zostanie dokładnie poznana.

Zwracając się ponownie do fotogramu, stwierdzam wprawdzie, że ton pierwszy [I] wyprzedza zawsze punkty a [a nawet i punkty k wbrew dotychczasowym teoryom], w danym razie od 4 do 5,5% [setnych sekundy]. Wyprzedzanie to dochodziło czasem do 11%, na niektórych innych fotogramach anomalnych i jest ono wogóle wyraźnie zależnem od fazy oddechania, a mianowicie większem [od 5 do 5,5% w fot. niniejszym] przy końcu wdechania, aniżeli przy końcu wydechania [od 4 do 5%]. Zatem zamknięcie zastawki dwudzielnej i trójdzielnej występuje jeszcze przed chwilą (a) zetknięcia wierzchołka z klatką piersiową i odnośny interwał czasu wzrasta nieco w miarę większego rozszerzenia klatki piersiowej [koniec wdechania]. Omówiony wpływ oddechania staje się mniej wybitnym, gdy przepaska, utrzymująca kardyograf i mikrofon na wierzchołku serca, jest ciasno obwiązana, co przeszkadza wówczas swobodnemu rozszerzaniu się klatki piersiowej.

Na wszystkich kardyogramach drugi ton serca [II] [jak to już dawniej przewidywałem] jest najbliższym punktu e , t. j. trzeciego dołka fali, licząc główny dołek a za pierwszy; pozorne wyjątki od tego pravidła objaśnione były szczegółowo w rozprawie naszej z r. 1893 (*loco cit.*).

Położenie dwóch tonów na falach serca nie jest jednakże zupełnie ściśle związanem z punktami k dla tonu pierwszego, oraz e dla tonu drugiego, gdyż niektóre kardyogramy wykazują nieraz małe różnice czasu [nawet powyżej trzech setnych sekundy], o które tony wyprzedzają owe punkty charakterystyczne. Zatem obliczenie rytmu dwóch „pauz serca“¹⁾, li tylko

¹⁾ Określam „rytm“, jako stosunek pomiędzy długą pauzą [interwał od drugiego tonu do pierwszego następnego] a krótką pauzą [interwał przyjęty za 100%, pomiędzy tonami pierwszym i drugim następnym].

na zasadzie pomiaru wykreślenia graficznego [bez tonów], nie jest matematycznie dokładnem. Przyczyna małego opóźniania charakterystycznych punktów *k i e*, względnie do dwóch tonów polega prawdopodobnie nie tylko na wpływie fazy oddechania, ale też i na pośrednim działaniu mięśni sprężystych, oddzielających wierzchołek serca od peloty kardyografu.

Na fotogramie niniejszym rytm dwóch pauz wahał się w granicach od 128% do 148%, ale zmieniał się on od 109% do 177% [przy częstościach od 100 do 94 na 1 minutę], na innych wykreśleniach tegoż osobnika w przeciągu kilku miesięcy. Zmienność owego rytmu, w dość obszernych granicach, jest zależną (*caeteris paribus*) tak od fazy oddechania, jako też od częstości uderzeń. U przeważnej liczby osobników normalnych częstość względna jest [dla wiadomych przyczyn fizyologicznych] zwykle największą w peryodzie wdychania, któremu odpowiadają też względne minima rytmu; interwał czasu krótkiej pauzy jest bowiem względnie stałszym i skraca się zwykle stosunkowo mniej, aniżeli odpowiedni interwał pauzy długiej.

Okazy [przedstawione na wystawie] odmiennych fotogramów, zdjętych z innego osobnika, potwierdziły wogóle wyniki powyższe, których przeto szczegółowiej nie omawiam. Natomiast zwrócę jeszcze uwagę na ciekawe fotogramy fal oddechania [pneumogramów, wykreślonych za pomocą stetoskopu PAUL'a, połączonego rurką z bębenkiem MAREY'a] współcześnie z kardyogramami. Na owych pneumogramach ujawniły się bowiem widocznie [pomiędzy innymi] dwa ząbki charakterystyczne, odpowiadające dwóm tonom serca, które opóźniały się średnio o 18%^o, względnie do punktów *k i e* kardyogramów. Otóż przykładając stetoskop PAUL'a w różnych odległościach od wierzchołka serca, przekonałem się, że opóźnienia ząbków pneumogramu, względnie do dwóch tonów zmieniały się stosunkowo nieznacznie. Wnioskuje stąd, że wtórne oddziaływanie tonów na odpowiednie wstrząśnienia płuc nie przejawia się bezpośrednio, skoro owe opóźnienia występują niemal jednocześnie na całej powierzchni klatki piersiowej.

Zamykam sprawozdanie niniejsze kilkoma uwagami ogólniejszemi co do zastosowania nowej metody mikrofoniczno-optycznej. Przyrządy, którymi rozporządzam dotychczas, a które były niejako zaimprovizowane małymi moimi środkami osobistymi, nie są jeszcze technicznie dogodne, a przy braku oddzielnej, a ciemnej komory fotograficznej wykonywałem [u siebie] doświadczenia tylko w porze nocnej. Z tego powodu nie mogłem też jeszcze przystąpić do badań klinicznych w szpitalu, które niezależnie od stałej pomocy kilku asystentów wymagać będą znacznego nakładu na urządzenia odpowiednie. Zakres metody obejmuje jednak nie tylko poprzednio wymienione zadanie fizyologiczne, to jest odgraniczenie skurczu i rozkurczu na różnych falach, tlómaczenia zygzagów odnośnych, oznaczenia zmienności rytmów, badania topograficzne ruchów współczesnych na klatce piersiowej i t. p.. Wiadomo bowiem z fizjologii ¹⁾, że wstrząśnienia [dostępne dla dotyku] wytwarzają się nie tylko

¹⁾ Por. Lehrbuch EICHHORST. T. II, str. 27.

przy dwóch głośnych szmerach [tonach] serca, ale też często przy zwykłe względnie słabszych szmerach patologicznych (n. „*fühlbare Geräusche*“); takowe mogą być zatem utrwalone fotograficznie, tak samo jak dwa tony serca. Dla wielu szmerów silniejszych wystarczy ku temu już powiększenie [16000], zastosowane w terażniejszych moich przyrządach. Zresztą teoretycznie niema granic dla powiększania obrazów pierścieni NEWTON'a; można będzie przekroczyć powiększenia milionowe, a to zmniejszając krzywiznę szkiełka [w telefonie optycznym], zastępując lunetę [powiększającą $4\frac{1}{2}$ razy] drobnowidzem, wreszcie też powiększając powtórnie fotogramy za pośrednictwem drobnowidzu. Praktyczną granicę, przy powiększeniu obrazu wstrząśnięć, stanowi tylko czułość papieru fotograficznego w stosunku do czasu jego wystawienia [obecnie około $\frac{1}{1000}$ sekundy] oraz względnie do natężenia światła odbitego.

Jednakże przy fotografowaniu bardzo słabych szmerów patologicznych napotkamy zapewne inne, a o wiele poważniejsze trudności techniczne. I tak, wspominałem już poprzednio, że regulacja mego mikrofonu jest zależną od jego nachylenia względnie do pionu, oraz że każda zmiana odnośna [nawet w czasie oddechania pełniejszego] sprawia już skutki dostrzegalne słuchowo i optycznie. Dla doświadczeń z telefonem optycznym o wiele szkodliwsiymi są nagłe [a często bezwiedne] ruchy klatki piersiowej, które odbijają się natychmiast w nieprawidłowym kształcie fotogramów. Jeżeli zważywszy nadto, że pod wpływem zmiennej ciepłoty telefonu i mikrofonu [oświetlanie i rozgrzanie] średnice pierścieni ulegać mogą zmianom powolnym, oraz że słabe wpływy inercyjne drgań dźwiękowych uwydatniają się coraz silniej przy wielkiem powiększaniu, to zrozumiemy, jak trudno nieraz będzie odróżnić na fotogramach same zygzagi słabych szmerów patologicznych od innych zygzagów współczesnych, a silniejszych. Pomyślnie rozwiązanie tego zadania, względnie do tonów serca, rokuje, że i znakowanie dyagnostyczne szmerów, przy wadach zastawek sercowych, będzie również tą metodą otrzymanem: zależeć to będzie zresztą przeważnie od siły i od środków przysłego badacza.

III. O FLAGELLATACH (wiciowcach)

W WYPRÓBNIENIACH LUDZKICH I O ICH ZNACZENIU W PATOLOGII PRZEWODU POKARMOWEGO.

Podał

Władysław Janowski,
asystent oddziału.

—§—§—§—

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 30].

O pasożycie tym wiemy już z poprzedniej części, dotyczącej *megastomatis enterici* LAMBL-GRASSI, że przyjmowano za niego ten ostatni twór, nic z nim

wspólnego nie mający. Nie będziemy już tu do tej kwestyi powracać i omówimy te tylko prace, w których napewno ten właśnie pasożyt był u człowieka spostrzegany. Po spostrzeżeniach DAVAINE'a pierwsze przypadki obecności jego cercomonady u ludzi ogłosił EKERCANTZ (13) i THAM (59). Prac tych, niestety, z oryginałów nie znamy. Polegamy jednak pod tym względem na powadze BUETSCHLI [4, str. 813], który, mówiąc o znajdowaniu prawdziwych cercomonad u ludzi, wymienia i pracę EKERCANTZ'a.

Pierwszy dokładny, szczegółowy i opatrzony bardzo licznymi rysunkami opis cercomonady podał LAMBL w r. 1875 (31) na zasadzie pewnego przypadku, który badał w maju wymienionego roku.

