

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych. Opisał prof. Dr. Adamkiewicz. (Ciąg dalszy). Sprawozdanie z ważniejszych ostatnich prac z zakresu dyagnostyki i terapii chorób żołądka. Podał docent Dr. W. Jaworski.—**Krytyka i Bibliografia.** Badania chemiczne nad lasecznikiem gruźliczym. Spraw. Dr. Fabian.—**Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** O elektrycznem przeświecaniu krtani i jam nosowych. Przez D-ra T. Herynga. Streścił Dr. H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych.

Opisał Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 9).

III. Dalszy przebieg choroby.

W dalszym przebiegu choroby coraz wybitniej i wyraźniej występowały objawy, które świadczyły o zajęciu kości czaszkowych. Trzy miesiące po opisanem badaniu mianowicie w Maju r. 1887 wystąpił bardzo charakterystyczny postęp w cierpieniu.

Oko straciło prawie zupełnie swoją zdolność ruchu. Po podniesieniu górnej powieki okazywała się galka oczna bez wyrazu, której oś zwrócona była bardzo nieznacznie ku górze i tylko bardzo niewiele mogła być poruszana ku dołowi i wewnątrz. Żrenica była rozszerzona i na światło nie oddziaływała; bystrość wzroku jednak była prawidłowa. Chora czytała wprawdzie tem okiem z powodu szerokości źrenicy (*Mydriasis*) widocznie mniej płynnie, ale nie gorzej, niż okiem zdrowem. Zatkanie zatem *fissura orbitalis superior*, które w Lutym z czterech nerwów przechodzących przez tę szczelinę już trzy t. j. *n. trochlearis*, *abducens* i *ramus primus quinti* zniszczyło, tymczasem dalej postąpiło i wreszcie także czwarty nerw przez tę szczelinę przechodzący *n. oculomotorius* uczyniło niezdatnym do funkcji. Także w zakresie nerwu trójdzielnego choroba tymczasem dalsze czyniła postępy, gdyż i część ruchowa tego nerwu również uległa porażeniu i sprowadziła zupełny zanik żwaczy: *m. temporalis mm. masseteres* i *pterygoidei* odpowiedniej t. j. prawej strony. Z tego powodu ostro markowała się kość jarzmowa podobnie jak na skielecie. Można było łatwo i dobrze widzieć i wyczuć powyżej teże, łuskę kości skroniowej pokrytej tylko skórą jak i pod kością jarzmową wstępującą gałąź szczęki dolnej.

Wskutek właśnie co wymienionego zaniku mięśni, chora tylko po stronie zdrowej, (lewej) mogła żuć pokarmy, a ze znanych rotacyi, za pomocą których szczeka dolna na bok poza szczęką górną przesunięta być może (*n. pterygoideus externus*), mogła chora tylko wykonać ku stronie chorej. Jeszcze wyraźniej za-

nik mięśni na skroni i szczęce dolnej występował, gdy chora na rozkaz zawierala szczęki, ponieważ wtedy na stronie lewej odpowiednie mięśnie swemi brzuściami wyraźnie występowały. Jeszcze inną ważną zmianę można było wykazać u naszej chorej.

Brzeg wyrostka zębowego jest zgrubiały, kość szczęki górnej wyniosła i przy ucisku bolesna. Zatem wreszcie objawy, które już wprost dowodziły zajęcia kości, którego się dotąd tylko domyślałem.

Cztery miesiące później we Wrześniu r. 1887 dały się wykazać dalsze zmiany: Lewy kąt ust przeciągnięty na swoją stronę, a lewe skrzydło nosowe nieco ku górze odwinięte. Prawy kąt ust zwieszony zdawał się pociągać na dół ze sobą prawe skrzydło nosowe. Fałd nosopoliczkowy prawy wygładzony, skóra prawej połowy czoła i otoczenia prawego oka wybitnie gładka. Gdy chora na rozkaz twarz mimicznie przeciągała, to prawa połowa tejże nie brała w ruchach udziału i to ani czoło, ani oko, ani usta; i w ten sposób tem jaśkrawiej wystąpiło na jaw porażenie prawej połowy twarzy. Nie ulegało zatem wątpliwości, że choroba zajęła wreszcie także nerw twarzowy i poraziła wszystkie jego gałęzie tak oka jak i ust.

Teraz już absolutnie nie można było myśleć o niczem innem, jak tylko o cierpieniu obwodowym nerwów. Wiadomo bowiem, że gałęzie nerwu twarzowego zaopatrujące mięśnie czoła i oka, porażone zostają tylko wtedy obok gałęzi ustnych, gdy pień nerwu twarzowego zajęty jest po wyjściu z mózgu. Według doniesienia chorej można było przypuścić, że porażenie twarzy prawdopodobnie już rozpoczęło się w Sierpniu. Opowiada bowiem dnia 21 Września, że od czterech tygodni mowa jej jest utrudniona i ślina wypływa jej z lewego kąta ust. Prócz tego skarży się na pewne trudności przy polykaniu i że łatwo się zachłysta.

Jakkolwiek przy badaniu języczek nie zbacał ani na prawą ani na lewą stronę i jakkolwiek przy wydawaniu głosu (fonacyi) podniebienie miękkie dobrze i na obu stronach równomiernie się kurczy, to przecież wyżej wymienione skargi chorej wskazują pewne zaburzenia w inervacyi podniebienia miękkiego. A że te zaburzenia miały styczność z porażeniem nerwu twarzowego, prawdopodobnem uczynił stosunek tego nerwu do inervacyi mięśni: *extensor* i *levator palati mollis* widocznie na drodze nerwu Vidiana (*ganglion geniculi, ganglion sphenopalatinum*) i *rami palatini descendentes*. Równocześnie z porażeniem n. twarzowego wystąpiło także porażenie n. słuchowego (*n. acusticus*). Chora ogłuchła na prawe ucho. Także i bystrość wzroku na oku prawem znacznie ucierpiała. Palce liczyła chora tylko na odległość $\frac{3}{4}$ metra. Z początkiem Października zupełnie straciła wzrok w tem oku. Bardzo wyraźne zmiany były i na języku. Był on ściśle w połowie zanikły, zresztą jak dawniej przy wyciąganiu zbacał na prawo nie straciwszy zresztą zdolności ruchu. Chrypka, która w tym czasie wystąpiła, kazała się domyślać zajęcia nerwu błędnego.

Jednak badanie krtani przez Docenta D-ra PIENIAŻKA dnia 22 Września 1887 r. wykazało: zupełny brak ruchu t. z. ustawienie trupie (*Cadaverstellung*) lewego więzadła głosowego przy dobrze utrzymanem czuciu błony śluzowej krtani. Dr. PIENIAŻEK wnioskuje z tego, że lewy *n. recurrens*

w swoim przebiegu gdzieś musi być ucisnięty. A zatem nie dała się wytłumaczyć chrypka zajęciem chorobowem nerwu błędnego; a przecież były objawy, które za tem przemawiały, że nerw ten nie pozostał nienaruszonym. Przynajmniej wystąpiło u naszej chorej bardzo znaczne przyspieszenie tętna przyczem temperatura zupełnie była prawidłowa. Mój asystent i ja sam liczyliśmy często 192 uderzeń na minutę.

Chora dość szybko upadała na odżywieniu i siłach. Połykanie i odżywienie było coraz gorsze. Bardzo gwałtowny ból głowy nie pozwalał jej spać w nocy i podkopał resztki jej sił. Chora umarła 13 Października 1887 wśród objawów niemożliwego połykania i zupełnej niemoty.

IV. Oględziny pośmiertne.

Oględziny pośmiertne czaszki wykazały co następuje: Na wypukłości mózgu, opony i mózg nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Ale po wyjęciu mózgu z opony twardej widzieć można, że znaczna część opony twardej pokrywająca podstawę czaszki, szczególnie przednie części jej połowy prawej, jest nastrzyknięta i błoną wrzekomą, łatwo oddzielić się dającą, pokryta. Schorzała opona twarda nie ze wszystkich miejsc oddzielić się daje. Na skrzydle małym w dołku czaszkowem średnim i na kości skalistej jest silnie zrosnięta z kością. Równocześnie jest ona tutaj silnie zgrubiałą i na pewnej przestrzeni wybujałościami polipowatemi pokrytą, powierzchnia tych wybujałości jest nierówna a barwa ich czerwona jak mięso. Zakres schorzałej opony rozprzestrzenia się na podstawie prawej jamy czaszkowej, przekracza prawą kość sitową i *Crista galli*, dostaje się do lewego dołka czołowego, powleka trzon kości klinowej, wewnętrzną część środkowego dołka czaszkowego i dostaje się wreszcie na *Clivus Blumenbachii*, aby następnie rozprzestrzenić się na prawo i lewo na wewnętrznych częściach obu kości skalistych. W środku tego schorzonego obszaru wystawają dopiero co wymienione wybujałości polipowate. Jedna z tychże mianowicie większa zajmuje wewnętrzną część brzegu skrzydła małego kości klinowej tam, gdzie to ostatnie przechodzi w część boczną siodła tureckiego (*sella turcica*).

Cała ta wybujałość kształtu półksiężycowatego trzyma się swoim kształtem ściśle zakrzywienia brzegu tegoż skrzydła ciągnie się po niem aż do *fissura orbitalis superior* zatykając ją i kończy się tu zaostrzając się lekko na zewnętrznej jak i na wewnętrznej stronie. Długość tej wybujałości wynosi 3 cm. w miejscu największej szerokości wynosi 2 cm.

Druga wybujałość znajduje się na tylnej powierzchni kości skalistej i przedstawia płaską wyniosłość mniej więcej trójkątną z podstawą 1,5 cm. długą stykającą się krawędziem, a końcem oddalonym od podstawy 0,5 cm. zwróconym ku dołowi.

Obie te wybujałości tworzyły niejako centrum ogniska. Z nich też wyszło drażnienie, które doprowadziło do opisanej *Paachymeningitis*.

Jakie znaczenie miały te wybujałości? Przedewszystkiem dało się anatomicznie wykazać, że były to tylko wypustki masy nowotworowej, która wypełniała całe *antrum Highmori*, która wypukliła *processus alveolaris* i *processus zy-*

gomaticus maxillae superioris, która dalej od wymienionej jamy ku tyłowi przebiła całe prawe *os pterygoideum* i wreszcie gubiła się w tkance na zewnątrz prawej ściany gardziela. W dwóch miejscach przebił ten nowotwór podstawę czaszki. Od *antrum Highmori* dostał się ten nowotwór poza oczodoł tuż przy *processus clinoides* skrzydła małego kości klinowej do jamy czaszki, a pod oczodołem do *canalis sphenopalatinus*. Ztamąd dostał się do *fissura orbitalis superior* i *foramen opticum*, ztąd przebił *processus pterygoideus* kości klinowej, ażeby ponad *foramen ovale*, *foramen lacerum anticum* wzdłuż *pars basilaris ossis occipitis* dostać się aż do *foramen jugulare* i *condyloideum anticum*.

Na tej drodze dalszy wyrostek wybujałości nowotworowej dostał się przez *foramen lacerum anterius* do jamy czaszkowej, który ciągnął się dalej na tylnej powierzchni *os petrosus* i przebijając oponę twardą w wyżej opisanej formie dostał się aż do *meatus auditorius internus*.

Mózg okazywał nieznaczne nastrzykanie opony miękkiej w zakresie wymienionej *Pachymeningitis* i nieznaczne zakłębienie na moście Varola spowodowane uciskiem wybujałości nowotworowej, który to ucisk mały (ucisk pierwszego stopnia) rozumie się za życia nie mógł dawać żadnych objawów ¹⁾.

Co się tyczy przyrody tego nowotworu, który w opisany sposób przerósł kość szczękową i podstawę czaszki, to badanie drobnowidowe tegoż wykazało wyraźnie budowę dwoistą, alweolarną z bardzo szerokimi równoległowłóknistymi przegrodami o jądrach owalnych, wśród których to przegród znajdują się ogniska różnej wielkości wypełnione komórkami nabłonkowymi o dużych jądrach — jednym słowem — r a k a. Ten wyszedł widocznie z prawej jamy Highmora, a rosnąc ustawicznie przebił ostatecznie kość szczękową górną i podstawę czaszki w wyżej opisany sposób. (d. n.)

Sprawozdanie z ważniejszych ostatnich prac z zakresu dyagnostyki i terapii chorób żołądka.

PODAŁ DOCENT DR. W. Jaworski.

1. J. BOAS. *Ein neues Reagens für den Nachweis freier Salzsäure im Magen-inhalte.* (*Centralbl. f. klin. Med.* 1888. Nr. 45). Autor używa w celu wykrycia wolnego kw. solnego roztworu utworzonego według przepisu. Rp. Resorcini resublim. 5,0 + Sacchari 3,0 + Spiritus diluti 100,0. Daje się na płytkę porcelanową pięć lub mniej kropli treści żołądkowej i 2—3 kropel powyższego odczynnika, ogrzewa ostrożnie, nad płomieniem lampy, to występuje po zupełnem odparowaniu zabarwienie różowe lub cytrynowo-czerwone, jak to opisano przy próbie wanilinowo-floragluceynowej Günzburga (p. ust. XXIV str. 59). Próby przedsiębrane z tym odczynnikiem wykazały, że jest nieco mniej czułym, niż odczynnik Günzburga, gdyż zabarwienie szybciej przemija i jest mniej wybitne. Lecz ma on tę dogodność, że jego składników w każdej aptece nabyć można.

¹⁾ Porównaj moje prace o ucisku mózgu między innymi: Eulenburgs Realencyklopedie II Aufl. Art. „Gehirndruck“.

2. A. PUŁAWSKI. Przyczynę do rozpoznawczej wartości kw. solnego. (Gaz. Lek. 1889. Nr. 1, 3). U 51-letniego chorego na podstawie obecności sokotoku żołądkowego rozpoznano istnienie wrzodu odźwiernika, gdy tymczasem sekcyja wykazała zaciśnięcie odźwiernika od zewnątrz przez rozrosłe na otrzewnej guzy rakowe, które okazały się jako przerzuty wychodzące od rozległego raka jelita ślepego. U 42-letniego chorego zaś, gdzie na podstawie obecności wolnego kw. solnego rozpoznano również wrzód odźwiernika, po wykonaniu laparotomii próbnej zmieniono rozpoznanie na raka odźwiernika. Sekcyja jednak wykazała pomimo to obecność rozległego wrzodu żołądka w obec powiększenia gruczołów limfatycznych w sieci, które właśnie znalezione podczas laparotomii były przyczyną mylnego rozpoznania. Wynika stąd, że na podstawie obecności wolnego kw. solnego w treści żołądkowej wykluczyć można tylko istnienie pierwotnego raka żołądka rozwijającego się w ścianach jego. Nie można zaś tego uczynić wobec raka przerzutowego lub przechodzącego od zewnątrz na żołądek, gdyż w tych przypadkach błona śluzowa żołądka jest jeszcze zupełnie zdrowa, jej czynność przeto prawidłową.

3. G. KLEMPERER. *Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.* (Deutsch. med. Wochenschr. 1888 Nr. 47). Autor bada czynność mechaniczną żołądka wprowadzając do niego naczeczko 105 gm. oliwy i aspirując po 2 godzinach. Po tym czasie wydalał żołądek w stanie prawidłowym 70—80 gm oliwy do jelit. Na podstawie tych prób, dochodzi autor do wniosku, że najważniejszą czynnością żołądka jest siła motoryczna, a jeżeli ta jest utrzymana, to pomimo, że chemizm trawienia może być upośledzony, niema jeszcze przypadłości ze strony żołądka. Do podobnych wyników doszli w swych pracach JAWORSKI i GLUZIŃSKI jeszcze w r. 1884 (*Zeitschr. f. klin. Med.* XI. H. 2, 3). KLEMPERER dostrzegał że wysoko wprowadzony do żołądka z oliwą przyspieszał jej wydalanie.

4. BRUNER Władysław. O czynności ruchowej żołądka (Gaz. Lek. 1889. Nr. 2, 3). Autor powtarzając w klinice Riegl'a doświadczenia Ewalda i Sieversa ze salolem (p. ust. XVIII str. 37) na zdrowych i chorych, dostrzegł, że wyniki próby salolowej są niejednostajne. A mianowicie, że pojawienie się w moczu oddziaływania z chlorkiem żelazowym waha się u jednej i tej samej osoby w różnych dniach nawet w granicach 40—100 minut, że w zdrowym żołądku, który w 5 godzin po obiedzie próbnym okazał się wypróżnionym, oddziaływanie w moczu pojawiało się dopiero po 2 godzinach. Natomiast u chorych z rakiem, albo z nieżytem, u których jeszcze znaczna ilość treści po obiedzie próbnym pozostawała oddziaływanie w moczu można było dostrzedz już po 40—50 minutach. Podobne wahania, szczegółowo jednak nieprzytoczone, dostrzegał Bruner i przy stosowaniu próby z oliwą, podanej przez Klemperera. Dlatego przychodzi autor do wniosku, że najlepszy sposób przybliżonego ocenienia zdolności wydalania treści z żołądka, jest badanie tegoż w 5 godzin po obiedzie próbnym.