Na klinice LAMBL'a w Warszawie zmarł pewien osobnik z rozpoznaniem bąblowca (*echinococcus*) wątroby. Na sekcji znaleziono w wątrobie, obok worka bąblowca, płyn ropno-galaretowaty, zawierający przy badaniu drobnowidzowem miriady pierwotniaków, w których LAMBL „poznał odkrytą przez siebie już w 1858 cercomonadę“. W istocie jednak cercomonada ta nie miała nic wspólnego z opisanym w r. 1858 pierwotniakiem, o którym już wiemy, że był to *megastoma entericum*. Tymczasem wiciowiec, znaleziony przez LAMBL'a w tym przypadku, był prawdziwą cercomonadą. Badając pasożyta tego w ropie, LAMBL miał nierównie dogodniejsze warunki do obserwowania różnych form, jakie przyjmował ten twór, niż to można mieć w stolcu. Z opisu tego i rysunków, których nieznaczną część tu dla zrozumienia rzeczy przytaczamy, widać, że wielkość tego pasożyta wahała się w dość szerokich granicach [0,005 mm. do 0,014 mm.]. Kształt pasożyta był owalny [fig. 35, 37, 38, 39] lub okrągły [fig. 36]. Formy jego zupełnie rozwinięte miały [fig. 37—39] z przodu długi biczyk, a z tyłu rodzaj ogonka. Twory te wykonywały niezmiernie żywe ruchy śrubowate, faliste, robaczkowe, a czasem migawkowe; czasem znów przelatywały pole mikroskopowe z szybkością strzały. LAMBL stwierdził przytem, że przestrzeń 1 ctm. twory te przebiegają w ciągu 8—10 sekund. Obok wakuol wewnątrz tych cercomonad LAMBL notuje ciągłe, żywe „zmiany w mięszu“ tworów, obserwowane na powierzchni jego brzusznej. Formy „zupełnie rozwinięte“ [fig. 39] są większe od tych, które LAMBL oznaczył w objaśnieniach do swoich rysunków, jako zwykłe [fig. 37, 38]. Po dłuższej obserwacji tworów tych pod drobnowidzem widać, że tracą one swoje biczyki, na których miejscu widać dość często długie, protoplazmatyczne wyrostki, które możnaby w pierwszej chwili przyjąć jeszcze za bice [fig. 40—42]. W takich egzemplarzach LAMBL narysował stosunkowo najwięcej wakuol, co dowodzi nawet obiektywnie, że twory te są już upośledzonymi w swojej żywotności osobnikami, gdyż pierwotniaki mają tem więcej wakuol, im bliższe są śmierci. W formach, które LAMBL uważa za niedorozwinięte, biczyków albo zupełnie brakowało [fig. 43], albo też były one małe [fig. 44], a kształt tworów był gruszkowaty, nieprawidłowo S-owaty, lub taki, jak na rys. 44.

Widzimy więc, iż LAMBL wykazał sam niezmierną zmienność i niestałość form cercomonady i opisał ją tak, że do opisu tego brakowało tylko notatki o obecności błony migawkowej w przedniej połowie ciała. Przypuszczamy, że autor widział ją i jej ruchy, lecz brał ją właśnie za żywe „ruchy i przemiany

w miąższu“ tworzu na powierzchni jego brzusznej. Żagielek ten, czyli migawkę, opisał dopiero Roos (46) w trzecim z pomiędzy spostrzeganych przez siebie przypadków. Obserwowany przez siebie pasożyt Roos uważał za identyczny z *cercomonas hominis* DAVAINÉ'a. Wielkość jego wynosiła 0,009—0,011 mm. Na przednim jego końcu znajdował się biczyk, a zaraz za nim migawka. [fig. 47 i 48] Innych szczegółów opisu Roos'a tu nie przytaczamy. Porównując pomiędzy sobą rysunki cercomonady, podane przez Roos'a i podane przez LAMBL'a, jako formy zupełnie rozwinięte [fig. 39], widzimy, że różnią się od siebie tylko migawką, której LAMBL nie dojrzał. Nadto wymiary, podane przez Roos'a, a większe od wymiarów przeciętnych DAVAINÉ'a, również dowodzą, że obserwował on właśnie te postacie cercomonad, które LAMBL uważał już za zupełnie rozwinięte, gdyż LAMBL podaje wymiary swego tworzu, jako równe 0,001 mm. do 0,014 mm. Nadto rysunki 35 i 37 LAMBL'a są bardzo podobne do powszechnie znanych rysunków cercomonad DAVAINÉ'a, tak, że o identyczności tych tworów wątpić niema żadnej podstawy. Jest zasługą LAMBL'a, że wyrysował różne formy cercomonad, jakie w oczach jego pod mikroskopem przyjmowały, gdyż w ten sposób zrobił dla cercomonady sam jeden to, co dla trychomonady zrobił szereg autorów. Niestety, z powodu niedostępności dla ogółu czytelników pisma, w którym LAMBL pracę swoją ogłosił, nikt dotąd rysunków LAMBL'a nie widział i stąd to panuje dotąd w nauce zupełnie mylne przekonanie, że w r. 1875 LAMBL opisał trychomonadę. Ze zdaniem tem spotykamy się między innymi u Roos'a (50) i BLANCHARD'a (2), a bezpodstawności jego po przytoczeniu powyższych danych rysunków dowodzić jest zbyt łatwym. Również nieznamość tych rysunków stała się powodem, dla którego niektórzy autorowie opisali tak zwane przez nich *monas lens*, jako nowe, a przynajmniej bliżej dotąd nie określony rodzaj wiciowca.

Mam tu na myśli spostrzeżenia KANNENBERG'a (23), który znalazł w 6-iu przypadkach zgorzeli płuca „monady“ w płwocinie i rozróżnia ich dwa rodzaje, mianowicie: jeden „*monas lens*“, a drugi *cercomonas*. To samo znalazł potem (24) jeszcze w 6-ciu innych na 8 badanych przypadków zgorzeli płuc. Z opisu autora widać, że to, co nazywał *monas lens*, było właśnie młodą postacią cercomonady DAVAINÉ'a, wyrysowaną u LAMBL'a [fig. 35, 36], cercomonadą zaś jego była istotnie dojrzała cercomonada. To samo odnosi się i do trzech spostrzeżeń analogicznych SRENG'a (58). Za cercomonadę też zwykłą, DAVAINÉ-LAMBLÓWSKĄ, uważać należy twór, spostrzegany przez LITTEN'a (33) w wysięku surowicznym z opłucnej. Tę cercomonadę znalazł też Roos w wysięku posocznicznym opłucnej po pęknięciu do niej kawerny. Cercomonadą też zwykłą, młodą, był twór, spostrzegany przez ESCHERICH'a w r. 188) w stolec pewnego dziecka, chorego na biegunkę. Podany przez CAHEN'a (5) rysunek tego pasożyta jest zupełnie podobnym do fig. 36 LAMBL'a. Tutaj zaliczyć też należy różne postacie cercomonad [owalne, gruszkowate i okrągłe], obserwowane przez PERRONCITO (46) u świńek morskich zdrowych oraz podczas epidemii ciężkiej biegunki pomiędzy nimi (47), gdyż odpowiadają one różnym formom zwykłej cercomonady, opisanej przez LAMBL'a. PERRONCITO wykazał w ten sposób, że cercomonady spotyka się nie tylko u ludzi, lecz i u zwierząt, co wynika

również z pracy GRASSI'ego (17), który na swojej tablicy II i IV-ej rysuje cały szereg tworców, znalezionych u much i oznaczonych przez siebie mianem *monomitina muscarum*, a które [fig. 52, 53] są zupełnie podobne do młodych form cercomonady, wyrysowanych przez LAMBL'a [fig. 35]. Z następných autorów znajduwaliśmy cercomonady w stolcu: MASSIUTIN (36) w 3 przypadkach biegunki w Rosyi [Kijów], FENOGLIO (15) w pewnym przypadku krwawej biegunki we Włoszech, COUNCILMAN i LAFLEUR (7) oraz DOCK (10) w Ameryce, KRUSE i PASQUALE (27) w Egipcie, a następnie znowu PICCARDI (48) we Włoszech w jednym przypadku. Ten ostatni nie wydawał się być zupełnie pewnym, czy widziany przez niego *cercomonas* jest identyczny z cercomonadą DAVAINÉ'a; przynajmniej postawił on przy tej nazwie pytańnik. Rysunki jego jednak wykazują, że twór ten był napewno identycznym z cercomonadą DAVAINÉ-LAMBL'a [porównaj fig. 54 a, b i 35]. PERRONCITO wykazał pierwszy, że i cercomonady posiadają wspólną wszystkim pierwotniakom własność otarbiania się, aby przejść w ten sposób od jednego gospodarza do drugiego. PICCARDI wyrysował właśnie taką otorbioną formę cercomonady [fig. 54 c]. Widował je nadto САИЕН (5).

Powyżej przytoczyliśmy prace, w których tożsamość opisanej cercomonady z cercomonadą DAVAINÉ'a jest bardzo łatwo widoczną. Pozostaje nam jeszcze omówić kilka prac, w których opisano pasożyty, które mogłyby dać powód do pewnego zamieszania w tej kwestyi.

Zaczynamy od krótkiego artykułu MARCHAND'a (34). Autor ten opisał prawie jednocześnie z LAMBL'em [187. r.] (31) przypadek tyfusu, w którym znalazł w stolcach „infuzorye“ długości 0,013 mm., szerokości 0,0075—0,009 mm., o kształcie okrągławym, jakby trójkątnym, z wyraźnym wyrostkiem ogonowatym z tyłu i kilkoma rzęsami z przodu [fig. 45, 45 a]. Zawierał wewnątrz pojedyncze jądra i po 1—2 twory pęcherzykowate. Ruchy jego były bardzo żywe. Niektóre z pomiędzy tych pasożytów zmieniały przy tych ruchach swoją postać; autor sądzi, że były to może osobniki młodsze. Po takim swoim opisie MARCHAND wyraził zdanie, że twory te są te same, które opisał LAMBL w r. 1859-ym, a różne od tych, jakie opisał DAVAINÉ. O utożsamieniu tego tworu MARCHAND'a z *megastoma entericum*, opisanym przez LAMBL'a w r. 1859, jak widzimy z rysunku, mowy dziś być nie może. Wydaje się nam jednak rzeczą pewną, że był to twór identyczny z opisanym przez DAVAINÉ'a, a potem przez LAMBL'a w r. 1875. Istotnie jeżeli nie liczyć się z narysowaniami przez MARCHAND'a rzęsami, które są wynikiem poprostu niezдания sobie sprawy z obecności w tym tworze migawki, opisanej w cercomonadzie dopiero przez ROOS'a (50), to twór MARCHAND'a odpowiada swoją formą rozwiniętym formom cercomonady LAMBL'a [fig. 30] i formom wyrysowanym przez ROOS'a [fig. 47, 48]. Brakuje tylko jednego biczka, którego albo MARCHAND nie dojrzał, albo też nie było go już w widzianych przez niego osobnikach z powodu, iż już odpadły. Drugim pasożytem, za który można by przyjąć twór MARCHAND'a, jest znany już nam *trichomonas hominis*, gdyż i ten pasożyt może się po odпадnięciu wszystkich rzęsów przedstawiać w sposób podobny. BLANCHARD jest nawet tego właśnie zdania i podaje *cercomonas* MARCHAND'a w synonimie try-

chomonady. Bezstronnie rzecz biorąc, między jednym a drugim pasożytem różnica jest tak małą, że nie wartoby się przy tem lub owem zdaniu upierać, gdyby obserwacya nie była podana właśnie przez MARCHAND'a. Niepodobna przypuszczać, aby badacz ten, tak wprawny, który potem sam z tak drobiazgową dokładnością dojrzał i narysował (35) wszystkie szczegóły budowy trychomonady, mógł przeoczyć stale wszystkie 4 biczyki w obserwowanym przez siebie tworze, albo też miał szanse widzenia w tym stolcu takich tylko trychomonad, w którychby ani jednej z 1—2 biczykami nie pozostało. Wiemy bowiem z doświadczenia, że tak nigdy nie bywa. Przeciwnie, przy badaniu cercomonady takie niedopatrzenie jednego biczyka łącznie z obecnością licznych egzemplarzy pozbawionych swego jedyne go biczyka jest zrozumiałem. Sądzę więc, że MARCHAND obserwował właśnie cercomonadę, mianowicie dojrzałe jej postacie, z dobrze rozwiniętą migawką, którą przyjął mylnie za rzęsy, którą to pomyłkę, jak wiemy, wielu za możliwą i dziś jeszcze [DOCK, ROOS, PICCARDI] uważało, pomimo iż dzisiejsze mikroskopy są nierównie od ówczesnych dokładniejsze.

ZUNKER (60) obserwował wiciowce w stolcach w 9-iu przypadkach. Opisuje je w każdym przypadku i powiada, że widział ogółem 2 ich rodzaje: monady MARCHAND'a i cercomonady DAVAINÉ'a. Istotnie, rysuje swoje monady zupełnie podobnymi do monad MARCHAND'a. Z tego, cośmy dopiero co powiedzieli, wynika, iż widywał on stale tylko jedne i te same monady, mianowicie cercomonady. Tylko raz widział je większemi i wtedy miał je za monady MARCHAND'a, drugi raz—mniejszymi i wtedy uznawał je za cercomonady DAVAINÉ'a. Najlepszym dowodem słuszności tych naszych słów jest ta okoliczność, że gdy w jednym z pomiędzy przypadków [5-ym] ZUNKER starał się wytępić monady MARCHAND'a za pomocą kalomelu, znalazł pod koniec leczenia w kale „*monas lens*“, to jest twór, odpowiadający właśnie, jak widzieliśmy, młodym formom cercomonad DAVAINÉ-LAMBL'a. Rzecz oczywista, że kalomel utrudnił cercomonadom zupełne rozwijanie się w kale, a wtedy występowały w nim formy najslabiej rozwinięte, małe, podobne do soczewki, jak to właśnie wrysował LAMBL [fig. 34, 35] i dlatego przez kilku znanych nam już autorów oraz przez ZUNKER'a oznaczone jako *monas lens*. Takie same *monas lens* obserwował cały czas równolegle z cercomonadami w innym ze swoich przypadków [7-ym], co, uwzględniając znane nam badania i rysunki LAMBL'a, dla ZUNKER'a niedostępne, znaczy, że w przypadku tym widywał on jednocześnie zupełnie młode i dobrze rozwinięte cercomonady DAVAINÉ-LAMBL'a. Nawiasem mówiąc, powyższe dwa przypadki ZUNKER'a, szczególnie zaś pierwszy, upewniają nas jeszcze bardziej, że pasożyt MARCHAND'a z r. 1875 był właśnie cercomonadą, a nie czemś innym.

Za *cercomonas* musimy też uważać 2 rodzaje wiciowców, opisane w r. 1893. Jeden z nich widzieli jednocześnie z cercomonadą MARCHAND'a w 2-im ze swoich przypadków QUINCKE i ROOS (49), drugi zaś — ROOS (50) w swoim przypadku 4-ym. Nie mówiąc już o tem, że z powodu jednoczesnej obecności w stolcach cercomonady MARCHAND'a i *monas lens* obserwacya ta jest zupełnie co do treści swej analogiczna do dwóch omawianych wyżej przypadków ZUN-

ker'a, monada QUINCKE'go i Roos'a jest w podanych przez nich rysunkach tak uderzająco podobna do „*monas lens*“ i do młodych form cercomonady, wyrysowanych przez LAMBL'a [fig. 35], że nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, iż była to właśnie ta cercomonada. To samo odnosi się do monady, narysowanej przez Roos'a [fig. 49], której podobieństwo do wielu form abortywnych, rudymenarnych [między innymi i do fig. 44] LAMBL'a jest znaczne. Żałujemy, że nie możemy więcej tych form wyrysować, bo wtedy identyczność tych tworów pomiędzy sobą stałaby się dla wszystkich tak niewątpliwą, jaką jest dla nas. Ciekawym jest fakt, że w tym przypadku Roos'a cercomonady znajdowały się wszystkie w tak niedogodnych dla siebie warunkach, że dojrzałych, zupełnie rozwiniętych form autor nie spotykał. Nie może to jednak wydawać się dziwnem wobec tylokrotnie stwierdzanego i tu wymienionego występowania czasem cercomonad w innej wyłącznej swej formie rudymenarnej — w formie t. zw. *monas lens*.

Zestawiając więc dane, dotyczące cercomonady, widzimy, że była ona opisana po raz pierwszy u człowieka przez DAVAIN'E'a, potem zaś bardzo dokładnie przez LAMBL'a, i że następnie opisana była przez wymieniony powyżej szereg autorów, bądź pod nazwą *cercomonas intestinalis*, bądź jako monada MARCHAND'a, bądź jako *monas lens*, bądź jako nowa, nieznaną monada, bądź wreszcie, jako *monomitina* przez GRASSI'ego u much.

Wynika stąd, że wszystkie wogóle znane dotąd u człowieka *monomitina* [jednoniśce] były jednym i tym samym pasożytem, mianowicie cercomonadą DAVAIN'E'a w różnych jej postaciach. Cercomonada ta powinna by właściwie nosić nazwę *cercomonas DAVAIN'E-LAMBL'a*, gdyż pierwszy z tych autorów odkrył ją, a drugi przedstawił należyty jej opis. Nazwa *cercomonas hominis*, nadana jej przez DAVAIN'E'a, jest dlatego niedokładną, że spotykamy ją nadto dotąd u świńek morskich i much, a termin *cercomonas intestinalis*, nadany temu tworowi przez LAMBL'a, jest niedokładnym dlatego, że widywano go, oprócz kiszki, jeszcze w płwocinie, wysiękach, a nawet w ropniu wątroby [sam LAMBL.].

W przytoczonych dotąd przypadkach opisano wiciowce, o których można było bliżej wykazać, do jakich mianowicie należeli. Istnieją nadto w literaturze notatki, a z których nie można sądzić z pewnością, jakie mianowicie twory widywano w odnośnych przypadkach. Tu odnoszą się przedewszystkiem badania NOTHNAGEL'a (43). Przytoczone przez niego opisy, ani rysunki nie pozwalają na orzeczenie, czy widywał on w badanych przez siebie stolcach trychomonady, czy cercomonady, gdyż rysował on [rys. 50, 51] te twory bez biczyków, w stanie już rozpadającym się, za czem przemawia, oprócz braku biczyków jeszcze kilka okoliczności: NOTHNAGEL widywał dużo tworów, wypuszczających wyrostki amebowate, gruszkowatych, z wypuszczanym ku tyłowi cienkim ogonkiem, oraz okrągłych, w stanie zupełnego spokoju, nieporuszających się. Bliższe rozpoznanie pasożytów w tych warunkach było rzeczywiście niemożliwe. Nie wiadomo więc, czy były to trychomonady, czy cercomonady, bo w tym okresie jedno od drugich niczem się nie różnią. To tylko pewna, że nie były one

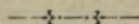
identyczne z pseudo-cerkomonadą, opisaną przez LAMBL'a w r. 1859-ym, z którą ją NOTHNAGEL mylnie identyfikował, co było jeszcze wtedy łatwem do zrozumienia z uwagi na to, że dopiero później ukazały się badania Grassi'ego nad *megastoma entericum*.

Nie można też powiedzieć, którą z tych dwóch monad obserwował w Egipcie u 5-ciu dysenteryków KARRULIS (25) oraz u badanych przez siebie dzieci JAKSCH (21) wogóle, gdyż nie opisuje ich dokładniej. Była to jednak trychomonada albo cercomonada. Mamy tu na myśli twory, oznaczone przez niego mianem monad. Zagadkowym jednak zupełnie pozostaje dla nas pasożyt, znajdujący przez tego autora w stolcu pewnej 8-letniej dziewczynki, cierpiącej na objawy kiszkowe, podobne do dysenterycznych. Zdaje się jednak, że twór ten zupełnie do flagellatów nie należy, lecz jest jakąś amebą. Do niemożliwych do bliższego określenia należą też twory, obserwowane w 12-u stolcach zdrowych ludzi przez BOAS'a (3), gdyż autor ten bliżej ich zbadać nie mógł. Powiada on, że były podobne do monad NOTHNAGEL'a, co jednak rzeczy nie objaśnia. Nadto BERNDT (1) widział jakieś wiciowce w ropniu podprzeponowym; bliżej ich jednak również nie określił i nie opisał.