5. HAEBERLIN Hermann. *Ueber den Haemoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs.* (Münchener med. Wochenschr. 1888. Nr. 22). Autor znalazł w 13 przy-

padkach raka żołądka, badanych za życia znaczne zmniejszenie hemoglobinu we krwi, i przychodzi do wniosku, że jeżeli ilość hemoglobinu przewyższa 60%, wyjątkowo tylko można przypuszczać obecność raka żołądka. Znaczne zmniejszenie hemoglobinu we krwi może stanowić przeciwwskazanie do krwawych zabiegów operacyjnych, gdyż np. LAKER (*Wiener med. Wochenschr.* 1886. Nr. 28) twierdzi, że jeżeli ilość hemoglobinu we krwi nie dosięga 30%, krwawy zabieg operacyjny nie daje szansy wyzdrowienia.

6. E. G. JOHNSON. *Studien über das Vorkommen des Labfermentes im Magen des Menschen unter pathologischen Verhältnissen.* (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1888 XIV. H. 3. p. 240).

7. J. BOAS. *Untersuchungen über das Labferment und Labzymogen im gesunden und Kranken Magen.* *Ibid.* p. 249.

8. G. KLEMPERER. *Die diagnostische Verwerthbarkeit des Labferments.* *Ibidem* pag. 280.

Wszystkie trzy prace dotyczą badań treści żołądkowej co do fermentu ścinającego sernik w mleku, wykrytego i opisanego dokładnie jeszcze w r. 1872 przez szwedzkiego fizyologa HAMMARSTENA (*Jahresberichte f. Thierchemie von Maly.* Bd. II, IV). W żołądku ludzkim znajduje się w stanie prawidłowym ferment sernikowy przygotowawczy (Labzymogen, Labenzym) ścinający mleko z roztworu alkalicznego w obec chlorku wapniowego jako też z niego w obec kw. solnego *) wytwarzający się ferment właściwy sernikowy (Labferment), ścinający mleko w roztworze obojętnym. Próba na właściwy ferment sernikowy (p. ust. XXIV str. 61) wykonywa się według Klemperera w ten sposób, że 2 cm.³ z przesączu treści żołądkowej wyczerpniętej na szczycie trawienia po zobojętnieniu (lecz nie zalkalizowaniu) ługiem sodowym dolewa się do 10 cm.³ zobojętnionego gotowanego mleka i pozostawia w rurce odczynnikowej przy 40° C. W razie obecności fermentu sernikowego powstaje jednolity skrzep galaretowaty (nie strzępiasty), trudno dający się wylać co najpóźniej w przeciągu półgodzinnym. W celu wykazania zaś obecności zymogenu zobojętnia się przesącz 1% roztworem węgla sodowego do oddziaływania alkalicznego i dodaje się 2 cm.³ tegoż do 10 cm.³ mleka, a nadto wlewa jeszcze 2 cm.³, 3% roztworu chlorku wapniowego (*calcaria muriatica*), to przy 40° C. powstaje taki sam skrzep co najpóźniej w pół godziny. W przypadkach upośledzonego wydzielania kw. solnego i pepsyny krzepnięcie sernika się opóźnia. Zymogen znajdowali autorowie stale w żołądkach ludzkich z wyjątkiem zaniku błony śluzowej, fermentu zaś właściwego sernikowego nie znajdowano oprócz w zaniku błony śluzowej jeszcze w przypadkach raka żołądka (Johnson). (Ja nie mogłem go w jednym przypadku operowanego raka żołądka otrzymać nawet z treści żołądkowej aspirowanej w pół godziny po wlaniu 200

*) W jednym przypadku raka żołądka, w którym stale znajdował się ferment przygotowawczy (zymogen), a który nie wykazywał właściwego fermentu sernikowego, nie udało mnie się ani razu zamienić zymogen zapomocą kw. solnego na ferment sernikowy. Przypadek ten opisany będzie wkrótce w Przeglądzie Lekarskim (J.).

cm.³ $\frac{1}{10}$ mm. HCl, chociaż zymogen stale we wszystkich próbach się pojawiał. J.). Klemperer zauważył, że osoby które mleka nie znosiły, a mianowicie dostawały po jego użyciu biegunki, mogły takowe spożywać bez dolegliwości jeżeli dodano do niego *aq. calcis*, *calcaria carbonica*, albo lepiej jeszcze *calcaria muriatica*, i tłumaczy to tem, że przez te dodatki zapobiega się aby mleko nieskrzepnięte nie przechodziło do jelit, wskutek zaś skrzepnięcia w żołądku, długo się w niem zatrzymuje; przyczem kwasy organiczne przez sole wapniowe zostają pochłonięte i fermentacya kwaśna łatwiej powstrzymana zostaje.

9. HANS LEO. *Ueber die Function des normalen und kranken Magens und die therapeutischen Erfolge der Magenausspülung im Säuglingsalter.* (Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 49). Z tej w pierwszym rzędzie dla pediatrów interesującej rozprawy, wypracowanej na podstawie sondowania 134 osesków, wyjmujemy tylko sposób dochodzenia autora fermentu sernikowego, który okazuje się wielce praktycznym: Bierze się dwie próby mleka surowego po 10 cm.³ Do jednej daje 3—5 kropel treści żołądkowej (niezobojętnionej, niesączonej), a do drugiej kontrolnej niczego, i pozostawia obiedwie przy 40° C. Skrzepnięcie występuje tak samo, jak przy postępowaniu Boasa i Klemperera. Jeżeli skrzepnięcie jest wątpliwe to robi autor drugą próbę, dodając według rady Hammarstena jeszcze rozczyń chorku wapniowego. Leo wychodzi przy swem postępowaniu z tego założenia, że sernik, a względnie mleko samo utaja znaczną ilość kw. solnego, a surowe mleko dziesięć razy szybciej się ścina, niż gotowane, stąd i użyta ilość soku żołądkowego może być niezobojętnioną i małą. (Znalazłem że postępowanie autora jest dogodnym, a w celach praktycznych może wystarczyć. J.). Leo przychodzi na podstawie doświadczeń na oseskach, do zapatrywań już dawno przez JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO wypowiedzianych, że peptonizacya (mleka w żołądku dziecięcym, Leo) ma tylko podrzędne znaczenie, a żołądek służy tylko jako miejsce przechowujące (*Aufbewahrungsort*, Leo) dla jelit.

10. GERMAIN SÉE. *Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau reactif.* (Académie de Médecine à Paris 17. I 1888). Autor sprawdził metodę białkową Gluzińskiego i Jaworskiego jakoteż wartość odczynnika Günzburga, i przychodzi do tego samego zapatrywania na choroby żołądka i do podobnego ich podziału, jaki w tych ustępach się znajduje. Zwraca jednak uwagę na to, że i przy prawidłowym chemizmie żołądka mogą się pojawiać przypadłości żołądkowe, jeżeli istnieją zaburzenia trawienia ze strony jelit (*dyspepsie iléocœcale*).

11. MATTHIEU et DURAND-FARDEL. *L'hyperchlorhydrie et l'atonie de l'estomac.* (Académie de Médecine à Paris 1 Mai 1888). Autorowie badając 13 przypadków rozstrzeni żołądka znaleźli podwyższoną kwasotę treści żołądkowej nawet do 5 p. m. HCl i przychodzą do wniosku, że nadmierne wydzielanie kw. solnego wywołało tu następowo rozstrzeń (p. ust. XVII str. 33, 34).

12. Theodor ROSENHEIM. *Ueber atrophische Prozesse an der Magenschleimhaut und ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbständige Erkrankung.* (Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 51, 52). Na podstawie klinicznych i mikroskopowo-anatomicznych badań 16 przypadków przychodzi autor zgodnie ze spostrzeżeniami KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO ogłoszonymi jeszcze r. 1886 *Deutsche med.*

Wochensh. Nr 47—49,—do wniosku, że przyczyna braku wolnego kw. solnego w treści żołądkowej w raku jest nieżył albo zanik błony śluzowej żołądka, następnie, że z nieżyłu śluzowego żołądka rozwija się zanik błony śluzowej, a w tych przypadkach należy żołądek uważać jako rezerwoar na pokarmy.

13. G. MEYER. *Ueber Magenphthise.* (*Verhandl. des Vereins f. innere Medicin in Berlin* 15 October 1888. *D. med. Wochenschr.* 1888. Nr. 44). Powyższej nazwy używa prelegent zamiast wyrazu zaniku błony śluzowej lub nieżyłu zanikowego, którego Jaworski użył aby naznaczyć, że sprawa chorobowa wytworzyła się jako następstwo nieżyłu śluzowego żołądka, z czym się Meyer zgadza. Nazwa *phthisis* ma być z tego powodu odpowiedniejszą, że w przedstawionych przez prelegenta preparatach mikroskopowych gruczoły i włókna mięsne błony śluzowej zastąpione są w zupełności zbitą warstwą tkankolącznową.