[C. d. n.]

SPRAWOZDANIE

z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie d. 13, 14, i 15 Lipca, 1896.



Po wstępnem przemówieniu przewodniczącego prof. RYDYGIERA i po załatwieniu formalności, właściwą czynność zjazdu zainaugurował odczyt prof. KOSTANECKIEGO: „O przetokach skrzelowych“. Cztery fałdy na bocznej powierzchni szyi, a między nimi 4 szczeliny, noszą oddawna nazwę łuków i szczelin skrzelowych. U kręgowców niższych, jak np. u ryb, szczeliny są drożne, tak, że z powierzchni zewnętrznej można dojść niemi do jamy entodermalnej. U człowieka twory te w samym początku życia płodowego występują również, ale przemijająco. I w swym zawiązku różne są one od takichże szczelin kręgowców niższych; zamiast bowiem szczelin występują dwa na przeciw siebie symetrycznie położone zagłębienia entodermalne i ektodermalne, oddzielone od siebie cienką blaszką, utworzoną z 2 warstw nabłonka, t. j. entodermalnego i ektodermalnego. Dawniej mniemano, że t. zw. *fistulae colli congenitae* powstawać mogą skutkiem zaburzeń w rozwoju którejkolwiek ze szczelin; bliższe jednak badania wykazały, że zapatrywanie to jest fałszywe. Przekonać się zaś o tem możemy, badając dalszy rozwój łuków i szczelin oraz stosunki tomiezne.

Z drugiego łuku skrzelowego wytwarza się t. zw. *operculum*, wyrastające ku dołowi i zrastające się z boczną ścianą szyi i z klatką piersiową. *Operculum* to zamyka t. zw. zatokę szyjową (*sinus cervicalis*), wytworzoną wskutek cofnięcia się ku tyłowi i wewnątrz łuku 3 i 4-go; każdy zaś z łuków posiada osobny nerw i osobną tętniczkę, przebiegające w jego osi. Tętn-

niczki w łuku pierwszym i łuku drugim wcześniej zanikają; łukowi trzeciemu odpowiada *carotis interna*, czwartemu zaś po jednej stronie *arcus aortae*, po drugiej *anonyma*. Co się zaś tyczy nerwów, to pierwszy łuk unerwiony jest przez *trigeminus*, drugi przez *facialis*, trzeci przez *glosso-pharyngeus*, czwarty przez *laryngeus superior*. K. zastanawia się z kolei nad powstawaniem przetok wrodzonych zupełnych. Z badań wynika, że, aby z pierwszej szczeliny skrzelowej powstała *fistula colli congenita completa*, potrzeba, aby w błonie bębenkowej istniał otwór t. z. *foramen Rivini*, gdyż z pierwszej wewnętrznej kieszonki powstaje trąbka EUSTACHIUSZA i jama bębenkowa, z zagłębienia zaś zewnętrznego — przewód słuchowy zewnętrzny. Błona bębenkowa odpowiada błonie, dzielącej od siebie te dwa zagłębienia. Aby z następnych 3 szczelin powstać mogła przetoka zupełna, musi: po 1-e, *sinus cervicalis* pozostać niezamkniętym, a potem musi się przerwać błonka, oddzielająca kieszonkę wewnętrzną od zatoki szyjowej. Kiedy się jednak uwzględni, jak daleko idącym zmianom ulega kieszonka trzecia i czwarta przy wytwarzaniu się zatoki szyjowej, przyjąć możemy z zupełnem prawdopodobieństwem, że *fistulae colli congenitae completae* wytwarzają się tylko ze szczeliny drugiej, a kiedy tak, to wymagać możemy już *a priori*, aby przetoka taka przebiegała między nerwami *facialis* i *glosso-pharyngeus* i przez to miejsce, gdzie *art. carotis communis* rozdziela się na *carotis externa* i *interna*. Ujście wewnętrzne otwierać się musi w jamie nosogardzielowej, a zewnętrzne gdziekolwiek bądź na szyi. Dokładniejsze badania kilku znanych przypadków odpowiedziały zupełnie tym teoretycznie postawionym postulatam. Przetoki niezupełnie wewnętrzne powstają po największej części z drugiej wewnętrznej kieszonki skrzelowej. Co się zaś tyczy przetok niezupełnych zewnętrznych, to wyprowadzić je można tylko z niezamkniętego *sinus cervicalis*, albo z kieszonki drugiej wewnętrznej, której ujście wewnętrzne uległo obliteracyi, błonka zaś oddzielająca ją od zatoki szyjowej uległa przerwaniu. Ujście zewnętrzne przetok szyjowych otwierać się może także w linii środkowej szyi. Przetoki te dla odróżnienia od poprzednich noszą nazwę *fistulae colli medianae*; zasadniczo jednak nie różnią się niczem od *laterales*, bo tak samo, jak i tamte, otwierają się zawsze do gardzieli, a nigdy do krtani i tchawicy, a powstały tylko dzięki przemieszczeniu *sinus cervicalis* ku linii środkowej szyi.

Szczelinom skrzelowym zawdzięczają swe istnienie niektóre torbiele skórzaste i dermoidy, na szyi się znajdujące, a powstają one przez to, że szczelina skrzelowa na pewnej przestrzeni w swym przebiegu nie zanikła, a wtedy buja nabłonek ją wyścielający.

Prof. RYDYGIER: „Kilka słów o surowicy EMMERICH'a i SCHOLL'a.

Surowicy przeciwrakowej używał R. w 3 przypadkach nowotworów mięsakowych, nie nadających się do operacyi. Nie mógł jednak ani za życia chorych, ani też po ich śmierci wykazać w guzie zmian, któreby odnieść należało do swistego działania w mowie będącej surowicy. Obserwował również przypadek, w którym róża, dwukrotnie wybuchająca na wardze chorego, zajętej przez raka, nie wywołała żadnych zmian w nowotworze. W dyskusyi przemawiali BOSOWSKI, KADER i DROBNIK. BOSOWSKI nie widział również

wplywu surowicy EMMERICH-SCHOLL'a na raka; zauważył jednak jej korzystny wpływ na przebieg róży. Takie samo doświadczenie, jak dwaj mówcy poprzedni, zrobił i KADER. Pozornie działała surowica w niektórych przypadkach, ale tylko skutkiem obecności żywych kokków w niektórych jej seryach. DROBNIK tak, jak i B., nie widział wpływu róży na raka skór nego.

Doc. D-r KLECKI: „O roli nerek w zakażeniu krwi“.

Doświadczenia K. miały na celu 3 następujące pytania:

1) czy przez nerki wydzielać się mogą drobnoustroje ze krwi bez wywołania w nich zmian anatomicznych;

2) kiedy od chwili zakażenia dostają się bakterye ze krwi do moczu;

3) kiedy wydzielanie to ustaje, ewentualnie z jakich przyczyn. Dotychczas zdołał odpowiedzieć na pierwsze dwa pytania. Bez względu na ilość bakteryi, we krwi krążących, okazują się one już w moczu po 3 do 5 minutach, a więc w czasie, w którym zmiany anatomiczne w nerkach wytworzyć się jeszcze nie zdołały. Otwartem pozostaje pytanie 3; bo kiedy wstrzykiwał do żył duże ilości bakteryi, wykazywał je jeszcze w moczu po kilkunastu godzinach; kiedy zaś wstrzyknął małą ilość już w pół godziny mocz stawał się jałowym, jakkolwiek we krwi w tym czasie zabitego zwierzęcia wykazać można było swobodnie krążące drobnoustroje.

D-r RUFF: O nowotworach śródbłonkowych.

Opierając się głównie na pracy VOLKMANN'a „*Ueber endotheliale Geschwülste*“, przedstawił prelegent genezę i morfologię tych nowotworów, ilustrując swój wykład preparatami mikroskopowymi.

Doc. D-r WACHHOLZ: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej obrażeń czaszki.

Wykład swój ilustrował W. licznymi własnymi preparatami anatomicznymi, z których na podniesienie zasługują: 1) wielokrotne złamanie czaszki, nie powodujące przypadków chorobowych za życia i nie będące przyczyną śmierci, która wkrótce nastąpiła skutkiem gruźlicy płuc 2), wylew krwi między oponą twardą a kośćmi czaszki. Krwiak ten był przyczyną śmierci, która nastąpiła w kilkanaście godzin po doznaniem obrażenia, krwotok śródczaszkowy wywołującym. Od chwili doznanego uszkodzenia, aż do nagłego zejścia, poszkodowany oddawał się zwykłym zajęciom. W końcu wspomniął prelegent o przypadku, znanym mu z własnej praktyki sądowo-lekarskiej, a w którym niewątpliwe złamanie podstawy czaszki zakończyło się zupełnem wyzdrowieniem.

D-r A. GABRYSZEWSKI: „O unaczynieniu wola“.

Przed półtora rokiem podwiązano u kobiety 30 letniej z powodu wola wszystkie 4 tętnice tarczowe. Wole z początku zmniejszyło się, poczem jednak poczęło wzrastać, tak, że G. wykonał resekcję sposobem KOCHER'a. Po dwóch tygodniach chora umarła wśród podwyższonej ciepłoty i objawów tężyczki. Badanie naczyń na zwłokach wykazało, że wole było unaczynione silnie rozwiniętymi gałązkami, odchodzącymi od *arteria lingualis* i *cervicalis profunda*.

D-r NIECIUŃSKI demonstrował trójgraniciec *à double courant*, służący do stałego drenowania jam opłucnowych i opisał szczypczyki do wyjmowania połkniętych przedmiotów z przełyku.

Prof. OBALIŃSKI: Przedstawienie żołądka wyresekowanego wraz z przylegającą częścią poprzecznicy.

W przypadku, w którym rak zajmował nie tylko znaczną część odźwiernikową żołądka, ale przechodził także na przylegającą poprzecznicę (*colon transversum*), wyresekował części zajęte nowotworem, poczem bez trudności odpowiadające sobie części przecięte zbliżył do siebie i zespoił szwem. Wyleczenie niezupełne po 10 dniach.

W dyskusji przemawia RYDYGIER, który podobną operację wykonał przed 4 laty w swojej klinice, a WEHROWI znany jest przypadek podobny do przypadku prof. OBALIŃSKIEGO.

D-r KADER: O technice gastrostomii.

Zdarzają się przypadki, w których z powodu znacznego napięcia ścian żołądka żadna ze znanych i za lepsze uznanych metod gastrostomii wykonać się nie da. W jednym takim przypadku zastosował K. metodę własną i odtąd w klinice MIKULICZA sposobem tym i z najlepszym powodzeniem wykonano już 10 operacji. Technika gastrostomii KADERA jest następująca: Po otwarciu jamy brzusznej, najlepiej cięciem prostokątnym przez lewy mięsień prosty, robi się w przedniej ścianie żołądka otwór, przepuszczający zaledwie dren grubości ołówka. Dren umocowuje się jednym szwem, poczem dwoma szwami LEMBERT'a powyżej, a dwoma poniżej drenu unosi się ze ścian żołądka dwie fałdy prostopadłe lub poziome, które przez zawiązanie nitki zbliża się aż do zupełnego zetknięcia. Dwie inne fałdy, na zewnątrz od poprzednich położone, a w ten sam sposób jak poprzednie wytworzone, pokrywają pierwsze.

Kilkoma wreszcie szwami, założonymi przez warstwę surowiczą i mięśniową z jednej strony, a przez otrzewną ścienną i tylną blaszkę pochewki mięśnia prostego z drugiej strony, przymocowuje żołądek do powłok brzusznych. Szew mięśniowy skórny kończy operację. Domykalność przetoki ma być zupełna.

D-r KADER: O operacjach, wykonanych w klinice MIKULICZA [w Krakowie, w Królewie i we Wrocławiu] na żołądku z powodu chorób natury łagodnej.

Krwawe zabiegi, wykonywane na żołądku z powodu cierpień natury łagodnej, pozostaną wieczną zasługą RYDYGIERA. Z tych wskazań między 177 operacjami, ogółem na żołądku wykonanymi, operowano w klinice MIKULICZA 32 razy i wykonano 3 razy *resectio pylori*, 9 razy gastroenterostomię, 12 razy pyloroplastykę, 2 razy gastroplastykę, 6 razy gastrorafię. Śmiertelność po operacjach na żołądku wynosi w klinice MIKULICZA 25% w przeciwieństwie do śmiertelności, podawanej z innych klinik, a wynoszącej 40%. Dobre te wyniki przypisać należy: 1-e) temu, że MIKULICZ w razie nowotworów złośliwych wyjmując dokładnie wszystkie gruczoły limfatyczne wzdłuż wielkiej i małej krzywizny, oraz dwunastnicy; po 2-e) temu, że niemal po każdej takiej operacji tamponuje się dokładnie i głęboko workami MIKULICZA, a po 3-e) te-

mu, że przez podawanie środków nasercowych przed operacją, a przez karmienie chorych podczas operacji [wlewa się wprost do *jejunum* duże ilości płynów pobudzających i odżywiających] zapobiega się zapaści.

D-r BOGDANIK: Postępowanie przy przepuklinach zgorzeli-
nowych.

B. radzi, aby w przypadkach przepuklin uwięźniętych i zgorzeli uległych otworzyć worek przepuklinowy, wyciąć dokładnie tkanki nekrotyczne, pętlicę wciągniętą wydobyc z jamy brzusznej przez jamę przepuklinową, zresektować jelita w częściach zdrowych, oczyścić dokładnie, odprowadzić do jamy brzusznej i jamę przepuklinową zaszyć. W dyskusji przemawiają KADER i DROBNIK. K. zaleca postępowanie SAMTER'a z Królewca, zmodyfikowane przez siebie, a mianowicie: radzi on wykonać laparotomię, enteroanastomozę powyżej uwięźnięcia, obie odnogi pętlicy przeciąć i powstałe stąd 4 otwory w jelicie zaszyć każdy z osobna. Na końcu dopiero przecina worek zgorzeli-
linowy tak, jak ropień, a powstałą ranę goi *per secundam*.

DROBNIK zaś ściślej trzyma się sposobu SAMTER'a. Po zrobieniu laparotomii wykonywa enteroanastomozę powyżej uwięźnięcia i tamponuje wysoko wzdłuż odnogi doprowadzającej, która, jak go doświadczenie poucza, następnie jeszcze zgorzeli uleźć może.

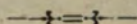
Prof. OBALIŃSKI: Jeszcze w sprawie wykluczenia pętlicy jeli-
towej z zupełnem tejeż zeszcyciem.

Zdarzyć się może, że wycięcie części jelita z powodu nowotworu, gruźlicy, lub innych cierpień, jest niemożliwym skutkiem licznych i silnych zrostów. W takich przypadkach pozostaje nam albo enteroanastomoza, albo inplanta-
cja jelita, albo wykluczenie części schorzałych. Kiedy zdecydujemy się na wykluczenie, mamy znowu 2 drogi przed sobą: 1) zaszyć oba otwory w odcinku wykluczonym, albo 2) otwór dystalny wszyć w powłoki brzuszne, drugi zaś otwór zaszyć i pozostawić w jamie brzusznej. Długi czas obawiano się drogi pierwszej, gdyż doświadczenia fizyologów wykazały, że w odcinku tak wykluczonym w takiej obfitości nagromadza się zawartość do kału podobna, iż spowodować może pęknięcie jelita z dalszemi następstwami. Wszywano zatem otwór dystalny w powłoki brzuszne i wtedy jedni chirurgowie widzieli, że z przetoki wydzielano się bardzo mało zawartości, podczas kiedy inni opisywali, iż z przetoki zawartość kałowa w takiej obfitości się wydzielala, że spowodowała stan wprost nieznosny dla chorych. Kwestyę niejasną wyjaśnił REICHEL. Wykazał on, że wykluczony odcinek jelita cienkiego wydziela obficie, jelita zaś grubego mało. Dlatego też O. w przypadku gruźlicy jelita ślepego i jelita grubego wstępującego nie wahał się po wykluczeniu tych części oba otwory zaszyć i pozostawić w jamie brzusznej. W rok później operował po raz 2-gi tę samą chorą z powodu przepukliny brzusznej i mógł się wtedy przekonać o słuszności swego postępowania.

W dyskusji wyjaśnia KŁECKI, że po wykluczeniu pętlicy jelita, czy to cienkiego, czy też grubego, niebezpieczeństwo grozi nie ze strony nadmiernie gromadzącej się zawartości, ale ze strony powstać mogących zaburzeń w krążeniu i wzmagającej się następnie jadowitości bakteryi.

Rydygier zaś w przypadkach, w których nie można wykonać resekcji typowej jelita, woli enteroanastomozę, niż wykluczanie; sądzi bowiem, że wartość kałowa, krążąca przez odcinek, sprawą chorobową zajęty, nie może wpływać zbyt niekorzystnie na przebieg cierpienia. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



52. H. F. Müller. O nieobserwowanej dotąd morfologicznej części składowej krwi.

Badając krew pewnego chorego na *morbus Addisonii*, autor znalazł w niej mnóstwo drobnych, kulistych tworów, wielkości jakby pasożytów i żwawo poruszających się w przestrzeniach między czerwonymi krążkami krwi. Zbadawszy zaraz potem swoją krew i krew wielu chorych, MUELLER doszedł do wniosku, że wymienione kulki stanowią normalną jej część składową. Fakt, że dotąd tworów tych nie opisano, tłumaczy tem, że brano je prawdopodobnie za nic nie znaczące wytwory sztuczne. Tymczasem znajdują się one w każdej krwi, choć w zmiennej bardzo ilości. Są to ziarenka, bardzo drobne [około 1 μ i mniej], bezbarwne, mocno światło załamujące, żwawo i nieprawidłowo się poruszające, kuliste, a czasem jakby pałeczkowate. Kierunek ruchu tych tworów, które można widzieć tylko przy użyciu systemu olejnego do badania świeżo wziętej krwi, odpowiada kierunkowi ruchu innych części składowych krwi; ruch ten jest więc molekularny. Ilość tych ziarenek waha się w oddzielnych przypadkach od wielu na jednym polu mikroskopu do tak niewielkiej, że udaje się je znaleźć dopiero po uważnem przejrzaniu licznych pól mikroskopowych, nigdy jednak nie brak ich zupełnie. Na preparatach krwi, chronionych od wysychania przez otoczkę z oliwy, wymienione twory zachowują się całymi dniami. To samo ma miejsce w preparatach, do których dodano 1% roztworu kwasu osmowego. Kwas octowy tworów tych nie rozpuszcza; nie mają one nic wspólnego z tworzeniem się włóknika. Obecność opisanych ziarenek we krwi przy najstaranniejszem braniu jej z bardzo dokładnie umytych palców oraz nie zwiększanie się ich ilości przy dłuższem badaniu krwi przeczy możności przyjęcia ich za wytwory sztuczne. Nie można też uważać ich za ziarnistość neutrofilową, bo występują zawsze pojedynczo, ani za eozynofilową, bo są zbyt słabo okonturowane i słabiej od niej załamują światło. Ziarenka te nie dają z kwasem osmowym charakterystycznego odczynu na tłuszcz, ale mogą, zdaniem autora, stać w bliskim z nim związku. Z zestawienia odnośnej literatury [KOLLIKER, RANVIER, SCHIFFERDECKER, HAYEM] okazuje się, że twory te widywano i dawniej, ale nie akcentowano należycie ich stałej obecności w każdej krwi. Nie przesądzając tego, czy ziarenka te są natury tłuszczowej, czy białkowej, autor zaznacza tylko, że u chorych głodzonych jest ich we krwi bardzo mało, a po spożyciu jedzenia bywa ich w niej więcej. Być może, że i opisywane przez KAHANE'go drobne ameby we krwi były właśnie temi ziarenkami; przynaj-

mniej opis KAHANE'go jest do opisu autora podobny. Autor proponuje dla tych ziarenek nazwę *haemeoknion* [χοιόν = pyłek], czyli pyłek krwi.