14. K. WAGNER. *Materialy k kliničeskomu izuczeniu kolebanii w swojstwach żeludocznego soka.* *Dissertacia.* S. Peterburg 1888. Autor wykonywał doświadczenia na 11 osobach w ten sposób, że podawał im naczczo pokarmy, potem polecał im przez 2 godziny raz spokojnie siedzieć, drugi raz ciężko pracować (np. rąbać drzewo, do zmęczenia chodzić), a trzeci raz spać. Poczem wyciągał treść z żołądka i badał. Okazało się, że trawienie (szczególniej wydzielanie kw. solnego) było upośledzone—lecz nie we wszystkich doświadczeniach—podczas ciężkiej pracy i snu. Spoczynek poobiedny (siedzenie, nieznaczne ruchy ciała) chemizm trawienia zwłaszcza wydzielanie soku żołądkowego przyspieszał (p. ust. XXXVIII str. 95).

15. GÜNTHER Dr. *Zur Behandlung der Hyperemesis Gravidarum.* (*Centralbl. f. Gynäk.* Nr. 29. i *Zeitschrift f. Therapie.* Nr. 16 1888). W 5 przypadkach uporczywych wymiotów u ciężarnych, ustąpiły wymioty w czterech dniach po użyciu prądu galwanicznego stosowanego w następujący sposób. Anodę przykładał Günther do części pochwowej i sąsiedniego sklepienia, katodę zaś o rozmiarach 10:20 cm. na okolicę od 8-go do 12-go kręgu lędźwiowego. Prąd utrzymywano jednostajnie a natężenie jego mierzone zapomocą galvanometru Edelmanna i przy użyciu reostatu wynosiło przeciętnie 3, a nigdy więcej niż 5 M. A. Trwanie posiedzenia 7—10 minut. (Wartość tego zabiegu wyjaśni może następna praca. J.).

16. JERZYKOWSKI Stanisław. O rzadszych powikłaniach ciąży ze względu na system trawienia. (*Gaz. Lek.* 1888. Nr. 49). Autor przytacza ze swej praktyki dwa przypadki uporczywych wymiotów u ciężarnych, które ustąpiły pod wpływem wrażeń psychicznych. W jednym przypadku nastąpił zwrot pomyślny wskutek tego, że chora po zbadaniu lekarskiem dowiedziała się z wielkim dla siebie smutkiem, że jest w ciąży, a w drugim, że chorej oświadczone, że na drugi dzień ma być wywołane sztuczne poronienie.

17. FLASHAR Dr. (*Allgem. Med. Central-Ztg.* 1888. Nr. 55. *Therap. Monatshefte* 1888. H. 8 p. 400) uśmierza krwotoki żołądkowe przez podanie do picia tak gorącej wody, jaką znieść można w ilości $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ szklanki. Przez to ma się szybko skrzep wytworzyć. (Należy wyczekiwać sprawdzenia skuteczności tego lekowania. J.).

18. HIRSCH MARCUS. *Ueber subcutane Bluttransfusion nach der v. Ziemssenschen Methode.* (Berlin. klin. Wochschr. 1888. Nr. 39). Ze względu na ważność, tego ostatniego środka przeciw ostrej anemii wśród lub po krwotoku żołądka przytaczam szczegóły z tej rozprawy jako dopełnienie do ust. XV str. 30 Transfuzya krwi zwierzęcej wprost do naczyń człowieka uważa Bergmann nie tylko za zabieg bezcelowy, ale i wprost szkodliwy, gdyż krew wstrzyknięta do naczyń nie zostaje przyswojoną, a nadto niszczy jeszcze pozostałe ciała czerwone we krwi chorego. Natomiast jedynie racjonalnym, a skutecznym zabiegiem może być infuzya roztworu soli kuchennej według SAMUELA, aby utrzymywać jeszcze akcyę na próżno pracującego serca. W tym celu wprowadza się przez kaniulę przymocowaną zapomocą drenu do lejka 1—1½ litra ciepłego (40° C.) roztworu składającego się z 6‰ soli kuchennej i 1‰ dwuwęglanu sodowego, do vena mediana lub basilica wyszukawszy i naciągwszy ją podobnie, jak do upustu krwi. Niektórzy autorowie dodają do powyższego roztworu środków pożywnych lub podniecających: LANDEKER 3—5‰ odwłóknionej krwi zwierzęcej, albo 3‰ cukru trzcinowego, KEPPLER 10 gm. wysokoku. Infuzya musi być ze wszystkimi ostrożnościami aseptycznymi wykonaną. Można jednak krew z pożytkiem dla ustroju wprowadzać, wstrzykując ją podskórnice według metody Ziemssena: Upuszcza się ofiarującemu na ten cel człowiekowi krew z vena mediana w ilości 250—300 cm.³, odwłóknią przez klócenie przy 40° C., i zapomocą strzykawki o 25 cm.³ pojemności wstrzykuje się podskórnice w uda; miejsca wstrzyknięcia mięsi się w kierunku przebiegu naczyń a dla uśmierzenia bolesności przykładają worek lodowy. Uskuteczniejszy na jednym posiedzeniu 6—10 nakłóć można kilka strzykawek (razem około 250 cm.³) krwi podskórnice wprowadzić. Czynność cała musi być ściśle aseptycznie wykonaną. Hirsch próbował tego rękoczynu w czterech przypadkach silnej małokrwistości: w trzech był skutek trwały a w jednym przemijający.

19. RAINSFORD (*The Lancet* p. 3401 z r. 1888 ref. *Wien. klin. Wochenschrift* 1888. Nr. 38) użył z powodzeniem u położnicy przy bardzo ostrej anemii wskutek krwotoku macicznego, wobec niemożności zrobienia infuzji solnej do żyły, ławaty wyz ciepłego roztworu soli kuchennej wprowadzając 50—100 cm.³ roztworu co 10 minut. Chora po dwóch godzinach przyszła do przytomności i wyzdrowiała. (Dla uniknięcia drażnienia jelita roztwory solne mogą dochodzić do zgęszczenia co najwięcej 1‰. J.).

20. OBALIŃSKI i JAWORSKI. Przypadek resekcji odźwiernika rakowatozwyrodniałego oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacji. (*Nowiny Lekarskie* 1889. Nr. 1).

21. RYDYGIER i JAWORSKI. Przypadek gastroenterostomii z powodu raka odźwiernika. Badanie czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. (Odczyt w Tow. Lek. Krak. z d. 6 II 1889). Z prac tych jako też z dyskusji odbytej w Tow. Lek. Krak. nad zabiegami operacyjnymi w przebiegu raka żołądka wynika: a) że pierwotny rak żołądka rozwija się w narządzie przez niezbyt lub zanik błony śluzowej zajęтым; b) że

te sprawy chorobowe sprzyjają rozwojowi ognisk rakowych; c) że oprócz makroskopowo widzialnego guza bywają rozsiane ogniska rakowe w odległych miejscach błony podśluzowej żołądka, stąd też i wrzekome przerzuty po wycięciu makroskopowego guza są nieuniknione, jak o tem i statystyka resekcji raka żołądka świadczy; d) że ilość hemoglobinu w raku żołądka jest znacznie zmniejszoną, przez co szanse wyzdrowienia po zabiegu krwawym są mniej korzystne, niż w innych chorobach; e) że początkujący rak żołądka usuwa się obecnie jeszcze zupełnie rozpoznaniu, a chorzy na laparatomia próbna się nie zgadzają, w obec tych okoliczności muszą się dostać w ręce chirurgów tylko przypadki późniejszego okresu rozwoju nowotworu; f) że przez wycięcie odźwiernika przez raka zaciśniętego, ani chemizmu ani mechanizmu trawienia do stanu prawidłowego przywrócić nie można, przeto rezekcya odźwiernika rakiem zaciśniętego musi być uważaną jako zabieg symptomatyczny; g) że w zaciśnięciu odźwiernika przez raka, dającym się już rozpoznać przez objawy kliniczne, należy tak ze względów wyżej przytoczonych, jakoteż ze względu na mniejszą cyfrę śmiertelności pooperacyjnej zadowolić się gastroenterostomią, która sprawia choremu dostateczną symptomatyczną ulgę do samego końca jego krótkiego życia, a może być o wiele mniejszem niebezpieczeństwem dla życia wykonaną niż całkowita rezekcya odźwiernika; g) że rezekcya odźwiernika jest jako radykalnie lecząca operacya wskazaną w bliznowatych zaciśnięciach po wrzodzie, jeżeli chory jeszcze jest przynajmniej miernie odżywiony.

22. MATLAKOWSKI Władysław. Przyczynek do chirurgii żołądka (Gaz. Lek. 1889. Nr. 5 i t. d.). Z pracy tej, w szczególności kol. chirurgów interesującej bo opisującej 2 przypadki rezekcji odźwiernika, 2 przypadki gastroenterostomii, 2 przypadki gastrostomii i 3 laparotomie próbne wykonane przez autora, należy podnieść trafną jego uwagę, że należałoby „przy najslabszem podejrzeniu raka żołądka natychmiast nakłaniać chorego do operacyi, do laparotomii próbnej, a w razie potwierdzenia rozpoznania do wycięcia nowotworu“. (Czy postępowanie według tej rady nie będzie spóźnionem, może tylko przyszłość okazać. J.).