(*Centr. f. allg. Pathol.* 1896. N. 13).

Wł. Janowski.

53. Obrazcow. Badanie fizykalne kiszek.

A. Kiszki grube. a) Kiszka ślepa. Wymacywanie [po opróżnieniu pęcherza, szczególnie u dzieci]. Ułożyć chorego poziomo zupełnie, z głową lekko wzniesioną, nogami wyciągniętymi [nie zgiętymi]. Lekarz znajduje się na prawo od chorego, uciska 4 lekko zgiętymi palcami ręki prawej powłoki brzuszne w okolicy *fossae iliacaе dextrae* w kierunku z góry na dół, z wewnątrz na zewnątrz. Jednocześnie użyć można zabiegu następującego: tenarem i dużym palcem ręki lewej uciskać w linii pośrodkowej, na wysokości tejże, co i ręka prawa, powłoki brzuszne. Skurcze, którymi tłocznią brzuszna odpowiada na ucisk ręki lewej w linii pośrodkowej, tłumią do pewnego stopnia rozwinięcie silnego skurczu nad poszukiwaną kiszka ślepą. Choremu zalecamy głębokie oddechanie. Zdarza się, iż kiszka ślepa leży wyżej, niż grzebień kości biodrowej, w tym razie uciska się ręką lewą z tyłu okolicę lędźwiową ku górze, prawą zaś w wiadomy sposób uciskamy ku dołowi powłoki brzuszne. Ponieważ kiszka ślepa zawiera dużo gazów, można za pomocą wypukiwania odgraniczyć ją od innych odcinków kiszek. Wypukiwać należy lekko, z góry na dół. Autor podaje, że określał dokładnie położenie kiszki ślepej u 51,4% badanych mężczyzn i 58% badanych kobiet. Odległość kiszki ślepej od *spina ant. sup.* wynosi najczęściej 5 ctm.; leży ona na granicy zewnętrznej i środkowej trzeciej części *lineae spino-umbilicalis*, przyczem u mężczyzn częściej ku zewnątrz, u kobiet na wewnątrz od tego punktu się zdarza. U mężczyzn leży kiszka ślepa najczęściej nieco ponad *linea interspinalis*, u kobiet zaś niżej, bo dolny jej brzeg leży na tej linii, lub pod nią. Kierunek przebiegu kiszki ślepej przedstawia linia, przecinająca *lineam spin.-umbilicalem* pod kątem prostym [prawie]. Właściwości kiszki ślepej: wyczuwa się kishkę ślepą jako nieco napiętą, ku dołowi krągłejący i rozszerzający się, cylinder; uciskiem często wywołujemy kruczenie brzucha. U cierpiących na zaparcie wyczuwamy często kishkę ślepą jako odporne, napięte, gruszkowate, ruchome ciało. Przy *colitis chronica* [z przerostem ścian] wyczuwamy twardy cylinder, różnej szerokości, zawierający mało gazów [niema burczenia]. Po środkach czyszczących i rozwolnieniach, kiszka ślepa jest rozszerzoną, ale ściany i brzeg dolny nie są wymacalne; otrzymujemy za to głośnie burczenie, granica burczenia [słyszalnego i wyczuwalnego] są granicami kiszki ślepej. Przy choleryze azjatyckiej jednak nie można kiszki ślepej wyczuć. Przy tyfusie brzuszny kishka ślepa jest rozciągniętą i odporniejszą. Przy *perityphlitis* mamy odporny bolesny sznur w kierunku kiszki ślepej i okrężnicy; przy opukiwaniu stłumienie od dolnego brzegu kiszki ślepej aż do łuku żeberowego. Przy *typhlitis catarr. acuta* [zwykle po grypie] kiszka ślepa jest rozciągniętą, bardzo bolesną; przy opukiwaniu odgłos bębniasty. Zawartość kiszki ślepej, dającą burczenie, stanowią gazy i płyn. Wyczuwanie kału twardego jest już znakiem chorobowym. Rozpoznanie różniczkowe. Napiętą kishkę ślepą można wziąć za

opuszczoną nerkę; decyduje: odgłos opukowy bębniasty i burczenie. Od opuszczonej poprzecznicy (*colon trans.*) odróżniać należy w ten sposób, że kışkę ślepą rozpoznajemy na zasadzie zaokrąglonego końca; kiedy poprzecznica ciągnie się poza linię pośrodkową, udaje się też na zewnątrz od poprzecznicy wyczuć i kışkę ślepą.

b) Poprzecznica (*colon transversum*). Położenie. Poprzecznica leży zwykle tuż pod wielką krzywizną żołądka, a oś podłużna poprzecznicy jest o 2—3 ctm. od teŝże oddaloną. Ze jednak wielka krzywizna żołądka często zmienia położenie, więc i położenie poprzecznicy jest zmiennem. Ponieważ wielka krzywizna żołądka znajduje się przeciętnie u mężczyzny o 3 ctm., a u kobiety o 1 ctm. nad pępkiem, więc też poprzecznica wypada u mężczyzny o 1 ctm. nad pępkiem, u kobiety o 1 ctm. pod nim. Wielką krzywiznę żołądka, a więc i poprzecznicę, do góry unoszą: silna budowa ciała, dobry stan odżywiania, guzy miednicy, pęcherz napełniony, wzdęcie brzucha (*meteorismus*) i t. p.; obniżają zaś: klatka piersiowa paralityczna, zły stan odżywiania, niski stan przepony (*pleuritis, emphysema pulmonum*) i t. p. Jedynie przy stanach uwiądowych, przy wciągniętych powłokach brzusznych, a głównie przy zwężeniu wpustu (*cardia*), mamy inne stosunki. Wtedy możemy wyczuć *antrum pyloricum* 8—10 ctm. nad pępkiem w postaci sznurka, poziomo względem kręgosłupa i aorty ułożonego, ruchomego, gubiącego się pod lewym brzegiem wątroby; poprzecznicę zaś [z kałem czasem] wyczuwamy o 5—9 ctm. pod pępkiem. Kierunek przebiegu. Część poprzecznicy, którą wymacać możemy, ma kierunek poziomy przy wysokiem ułożeniu poprzecznicy; częstszym jest jednak kierunek łukowaty, z wypukłością ku dołowi, przyczem prawa połowa jest więcej poziomą, lewa zaś więcej stromo ku górze, od linii środkowej, przebiega. Czasem ma poprzecznica kształt litery V. Zawartość poprzecznicy. Burczenie świadczy o zawartości większych ilości gazów i płynów. Wymacywany cylinder bez burczenia mamy zwykle przy *colitis*. Najczęściej czujemy poprzecznicę jako sznur miękki, wydający przy ucisku lekkie burczenie. Wyczuwanie kału zbitego (*scybalae*) świadczy o zakłóceniu ruchów robaczkowatych [wogóle jest ba: dzo rzadkiem]. Przy badaniu pośmiertnem znajduwane *scybalae* wytwarzają się podczas konania. Ruchomość poprzecznicy przy oddechaniu jest znaczną i przy obmacywaniu można poprzecznicę o 3—4 ctm. posuwać. Konsystencya jest zmienną nie tylko w zależności od zawartości, lecz i od napięcia mięśni [zmiennosc pod palcami w czasie badania]. Przecięcie poprzecznicy wynosi przy biegunkach 6—8 ctm., zwykle 3 ctm..

c) *S-romanum* [część dolna okrężnicy zstępującej]. Wymacywanie dość łatwe [w 65% badanych]. Położenie: na linii *spino umbilical. sin.* o 5 ctm. od *spina ilei ant. sup.* [u 72% badanych w tym kierunku]. Właściwości: wyczuwamy kışkę tę w postaci sznura cylindrycznego dość zbitego; nie wydaje burczenia [chyba po *laxantia*, przy tyfusie brzuszny]; przy biegunce krwawej wyczuwamy tu gruby, twardy, bolesny cylinder [bez burzenia]. Zawartość: twardo-papkowata, przy rozwolnieniach płynniejsza, przy zaparciu twardsza. Przecięcie: 6—7 ctm. przy rozwolnieniach, zwykle 2 ctm. Rozpoznanie różniczkowe od opuszczonej poprzecznicy na tem się zasadza, że tę ostatnią

możemy wyczuć biegnącą ku linii pośrodkowej, kiedy *S-romanum* gubi się w miednicy; często obok opuszczonej poprzecznicy możemy wymacać i *S-romanum*.

Spatium suprapubicum. Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy często względnie *S-romanum* nad spojeniem łonowem, ułożone w postaci greckiej omegi. Za życia znajdujemy wtedy 3—2 ctm. nad spojeniem odgłos wypukowy inny [więcej bębniasty] niż wyżej, nad kiszki cienkimi. Przy wdmuchiowaniu przez odbytnicę powietrza stwierdzamy rozpoznanie łatwiej. Czasem znajdujemy w tejże okolicy odgłos opukowy bardziej głuchy, mianowicie przy *perisygmo- iditis*, powstającej jako skutek *apendicitidis* [na tejże przestrzeni mamy wtedy zapalenie otrzewnej ograniczone].