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

HAMMERSCHLAG ALBERT. Badania chemiczne nad lasecznikiem gruźliczym. (*Bacteriologisch-chemische Untersuchungen der Tuberkelbacillen*). (Sitzungsberichte der Kais. Akad. der Wissenschaft. in Wien. Mathem-naturw. Classe. Bd. XCVII Abtheil. II. b. December 1888).

Ostatniemi laty, obok hodowli i drobnowidzowego badania ustrojów chorobotwórczych, rozpoczęto poszukiwania nad ich chemizmem, znajdując tą drogą nowe cechy, wyróżniające między sobą pewne określone gatunki grzybków rozszczepkowych. Nieliczne były wszakże dotąd gatunki pod tym względem zbadane. (Bakterye gnilne: M. NENCKI, Kokki pneumoniczne: BRIEGER, laseczniki węglika: M. NENCKI i Adelina DYRMOND, lasecznik zgorzeli mnogiej: BOVET).

Przybywają obecnie do nich przedsięwzięte w pracowni prof. M. NEN-

CKIEGO w Bernie badania HAMMERSCHLAGA nad lasecznikiem gruźliczym, oraz BOVETA nad lasecznikiem rumienia guzowego (które podamy w następnym numerze).

Badanie chemiczno-bakteryologiczne danego gatunku bakteryi ma potrójne zadanie: przedewszystkiem ma wskazać warunki wzrostowe rzeczzonego grzybka, wykryć jakie materiały spożywcze są dlań niezbędne i jakie najbardziej jego rozwojowi sprzyjają, powtóre winno określić skład chemiczny samego grzybka i wreszcie znaleźć produkty przemiany materii zeń powstałe.

Otóż warunki wzrostu lasecznika gruźliczego są, jak wiadomo, całkiem osobliwe i wiemy doskonale, z jakimi trudnościami walczyć musiał KOCH, zanim mu się udało otrzymać stosowną hodowlę. Znaczny postęp pod tym względem stanowi odkrycie ROUX i NOCARDA (*Annales de l'institut Pasteur* 1885), że dodatek gliceryny ułatwia znamienicie wzrost lasecznika gruźliczego. Nie tylko bowiem surowica krwi z dodatkiem gliceryny jest lepszą dlań cieczą odżywczą niżeli surowica czysta, ale i w bulionie lub rosóle agarowym z dodatkiem 5% gliceryny i 5% peptonu, lasecznik rozmnaża się nader żywo i obficie. HAMMERSCHLAG próbował hodować laseczniki gruźlicze w rozmaitych cieczach odżywczych.

Najprzód więc na agarze z gliceryną, gdzie już na czwarty lub piąty dzień powstawały drobne białawe grudki, stopniowo wzrastające i zlewające się w osobliwe wyniosłe wały; po trzech tygodniach cała powierzchnia agaru była niemi całkowicie pokryta. W bulionie z gliceryną na piąty lub szósty dzień powstaje lekki osad, powiększający się stopniowo, przyczem ciecz sama całkiem klarowną pozostaje. Po siedmiotygodniowym wzroście kolonia tworzy jednolity słabo różowy osad, pokrywający dno kolbki warstwą kilkomicrometrową, ma nieco ciągliwą, śluzową konsystencją i przy ostrożnem pochylaniu naczynia przylepia się do jego ściany.

Płynny odżywczy zawierający w miejsce gliceryny dodatek mannitu, cukru gronowego lub glikogenu są wprawdzie doskonałym podłożem dla lasecznika gruźliczego, lecz wzrost jego nie bywa w nich tak żwawym jak przy dodaniu gliceryny.

Nadzwyczaj dogodnym roztworem odżywczym dla bakteryi wogóle, a i dla lasecznika gruźliczego jest odwar z drożdży, używany już dawniej przez PASTEURA przy badaniach nad saccharomycetami. Nie potrzeba do niego dodawać peptonu, gdyż drożdże same dostarczają jego ilość zawierają.

W takim odwarze z dodatkiem 5% gliceryny laseczniki gruźlicze nader szybko się rozmnażają i już po cztero lub pięcioletniowym wzroście otrzymuje się hodowlę obfite. Różnią się one od opisanych powyżej hodowli bulionowych tem, że laseczniki tutaj tworzą większe, ciągliwe, silnie pospajane bryłki.

Również w roztworze zawierającym w 100 cz. wody przekroplonej 2 cz. peptonu, 6 cz. (na wagę) gliceryny, oraz 1 część soli (złożonej z fosforanu potażu, fosforanu wapna, chlorku sodu i nieco siarczanu magnezyi) doskonale hodować można laseczniki gruźlicze.

W celu chemicznego rozbioru laseczników (sprawdzonych zawsze za pomocą drobnovidza i szczepienia na zwierzętach co do czystości hodowli) trzeba było przedewszystkiem oddzielić bakterye od cieczy odżywczej lub stałego podłoża. Przy hodowli w roztworach odżywczych udaje się to łatwo, przez zlanie większej części płynu, przesączenie reszty przez płótno i przemycie następną wodą zakwaszoną kwasem octowym. Z hodowli na agarze zdejmowano cały nalot wierzchni ostrożnie szpadelkiem i przez kilka godzin ogrzewano go w większej ilości wody zakwaszonej kilku kroplami kwasu octowego w kąpielii wodnej. Przytem przylegające cząstki agaru rozpuszczały się, bakterye opadały na dno i mogły być zebrane na sączku. Świeże bakterye miały słabo różowe

zabarwienie, przyjemny owocowaty zapach (wyraźniejszy jeszcze w samych roztworach odżywczych) i tworzyły ciągliwe, śluzowate grudki. Dokonano wogóle dwu analiz zupełnych, z dwóch szeregów hodowli; pierwszy rozbiór z plonu sześciu hodowli na agarze i czterech na bulionie mających około dwóch miesięcy wieku, drugi z plonu ośmiu kolbek agaru, dziesięciu większych kolb odwaru drożdżowego i dwóch kolb bulionu wieku 1½ do 3 miesięcy. Ogólna ilość w pierwszym rozbiórce wynosiła 7½ grama, w drugim 20 gramów.

Wyniki badań są następujące:

I.

Waga świeżych bakterii	7,6623 gr.
Po wysuszeniu przy 105° C. (do stałej wagi)	0,8648 gr.
Ilość wody	6,7975 gr.
Do rozbioru użyto	0,8573 gr.
Ciał rozpuszczalnych w wyskoku	0,2420 gr. }
Ciał rozpuszczalnych w eterze	0,0015 gr. }
	(razem 0,2435 gr.)

Wreszcie dokonano rozbioru elementarnego i oznaczono ilość popiołu:

0,2373 gr. spalone w otwartej rurze dały: 0,413 gr. CO₂,

0,1583 gr. H₂O oraz 0,019 gr. popiołu.

0,2296 gr. wydały: 18 cent. sześc. N, przy ciśnieniu barometr. 692 i przy temperaturze 19,5°, co odpowiada 0,01919 gr. azotu.

II.

Waga świeżych bakterii	10, 803 gr.	<i>a</i>
Ciał w eterze rozpuszczalnych	0, 214 gr.	<i>b</i>
Waga bakterii suchowych (do stałej wagi) po wy-		
ciągnięciu eterem	1, 618 gr.	<i>c</i>
Ogólna pozostałość sucha bakterii (części stałe)	1, 832 gr.	(<i>b+c</i>)
Rozpuszczalnych w wyskoku ciał	0,2662 gr.	<i>d</i>
Rozpuszczalnych w eterze i wyskoku razem	0,4802 gr.	(<i>b+d</i>)

wypada z tego:

	I	II
Ilość wody	88,7	83,1
Ciał rozpuszczalnych		
w eterze i wyskoku	28,2	26,2 (lecytyna, tłuszcze, substancje trujące).

Skład elementarny części nierozpuszczalnej w wyskoku i eterze, złożonej z białka, celulozy (drzewnika) i popiołu był następujący:

C. = 51,62%

H. = 8,07%

N. = 9,07% (obliczone w substancji bezpopielnej)

Popiołu = 8,00%.

Rozbiór pierwszy wykonano w ten sposób, że bakterie zeszkobane z płótna przeniesiono na wysuszony i zważony filtr i suszono przy 105° C. do stałej wagi, poczem w aparacie ekstrakcyjnym wytrawiano je przez ośm godzin wyskokiem i tyleż godzin eterem.

W rozbiórce drugim bakterie zważono za świeża i zaraz eterem wytrawiono, potem wysuszono do stałej wagi, a z ciężaru pozostałości po wytrawieniu eterem i z wagi bakterii wysuszonych obliczono ogólną ilość części stałych. Po wysuszeniu wytrawiano jeszcze bakterie wyskokiem przez pięć godzin.

Godną uwagi jest przedewszystkiem wielka stosunkowo ilość substancji w eterze i wyskoku rozpuszczalnych, bo wynosząca średnio w gruzliczych lasecznikach 27%, czem się one dosadnie wyróżniają od innych dotychczas zbadanych w tym względzie bakterii (laseczniki gnilne zawierają średnio ciał roz-

puszczalnych w eterze i wyskoku 7,3⁰/₀, kokki pnenmoniczne 1,7⁰/₀, laseczniki węglikowe 7,8⁰/₀, laseczniki zgorzeli mnogiej 10,1⁰/₀).

Ponieważ przy pierwszym rozbiórce ilość ciał rozpuszczalnych w wyskoku była zbyt małą, by ją chemicznie zbadać bliżej, HAMMERSCHLAG wygotował ją przeto w rozcieńczonym wyskoku, przesączył i około połowy przesączu zastrzyknął pod skórę śwince morskiej. Już w trzy godziny po iniekcji wystąpiły następujące objawy otrucia: zwierzę leży na boku, nie może się podnieść ani tem mniej biegać, tętno i oddech silnie przyspieszony, drgawki kloniczne i osobliwsze ruchy jakby do ucieczki w kończynach przednich i tylnych, pobudliwość zwrotna (odruchowa) nieco podniesiona. Po kilku godzinach drgawki rozprzestrzeniają się na mięśnie karku i żwacze, przybierają cechy więcej tonicznych skurczów, występuje wreszcie szeregłość, tężec i około dwunastu godzin po iniekcji zwierze zdecha. Podobny wynik u królika, któremu zastrzyknięto resztę roztworu, tylko że drgawki zjawiły się dopiero po 36 godzinach. Po drugiej analizie (II) wyciąg eteryczny odparowano, ponownie czystym eterem rozpuszczono, przesączono, z przesączu eter odparowano, pozostałość, która mogła zawierać cholesterynę, tłuszcz i lecytynę zagotowano z wodanem baryty, której nadmiar strącono CO₂, przesączono, wyparowano i spalono.

W roztworze popiołu w kwasie solnym udało się wykryć dość wiele kwasu fosfornego, za pomocą odczynów z magnezją i molybdenianem amonu, co dowodzi że bakterye zawierają lecytynę. Osad rozłożono HCl, wyklócono w eterze zaalkalizowano roztwór eteryczny i zmieszano z wodą. Pozostałość z eterycznego roztworu nie daje odczynu cholesterynowego. Z wodnej części roztworu można było wydzielić mieszaninę kwasów tłuszczowych w postaci stałej masy topniejącej przy 63⁰ C. Wynika, stąd, że tłuszcz lasecznika gruzliczego składa się głównie z tripalmityny i tristearyny, a zawiera bardzo mało lub może wcale nie zawiera trioleiny.

Wyciąg wyskokowy laseczników po odparowaniu alkoholu pozostawił masę brunatną, lepka, gumowatą, która na blaszce platynowej płonie żywym kopcącym płomieniem (na podobieństwo tłuszczów), zawiera azot, ale wolną jest od fosforu i siarki. Wygotowano ją w wodzie, przyczem pewna część się rozpuszcza, przesączono i z przesączem przedsięwzięto znowu doświadczenie na zwierzęciu. Duża świnka morska, której zastrzyknięto $\frac{3}{4}$ całego roztworu pod skórę, ulega niezadługo drgawkom w kończynach i po 30 godzinach zdecha nie obserwowana bliżej, gdyż działa się to w nocy. Resztę roztworu zastrzyknięto małej śwince: po 48 godzinach objawy podobne jak w uprzednio opisanym przypadku tylko bez drgawek w karku i żwaczach. W trzy godziny po wstępnych konwulsjach świnka zdechła wśród tężcowych skurczów.

Zdaje się wynikać z przytoczonych spostrzeżeń, że wyskokowy wyciąg laseczników gruzliczych zawiera jakąś substancją trującą, nie udało się wszakże HAMMERSCHLAGOWI otrzymać jej w stanie czystym, któryby usunął wątpliwości co do jej istnienia.

Po wytrawieniu wyskokiem i eterem laseczniki zachowały swą postać i barwę się podług zwykłych metod (Carbolfuksyna, kwas azotny).

Nierozpuszczalną w eterze i alkoholu część laseczników obłano 100 C. C. jednoprocetowego ługu potażowego, przez godzin 10 trzymano w chłodzie, a potem przez godzinę ogrzewano w kąpeli wodnej. Ponieważ ciecz nie dała się przesaczyć, za pomocą kilkakrotnego wymycia wodą (dekantacyjną) oddzielono więc części rozpuszczalne od nierozpuszczalnych.

W rozpuszczalnej części za pomocą nasycenia siarczanem amonu wydzieliły się substancje białkowate lasecznika w postaci kłaczkowatego osadu, dającego odczyn ksantoproteinowy, biuretanowy i Millona.

W części nierozpuszczalnej w rozcieńczonym ługu drobnowidz wykrywa liczne niezmiennione w swej postaci laseczniki, nie barwiące się już wszakże metylenblauem i nie dające już barwnej reakcyi z karbolfluksyną. Tak więc białko laseczników barwnik w siebie przyjmują.

Wobec ciekawego odkrycia D-ra FREUNDA, że płuca osób chorych na gruźlicę zawierają celulozę, badano wspomniany osad nierozpuszczalny w tym kierunku. W tym celu przedewszystkiem wymyto go rozcieńczonym kwasem siarczanym i poddano następującym odczynom:

1) Pewną część rozpuszczano w kwasie siarczanym stężonym, roztwór rozcieńczono wodą i zagotowano. Po zagotowaniu płyn redukował wyraźnie alkaliczny roztwór siarczanu miedzi. (Dla kontroli pewną ilość substancyi zagotowano z samą wodą, przesączono, zagotowano ponownie z rozcieńczonym kwasem siarczanym--redukcyi nie ma).

2) Inną część poddano działaniu chloranu potażu i kwasu azotowego przy czem większa ilość pozostaje nierozpuszczalną.

3) W roztworze amoniakalnym tlennika miedzi substancya badana rozpuszcza się w części, w przesączonym roztworze kwas siarczanym rozcieńczony sprawia lekkie zmętnienie. Na zasadzie tych odczynów twierdzić można że rusztowanie lasecznika gruźliczego jest drzewnikiem (celulozą). Przyjąwszy, że azot odtłuszczonych bakteryi jest w nich zawarty jedynie pod postacią białka i gdy ilość azotu w białku przyjmiemy równą 16% (jak pospolicie do obliczeń się przyjmuje) to laseczniki gruźlicze przy 28% ciał w wysokości i eterze rozpuszczalnych i przy 8% popiołu składałyby się z 36,9% białka i 28,1% celulozy.

Jak widać, w laseczniku gruźliczym znajdują się główne ciała zwykle w komórkach spotykane, różni się on wszakże od innych bakteryi, jak mówiliśmy, wielką ilością ciał w eterze i w wysokości rozpuszczalnych, oraz obecnością powodującej skurcze, w suchej pozostałości truciźny. Drzewnika nie można uważać za składnik cechujący, gdyż znajduje on się również w niektórych innych schistoomycetach (*Mycoderma aceti*, *leuconostov*). Aczkolwiek liczba rozebranych dotychczas chemicznie lasecznikowych gatunków jest jeszcze bardzo małą, tyle już obecnie widzimy, że rozmaite gatunki bakteryi okazują w swym składzie chemicznym znaczne różnice, przedewszystkiem zaś różnice w ilości azotu zawartego w odtłuszczonych komórkach dowodzą wyraźnie, że stosunek ciał białkowych do bezazotowych (wodanów węgla?) w ciele bakteryi podlega znacznym wahanom.

„Te różnice w składzie chemicznym, powiada HAMMERSCHLAG, uważać można za jeszcze jeden dowód stałości gatunków rozmaitych schistoomycetów”.

Badanie produktów przemiany materyi nie wydało żadnych wyników. Laseczniki gruźlicze rosną powolnie, ich przeróbka materyi nie może być zważaną. Zwykła woń hodowli owocowa, o której wspomnieliśmy, jak to wykryło badanie destylatu pochodzi od obecności jakiegoś alkoholu (odczyn jodoformowy, tworzenie aldehydu przez utlenienie i związku eterycznego z kwasem będzwinowym) lecz nie etylowego. Po zakwaszeniu kwasem siarczanym roztwory wyklócono eterem. W wyciągu eterycznym nie można wykryć kwasu mlecznego. Roztwory wodne badano metodami BRIEGERA na obecność ptomain; wykazano wprawdzie własności jadowite wyciągów, ale krystalicznego ciała (z około 10 l. płynów odżywczych) nie zdołano otrzymać.