B. Kiszki cienkie. Wymacywanie nie daje tu żadnych danych do rozpoznania. Kiszki cienkie są otoczone: na prawo przez *coecum* i *col. ascend.*, od góry przez *col. transv.*, na lewo przez *col. descend.* i *S romanum*, od dołu przez łuk kości łonowej [lub *spatium suprapubicum*]. Ponieważ położenie kiszki grubej nie jest stałem, więc i granice kiszki cienkich stałemi być nie mogą. Jeżeli nie wyczuwamy dokładnie kiszki grubej, musimy wypukiwać cienkie: między pępkiem i spojeniem łonowem pośrodku. Otrzymujemy tu odgłos stłumiono-bębnowy, a u osób otyłych prawie stłumiony, równomierny na całej przestrzeni kiszki cienkich. Przy tyfusie brzuszny, po środkach czyszczących, przy niezbytach kiszki odgłos bywa jasno-bębniasty; toż samo przy zaparciach przewlekłych. Przy biegunkach letnich czasem odgłos metalicznie dzwięczny [przytem przy wymacywaniu burczenie, które prędko znika podczas badania]. Metaliczne zabarwienie odgłosu wypukowego miewamy też przy zapaleniu otrzewnej.

Ileum. Mały odcinek kiszki ślepych, koniec jelita biodrowego, do kiszki grubej wpadający, dostępnym jest dla badania. Biegnie on w kierunku z lewa i z dołu na prawo i ku górze i może być w głębi wymacany jako sznurek grubości małego palca; najczęściej udaje się nam to przy tyfusie brzuszny, kiedy odcinek ten kiszki okazuje się bolesnym, zgrubiałym, guzowatym.

(Arch. f. Verdauungskr. Tom I, zesz. 3).

S. Sterling.

54. Prof. A. Bonome i D-r G. Viola. O wytwarzaniu antytoksyny paciorkowcowej za pomocą elektryczności.

Badania SMIRNOW'a, ARSONVAL'a i CHARRIN'a wykazały, że toksyny niektórych pasożytów chorobotwórczych pod wpływem prądu elektrycznego nie tylko stają się nieszkodliwymi, lecz nabierają jeszcze własności leczniczych. Badania te wykazały, że oddziaływanie prądu stałego i przerywanego na toksyny nie jest jednakowe: pierwszy tylko neutralizuje toksyny, drugi zaś nie tylko neutralizuje toksyny, lecz zamienia je jeszcze w substancje, uodporniające względem pasożytów.

Autorowie zbadali wpływ prądu przerywanego o wysokim napięciu na paciorkowca ropotwórczego. Stopień jadowitości hodowli paciorkowców, użytej do doświadczeń, był taki, że $\frac{1}{500}$ lub $\frac{1}{800}$ ctm. sz. jej zabijała króliki po 4 dniach. Elektryzacja hodowli, zawartej w rurkach w postaci liter **U** z platynowymi elektrodami, trwała 20—45 minut. Pod wpływem elektryzacji ani oddziaływanie chemiczne hodowli, ani forma paciorkowców nie uległy żadnej

zmianie; co się zaś tyczy własności chorobotwórczych, to w świeżych [1—4 dni] hodowlach były one znacznie osłabione, a w starszych [20—30 dni] hodowlach zupełnie znikaly. Prąd elektryczny działał wyłącznie tylko na płynną część hodowli, czyli na zawarte w niej rozpuszczalne toksyny, na samego zaś paciorkowca nie wywierał najmniejszego wpływu. Dowiodły tego zarówno dodatnie wyniki, otrzymane przy przeszczepianiu hodowli elektryzowanej na nową glebę, jak i to, że króliki, którym zaszczerpiono pod skórę tę ostatnią hodowlę, ginęły po 17—18 godz.. Paciorkowce w hodowli elektryzowanej zachowywały swoją żywotność w ciągu 2 tygodni.

Wobec powyższych faktów wysnuwają autorowie wniosek, że prąd elektryczny, działając wyłącznie tylko na toksyny, przekształca je w substancje, neutralizujące wpływ paciorkowców; dlatego też hodowle starsze, zawierające więcej toksyn, pod wpływem elektryzacji tracą zupełnie swoją jadowitość, w hodowlach zaś świeżych tych substancji wytwarza się zbyt mało, aby mogły pozbawić hodowle własności trujących.

Chcąc określić neutralizujące działanie elektryzowanych toksyn na jadowite hodowle paciorkowców, autorowie zaszczerpiali królikom mieszaninę z 0,4 do 0,5 gr. elektryzowanej toksyny i pewnej ilości hodowli paciorkowców, przewyższającej 10—50 razy normalną śmiertelną dawkę. Okazało się, że elektryzowana toksyna posiada wybitne własności bakteryobójcze i antytoksyczne, zależą one jednak w znacznej mierze od ilości użytej hodowli i stopnia koncentracji toksyn, poddanych działaniu prądu elektrycznego.

Nadto autorowie wykazali, że otrzymana przez nich antytoksyna paciorkowcowa posiada własności ochronne i lecznicze. W tym celu zaszczerpiono królikom pod skórę 0,6 gr. powyższej antytoksyny, a w 14 godz. po iniekcji wstrzyknięto podwójną śmiertelną dawkę hodowli paciorkowców. Na miejscu szczepienia występowało wtedy bardzo wyraźne nacieczenie zapalne, ciepota w pierwszym tygodniu dochodziła do 38,7—39,5° C., następnie jednak spadła do cyfr normalnych, nacieczenie zaś po 20 dniach przedstawiało się już w postaci niewielkiego guziczka, pokrytego normalną skórą. Króliki, użyte do kontroli, którym wstrzyknięto $\frac{1}{1000}$ ctm. sześć. hodowli paciorkowców, zdechały po 4 dniach. Wogóle jednak u królików, którym szczepiono antytoksynę w celu uodpornienia ich względem paciorkowców, zauważono nieznaczne podniesienie się ciepoty, upośledzone łaknienie i wychudnienie. Niektóre ginęły przy objawach postępującego charłactwa. Pozostałe przy życiu stawały się o tyle odpornymi względem paciorkowców, że dobrze znosiły szczepienie ich nawet w 8—10 dni po wstrzyknięciu antytoksyny. Widzimy więc, że toksyny starszych hodowli, poddane działaniu silnego prądu przerywanego, chronią od rozwoju zakażenia paciorkowcami ropotwórczymi, a istniejące już zakażenie znakomicie ograniczają.

W końcu winniśmy zaznaczyć, że antytoksyna nie działa bezpośrednio na samego paciorkowca, lecz pośrednio, gdyż wytwarza w organizmie zwierzęcym substancje, które niszczą hodowle paciorkowców. Łatwo się o tem przekonać na królikach, szczepiąc im antytoksynę i hodowlę paciorkowców w rozmaitych miejscach ciała; pomimo wyraźnego obrzmienia i nacieczenia na

miejscu szczepienia hodowli i braku jakiejkolwiek reakcyi zapalnej na miejscu szczepienia antytoksyny, króliki pozostają przy życiu.

(*Centralblatt f. Bact. Bd. 19. Nr. 22*).

Z. Rom.

55. G. Marthen O zgubnem działaniu następczem chloroformu.

Przeświadczenie o działaniu ujemnem chloroformu w ciągu godzin, a nawet dni kilku po odstawieniu tego środka utrwalonem zostało dopiero w czasach ostatnich dzięki szeregowi odpowiednich doświadczeń na zwierzętach, oraz dzięki zebraniu odnośnej kazuistyki przez E. FRAENKEL'a. Przypadek D-ra M. powiększa szczupłą ilość tego rodzaju spostrzeżeń, dotyczy zaś chorej na zadumę 34-letniej kobiety, której pod chloroformem usunięto 14 popsutych zębów [korzonków], przyczem ilość środka nasennego nie przewyższała 70 gramów, a okres uśpienia trwał 40 minut. Wkrótce po przebudzeniu się operowana zaczęła wymiotować obficie i często, ku wieczorowi dnia następnego zauważono objawy żółtaczki, a przy coraz gorszym stanie ogólnym chora po upływie trzech dni umarła.

Przy oględzinach pośmiertnych, prócz mniej ważnych zmian w płucach, żołądka, pęcherzu moczowym i t. d., wykryto obecność zwyrodnienia tłuszczowego w mięśniu sercowym, obu nerkach i w wątrobie. Na skrawkach z trzech tych narządów autor przeprowadził badania drobnowidzowe i stwierdził: a) Co do nerek obrzęk i zmętnienie kanalików moczowych, usianych kropelkami tłuszczu, których gdzieniegdzie było tak wiele, że na przekroju poprzecznym tak zwyrodniałych kanalików budowa i światło tychże były zatarte zupełnie. Kropel tłuszczowych widziano znacznie mniej w kanalikach łączących, znaleziono natomiast żółty, drobnoziarnisty barwnik, rozlany bądź w ich nabłonku, bądź w świetle. Dalej po zabarwieniu skrawków według sposobu von GIESON'a przekonano się, że nabłonek kanalików skręconych uległ zwyrodnieniu ziarnistemu, a pojedyncze kłębki nacyniowe zgrubieniu łączno-tkankowemu torebek. b) W mięśniu sercowym, obok drobnoziarnistego rozlanego zmętnienia, które ustępowało po zastosowaniu octu, zauważono na skrawkach podłużnych obecność szerokich rozpadlin, oddzielających komórkę mięśniową od sąsiedniego z nią włókna, a nawet w niektórych miejscach podział wieloraki komórek przez rozpadliny poprzeczne, o czem wspomina też i FRAENKEL w trzech przytoczonych przypadkach. c) Zraziki wątroby, również mocno zmętniałe, zawierały największą ilość tłuszczu na swym obwodzie; tam też jedynie barwienie jąder było możliwem jeszcze, podczas gdy protoplazma, obficie w środku zrazików utrzymująca się, barwiła się dobrze. Dokoła naczyń oraz wewnątrz samych zrazików stwierdzono wydatny rozrost tkanki łącznej, wreszcie w nabłonku kanałów żółciowych kropelki tłuszczu.