Dr. Fabian.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

O elektrycznem przeświecaniu krtani i jam nosowych.

Podług odczytu wygłoszonego w dniu 19 b. m. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem przez D-ra T. Herynga.

Streścił H. Dobrzycki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 9).

Dawniej uważano, iż dla rozpoznania powyższego cierpienia niezbędne są 4 kardynalne objawy: rozdęcie jamy Highmora, powiększenie wydzieliny przy leżeniu na stronie przeciwnej, bóle w okolicy podoczołowej, i wreszcie, zapalne obrzmienie policzka. Cztery te handbuchowe objawy są zupełnie zwednicze, jak to wykazał Ziem, gdyż może ich zupełnie brakować. Z tego powodu nie mało popełnionych zostało błędów rozpoznawczych, oraz nie jeden przypadek uszedł statystyki lekarskiej. Nawet rhinoskopia może zawieść, bo nie wszyska ropa w kanale nosowym średnim może pochodzić z jamy Highmora, gdyż w pobliżu jest ujście jamy czołowej, tylko nieco wyżej. Chorzy zwykle skarżą się na przykry zapach w nosie, choć zapach ten dla otoczenia jeszcze się nie zdradza. Do znaków dyagnostycznych zaliczamy także wpędzenie powietrza metodą Politzera i pojawianie się odpływu przy nachyleniu głowy (Fraenkel). I te jednak obydwaj znaki mogą zawieść. Wyniki Ziema zasługują na szczegółowe rozpatrzenie, gdyż na 23 przypadki ropienia chronicznego w nosie, 3 razy utworzył jamy szczękowe a 29 razy znalazł w nich ropę. W ogóle przy chronicznym ropotoku z nosa, źródłem jego bywa: 1) umiejscowiony process zapalny, 2) rozlany process kataralny, 3) cierpienie jam obocznych, 4) cierpienie kości nosowych i 5) cierpienie zębów.

Na ten ostatni punkt dopiero Ziem zwrócił uwagę. Wykazał on również, że w żadnym z jego przypadków, jama szczękowa nie była rozszerzoną pomimo obecności w niej ropy, jakkolwiek u niektórych chorych cierpienie trwało od 6 lat. Inne objawy, jakoto: odpływy obfite, bóle i obrznięcia twarzy tylko w pojedynczych przypadkach zostały przez Ziema zanotowane. Za istnieniem zatem ropy w jamie szczękowej przemawiają istotnie: 1) Długotrwałe ropienie z nosa; 2) Brak wybitnych zmian w błonie śluzowej nosa; Jako 3-ci najpewniejszy znak prelegent dodaje perkussyję jam szczękowych i 4) Nieprzepuszczanie światła (elektrycznego) ze strony dotkniętej cierpieniem.

Co do leczenia, to istnieje 5 metod: Otworzenie jamy od strony *processus alveolaris* (metoda Coopera)— od *fossa canina* (Desault) ze strony podniebienia, z przewodu nosowego dolnego (Mikulicza). Do tego należy dodać sposób Jourdaina, zalecany także przez Zuckerkandla, Störcka i Hartmana. Wreszcie metodę Szmida, polegająca na aspiracyi ropy za pomocą szprycy.

Sama wielość metod operacyjnych dowodzi, że zadanie, jakie ma operator przed sobą, nie jest łatwe; wszelako ta z metod będzie najlepszą, która w sposób możliwie dokładny opróżni jamę z zawartości i udostępni możność antyseptycznego postępowania. Po krytycznej ocenie wspomnianych metod ope-

racyjnych, prelegent zastanowił się bliżej nad metodą Mikulicza, który za pomocą odpowiednio zakrzywionego sztyletu otwiera jamę na wysokości przewodu nosowego, a więc niżej od naturalnego przewodu (*ostium maxillare*). H. Krause o tyle zmodyfikował metodę Mikulicza, że zamiast sztyletowego narzędzia używa trójgrana, który zapewnia możliwość zrobienia większego otworu; natomiast prelegent nie jest za metodą Schmidta, polegającą, jak wspomnieliśmy, na wyaspirowywaniu zawartości jamy za pomocą szprycy. Gdy jednakże metody powyższe nie zawsze na dostateczny przeciąg czasu zapewniają możliwość chirurgicznych manipulacji (zastrzykiwania antyseptyczne przez otwór sztucznie zrobiony), z powodu, iż otwór nieraz szybko się zabliznia, co nową operację czyni koniecznym, przeto i w tym razie prelegent chce z elektryczności skorzystać, i za jej pomocą przepalać ścianę szczęki, celem dotarcia do jamy Highmora. Zniszczenie tkanki kostnej na pewnej przestrzeni, z większym prawdopodobieństwem da możliwość zachowania rozmiarów otworu niezbędnego dla opróżnienia jamy z ropnej zawartości i ułatwi lecznicze postępowanie. Po powyższym wstępie, prelegent wyjaśnił na czem polega zastosowanie przeświecania przy cierpieniach jamy Highmora, mianowicie przy empyemacie tejże jamy. Nie trudno zrozumieć, iż ono stanowi ważny dyagnostyczny nabytek, który w obec trudności, jakie się spotykają przy rozpoznaniu rzezonego cierpienia, jest niezawodną i pewną wskazówką, że w danej jamie płyn, *resp.* ropa się znajduje. Jeżeli choremu podobnem cierpieniem dotkniętemu wprowadzimy do jamy ustnej lampkę żarową, lub lepiej szpatel, czyli naciskacz językowy, do którego w odpowiednim miejscu przytwierdzoną jest lampka żarowa (a takie narzędzie nietylko do przeświecania, lecz i do oświetlenia wnętrza jamy ustnej może służyć), a następnie polecimy mu zamknąć usta, to w razie istnienia jakiegśbądź zawartości w jamie Highmora, stopień jej przeświecania będzie daleko mniejszy, aniżeli po stronie zdrowej, czyli, że po stronie chorej cała część szczęki górnej jamie Highmora odpowiadająca, będzie ciemniejszą od strony zdrowej, t. j. tej, której jama jest próżną. Dla uzupełnienia badania zwrócił uwagę prelegent, iż w tonie opukowym obu jam zachodzi pewna różnica; jakóż, opukując obie jamy za pomocą słupka Hamernika lub zwyczajnego plessimetru, wykazał prelegent po stronie chorej ton wyższy, czyli tępszy, aniżeli po zdrowej. Oba te sposoby badania, wykonane na pacjentce dotkniętej empyematem jamy Highmora, w świetny sposób wykazały ich praktyczną wartość. Przedstawiona chora A. S., lat 55 licząca, od roku przeszło doznawała silnego bólu zębów po stronie lewej. Jednocześnie pojawił się ostry katar nosa tejże strony, a w ślad za tem wystąpiło silne darcie w szczękę górną lewej. Po 3 miesiącach z lewego otworu nosowego poczęła odpływać biaława ropa, który to objaw trwa po dziś dzień. Początkowo ropa nie była cuchnąca, lecz od pół roku przeszło sama chora zauważyła, iż ropa ma nieprzyjemny zapach. Badanie wziernikowe wykazało: muszlę dolną nieco powiększoną, średnią bardziej. Na muszli średniej lewej widoczną jest smuga ropy; po jej oddaleniu w minut kilka lub prędzej na temże miejscu znów pojawia się kropla ropy. Zjawisko to powtarza się ciągle, ile razy kroplę ropy oddalimy. Przy

poziomem położeniu ropa zbiera się w gardle, co zmusza chorą do częstego budzenia się i odpluwania. Prześwietlanie i opukiwanie przekonało o wypełnieniu płynem lewej jamy Highmora. Po tejsze stronie wyraźny obrzęk twarzy. Przez żaden z zębodołów sondy do jamy wprowadzić nie można. Przepłókiwanie jednak jamy Highmora nie należy do rzeczy łatwych, i w zwyczajnych warunkach nieraz jest niemożliwym bez oddalenia części muszli średniej. Tę to właśnie chorą prelegent zamysła operować wkrótce, wszelako nie żadnym z wyżej opisanych sposobów, lecz otrzymaniem otworu nieco poniżej *ostium maxillare* za pomocą elektrolizy, a to w tym celu, aby przez wytworzenie utraty substancji na pewnej przestrzeni zapobiedz, jak wspomniano, zarastaniu otworu.