Chociaż objawy kliniczne cierpienia, napotykanego nie często, nie są dziś jeszcze wyosobnione, jak należy, jednak niektóre z nich czynią rozpoznanie wogóle nie trudnem. To ostatnie opierać należy na częstem powtarzaniu się wymiotów, zwłaszcza zaś na stopniowem zmniejszaniu się ilości moczu i obecności w tymże takich składników nieprawidłowych, jak: białko, wałeczki nerkowe i komórki zwyrodniałego tłuszczowo nabłonka; wczesne

wystąpienie żółtaczki i ogólny stan ciężki również wypadnie brać pod uwagę. Co do rokowania nareszcie, autor uważa je za poważne, lecz prawie wyłącznie tylko odnośnie do osobników słabych i wyniszczonych poprzedniem długotrwałem cierpieniem; zazwyczaj bowiem ustrój takich chorych nie może przetrwać następstw zatrucia.

(*Berlin, klin. Wochenschr. Nr. 10. 1896.*)

- K. Niedzielski.

56. D. Gerhardt. O wciąganiach klatki piersiowej podczas wdechu.

Zwężenia górnego odcinka dróg oddechowych, marskość płuc oraz zrosty opłucnej: oto sprawy chorobowe, od których pochodzić mogą wciągania, widywane na klatce piersiowej podczas wdechu. Autor sądzi, że omawiany objaw zależy może od innych jeszcze czynników. DUCHENNE przekonał się, że jeżeli drażnić nerw przeponowy (*n. phrenicus*) prądem elektrycznym, to występuje rozszerzenie dolnego odcinka klatki piersiowej. Powtarzając doświadczenie to na zwierzęciu martwym, ten sam objaw widzieć można. Jeśli zaś usuniemy wątrobę i inne narządy z jamy brzusznej i wtedy drażnić będziemy nerw przeponowy, to wystąpi nie rozszerzenie, lecz wciąganie dolnych ustępów klatki piersiowej. Objaśnia się to tak: kiedy wątroba znajduje się na swem zwykłym miejscu, wtedy część przepony ma kierunek równoległy do ściany klatki piersiowej i przy kurczeniu się, czyli przy wdechu, podnosi żebra ku górze, które przytem z konieczności skręcać się muszą nieco na zewnątrz. To podnoszenie się żeber, połączone z obrotem na zewnątrz, powoduje rozszerzenie dolnych części klatki piersiowej. Po usunięciu zaś wątroby skurcz przepony nie sprowadza podniesienia żeber, lecz jedynie zbliża punkty przyczepów przepony ku sobie i to jest przyczyną wciągania.

Z tego, co powiedziano, wynika, że wciągania dolnych ustępów klatki piersiowej mogłyby mieć miejsce: 1) jeżeli przy podniesieniu dolnych żeber podczas wdechu nie nastąpi obrót ich na zewnątrz; 2) przy opuszczeniu wątroby i wogóle przy enteroptozie i 3) jeżeli dolne żebra przy wdechu nie mogą się podnosić.

Co do 1). Jeżeli obrót na zewnątrz podniesionych żeber nie nastąpi, to dalsze kurczenie się przepony sprowadza wciąganie klatki piersiowej; obrót zaś nie następuje przy braku dostatecznej sztywności żeber. Tem się też objaśnia wdechowe wciąganie, często występujące przy krzywicy.

Co do 2). Przy enteroptozie wdechowe wciąganie, pojawiające się samodzielnie, widuje się rzadko, co zależy zapewne od tego, że enteroptoza występuje przeważnie u kobiet, u których typ oddechania jest górny, żebrowy. Jeżeli wszakże u tych chorych drażnić będziemy prądem elektrycznym nerw przeponowy, to wciągania dolnych części klatki piersiowej wystąpią tu wyraźnie.

Co do 3). Jeżeli żebra już w okresie wydechu są podniesione *ad maximum*, to podczas wdechu nie mogą się podnieść więcej i wtedy występują wciągania wdechowe. Może to mieć miejsce przy rozedmie płucnej, przy pewnych skrzywieniach kręgosłupa oraz przy powiększonej zawartości jamy brzusznej [guzy wątroby, śledziony, przesięki i t. p.].

(*Zeitschr. f. klin. Med. XXX Bd. 1, 2 H.*)

A. Chelmoński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 19. V. 1896.

1) BRUNNER MIKOŁAJ wygłosił odczyt „Opromieniach ROENTGEN'a i rentgenografi“; druk tego odczytu rozpoczęto w N. 28 „Gazety Lekarskiej“ z r. b.

2) MAYZEL przedstawił kilka prób moczu osób, dotkniętych indygurią. Mocz 45-letniej osoby z *arthritis deformans* i zaburzeniami w trawieniu zawiera przy odczynie kwaśnym obfity, widoczny gołym okiem osad indyga. Podobne zjawisko przedstawia mocz 40-letniej neurasteniczki—z odczynem obojętnym. W szeregu próbek, jakie w końcu M. przedstawia, widać barwniki moczu, wyciągnięte za pomocą chloroformu.

Wiadomości drobne.

— ASCHOFF, rozporządzając obfitym materiałem klinicznym w oddziale A. FRAENKEL'a w szpitalu „Am Urban“ w Berlinie, bo aż 200 przypadkami surowiczego zapalenia płucnej, przeprowadził dokładne badania bakteryologiczne wysięku przy zapaleniu płucnej. Oto główne wnioski: surowiczy wysięk prawie nigdy nie zawiera bakterii ropnych: na 200 przypadków bakterie ropne znaleziono zaledwie w 7. Jeżeli bakterie ropne znajdują się w wysięku, to spodziewać się należy, że surowiczy płyn wcześniej czy później przejdzie w ropny. Nie znaczy to wszakże, aby takie przypadki bez operacyi pomyślnie zakończyć się nie mogły; owszem takie ropne wysięki mogą się wessać w zupełności. Przypadki t. zw. „idyo-patycznego“ zapalenia płucnej są zawsze niemal pochodzenia gruźliczego, nie dają wszakże bezwzględnie złego rokowania.

(*Zeitsch. f. klin. Med.* XXIX. Bd. 5, 6 H.).

A. Ch.

— W pewnym francuskim miasteczku w lutym r. b. zachorowało kilkanaście osób na tyfus brzuszny. Chorzy ci jedli poprzednio ostrygi, niedawno sprowadzone z Cette. Na skutek tej wiadomości CHANTEMESSE kupił od pierwszorzędnego kupca w Paryżu świeże ostrygi i poddał je bakteryologicznemu badaniu. Okazało się, że we wszystkich ostrygach znaleźć było można różnorodne bakterie, a wiele ostryg zawierało w sobie *bacterium coli commune*. Ch. kilka ostryg umieścił na 24 godzin w wodzie morskiej, umyślnie zanieczyszczonej wypróbnieniami chorych tyfusowych. W 24 godziny po wyjęciu ostryg z tej wody w cieple ich znaleziono *bacterium coli comm.* i *bacil. typhi*. Przypuszczać należy, że zakażenie ostryg odbywa się na brzegu morza, blisko ujścia rzek i kanałów, obfitujących we wszelkie zarazki. Tu też przez czas pewien przed wysłaniem przechowuje się ostrygi.

(*La Semaine Médic.* 1896. Nr. 28).

A. Ch.

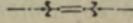
— Dotąd nie zostało wyjaśnionem, o ile wycięcie śledziony wpływa na przebieg zakażeń. Autorowie [KOURLOW, MARTINOTTI et BARBACCI, ROGER, BOURDACH i t. d.] w pracach swych, dotyczących powyższej kwestyi, dochodzą do sprzecznych wyników. J. COURMONT z Lyonu wykazał, co następują: 1) Króliki, skoro zostaną pozbawione śledziony, stają się o wiele więcej wrażliwymi na zakażenie *b. pyocyaneo*. Króliki bez śledziony zdechają już w kilka godzin po zakażeniu, króliki zaś nie pozbawione śledziony, żyć mogą długo, nawet niekiedy przetrzymują chorobę. To samo odnosi się do zakażenia stafilokokowego: królik pozbawiony śledziony przy zakażeniu gronkowcem zdecha po 10 godzinach, królika zaś nieoperowanego zakażenie gronkowcowe nie zabija. 2) Zakażenie streptokokowe królik po splenektomii znosi

lepiej, niż królik nie operowany. Tak więc śledziona, broniąca ustrój przeciw zakażeniu *bac. pyocyaneo* i *staphylococco pyog.*, jest szkodliwą w walce ustroju przeciw *streptococcus pyogenes*.

(*La Semaine Médicale*. 1996. Nr. 31).

A. Ch.

Wiadomości bieżące.



— Towarzystwo lekarzy chorób dzieciennych wraz z Towarzystwem Lekarzy rossyjskich w Petersburgu wysadziło z łona swego komisję w celu zebrania i opracowania danych, odnoszących się do leczenia dyfterytu wstrzykiwaniami surowicy. Dla otrzymania tych danych Towarzystwo rozsyła drukowane szematy z prośbą o odpowiedź na zamieszczone w tych szematach zapytania. Ci z kolegów, którzy rozporządzają odpowiednim materiałem i życzą sobie zakomunikować komisji wyniki stosowania surowicy, mogą otrzymać żadaną ilość szematów od D-ra N. A. PROTASOWA, Petersburg, ul. Fursztadtska, Nr. 54.

— Zostali mianowani: SAWICKI BRONISŁAW ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. KRAUZE LUDWIK, ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu starozakonnym. RYCHLIŃSKI KAROL ordynatorem w szpitalu dla obłąkanych Ś-go Jana Bożego. G. LEWIN miejscowym lekarzem w szpitalu starozakonnym.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra LEONA LANDE udzielone ma być w dniu 18 lutego 1897 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 68: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom moższszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15 grudnia 1896 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ech lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w guberniac' Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r J. Rogowicz.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довв. Цензурою, Варшава, 11 Юля 1896 г.

Druk K. Kowalewski. Warszawa, Mazowiecka 8