Metoda przeświecania jam nosowych, okazała się już dziś bardzo doniosłego znaczenia, przy rozpoznawaniu i operowaniu w jamie nosogardzielowej. Okazuje ona mianowicie wielkie usługi wtedy, gdy nam chodzi o bliższe oznaczenie grubości i natury zrostów, przy zarosnięciu wylotów tylnych nosa lub zrostach z sąsiednimi otworami, przy cierpieniach *bursae pharyngealis Thornwaldi*. Bo jeżeli przez kanał dolny nosa dobrze znieczulony, wprowadzimy lampkę żarową zupełnie w ten sposób, jak to wprowadzamy kateter dla katetyzacji trąbki Eustachiusza, a następnie wprowadzimy zwierciadło dla wykonania t. z. *rhinoscopia posterior*, to z obrazu jaki w zwierciadle otrzymamy, a mianowicie ze stopnia przeświecania danego utworu, możemy, co najmniej, wyprowadzić wniosek o jego grubości, co, rzecz prosta, na wybór metody operacyjnej stanowczy wpływ mieć może. Lampka, jakiej prelegent do powyższych celów używa, ma zaledwie pół centymetra średnicy, a jej druty (kontakty), na odpowiednim pręciuku osadzone, obciążone są rurką kauczukową grubości zwyczajnego kateteru. Gdy lampka znajduje się w głębi jamy, należy dopływ elektryczności od czasu do czasu przerwać, aby uniknąć zbyt szybkiego jej (lampki) rozpalenia. Metody powyższej użył prelegent u chorej dotkniętej zrostem podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli, oraz atresją prawego nozdrza. Przypadek ten dotyczył 27-letniej E. L. z Sejn, która przed 3-ma miesiącami zaczęła cierpieć na silne zatkanie nosa; wydzieliny były obfite (bez krwi), prócz tego suchość w gardle. Chora nie kaszłała, dzieżdzicność też wykazać się nie dała. Chora lymfaticzna, ciałośkl. du średniego, nie chudnie i nie gorączkuje. Odżywianie względnie dobre, stan sił dobry, łaknienie również dobre. Rozpoznano: *atresia palati mollis (luetica) fere completa; atresia choanae dextrae*. W nozdrzu zarosniętem był nieznaczny otwór, który rozszerzono, a dopiero następnie, prelegent odseparował elektrolitycznie zarosnięte do ściany przetyku podniebienie miękkie, zbadawszy przedtem, za pomocą przeświecania, że ono stanowi niezbyt grubą warstwę do tego rodzaju rękoczynu się nadającą.

Jednem z cierpień, które przy pomocy elektrycznego oświetlenia mogą być bez trudności rozpoznane, jest cierpienie *bursae pharyngeae Thornwaldta*. Z poszukiwań tego badacza okazuje się, iż otwór do zatoki gardzielowej prowadzący widocznym jest prawie u wszystkich osób przy pomocy haka Voltoliniego i przedstawia się bądź w postaci lejkowatego zagłębienia, bądź

okrągłego, czasem owalnego otworu, położonego na linii środkowej sklepienia jamy nosogardzielowej, mniej więcej w połowie odległości od tylnych nozdrzy do wyniosłości kręgu szczytowego. Zatoka gardzielowa ma zwykle formę ślepego kanału lub woreczka; posiada jeden otwór i jest często siedliskiem różnych spraw chorobnych w jamie nosogardzielowej. Cierpienia tu napotykanego cechują się albo wzmożeniem wydzieliny skutkiem przeniesienia kataru z jamy nosowej, albo wytworzeniem się cyst, gdy otwór zatoki zostanie zamkniętym. Nadmierna wydzielina zatoki gardzielowej zdradza się wyciekami śluzoropnego lub ropnego płynu, który spływa po ścianie gardzieli ku dołowi i tamże często zasycha. Od ozaeny i od chronicznego kataru różni się tem, że część stropu od tylnych nozdrzy do otworu zatoki, a więc część przednia, jest wolną od wydzieliny. Cysta zaś, przedstawia się jako wypukła kulista narośl, zwykle płynem przezroczystym wypełniona. Dowodem pewnym, jest właśnie zawartość wydobywająca się po jej rozcięciu. Objawy hipersekrecyi i cysty tej okolicy są najprzód takie, jak i katarów chronicznych tej okolicy, powtórnie, objawy oboczne, jako to: przekrwienia, przerosty i polipy błony śluzowej, cierpienia uszów, *pharyngitis granulosa*, katar chroniczny krtani a głównie *partis arytenoideae*, katary oskrzeli, katary chroniczne żołądka, kaszel uporczywy bez zmiany w płucach i oskrzelach, *asthma bronchiale*, bóle w okolicy mostka, bóle głowy i karku. Trwanie tych objawów jest nieograniczone, jeżeli odpowiednim leczeniem nie zostaną usunięte. Leczenie ma na celu zniszczenie zatoki i wstrzymanie wydzieliny.

Przeciwno Tornwaldtowi powstał Schwabach i na mocy badań anatomicznych starał się wykazać, że choroby t. z. *bursae pharyngeae* są tylko cierpieniem migdałka gardzielowego, jak to Wendt opisał. Schwabach proponuje, aby zamiast wyrażenia *bursa pharyngea*, zgodnie z Ganghoferem nazwać ją *recessus pharyngeus medius*, gdyż w stanie normalnym właściwa zatoka w duchu opisanej przez Luschkę nie istnieje, a zwykle zamiast niej znajduje się tylko wgłębienie błony śluzowej, które powstaje ze zlania się właściwej migdałkowi gardzielowemu szpary środkowej ze szparami bocznymi, z jakich się ten organ zwykle składa.

W ostatnich czasach pojawiła się jeszcze praca Kiliana, bardzo gruntowna, oparta na poszukiwaniach z anatomii porównawczej i embryologii, a dowodząca, że *bursa pharyngea* stanowi osobny twór, a nie powstaje ze zlania się szpar migdałka gardzielowego i nie ma budowy analogicznej z kryptami i może nawet istnieć przy zupełnym braku migdałka gardzielowego.

Jako ilustracją powyższych przedstawionych stosunków anatomicznych, demonstrował prelegent chorego, który, oprócz polipa krtani, miał cystę w *bursa pharyngealis*. Chory P. G., lat 29, śpiewak z powołania, od pewnego czasu stracił możność śpiewania, cierpiał na silny katar nosa i ból w piersiach. Krwią jednak nigdy nie pluł. Silny, dobrze odżywiony, muskularny, nie miał dziedzicznego usposobienia. Badanie wykazało *pharyngitis sicca chronica retronsalis*. Na prawej stronie polip (guziczek brzeżny) operowany przez prelegenta sposobem galwanokaustycznym. W przerosłym zaś migdałku gardzielowym otwór wielkości grochu prowadzący do jamki, która się okazała być cy-

stą (Tornwalda). Cysta była przez autora rozcięta i ślady przecięcia tej to właśnie cysty były demonstrowane przy pomocy światła elektrycznego (lampki wprowadzonej aż do siedliska cierpienia) i rhinoskopii tylnej sposobem Schlesinger'a. Przy tej sposobności prelegent obznajmił słuchaczy z rhinoskopią Schlesinhera, o której, dla braku czasu, niewiele mógł powiedzieć. Z uwagi na ważność tej metody badania, pozwolimy sobie słów parę o niej dorzucić.

(d. n.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Z inicjatywy i za staraniem p. Oberpolicmajstra m. Warszawy powstała przy Urzędzie lekarskim naszego miasta pracownia higieniczna, kol. BUJWID przeznaczony do kierownictwa tej pracowni wyjechał zagranicę i zwiedził analogiczne zakłady w Wroclawiu, w Berlinie, w Paryżu, w Londynie oraz zakupił tam odpowiednie przyrządy. Pracownia która już jest czynną, ma za zadanie dochołzenie zafalszowań pokarmów i napojów do spożycia sprzedawanych. Kol. BUJWID zajęty jest obecnie opracowaniem ustawy mającej obowiązywać i określić zakres działania jego.

— Oddział bakteriologiczny do szczepienia zapobiegawczego wściekliczny sposobem Pasteura w szpitalu Wolskim, o którego zamknięciu obecnie donoszą, właściwie nigdy nie istniał. Kol. BUJWIDowi pozwolono tylko umieszczać chorych których zapobiegawczo szczepił na sali ogólnej. Trwało to od Czerwca r. 1886, jednakże niewłaściwość takiego stanu rzeczy zbyt była rażąca iżby to długo trwać mogło, tembardziej iż jazdy za rogatkę Wolską nieraz 2 i 3 razy narażały kol. BUJWIDA na stratę czasu i na znaczne koszta. Wyasygnowano wprawdzie 400 rs. na sprawienie niezbędnych przyrządów i ściągano od pacyentów opłatę w wysokości 15 rubli miesięcznie, ale to kosztów pokrywać nie mogło. Skutkiem tego kol. BUJWID przestał umieszczać odnośnych pacyentów w szpitalu Wolskim, ale szczepienie zapobiegawcze metodą Pasteura nie ustanie w mieście naszym. Dzięki Generałowi Starynkiewiczowi, Prezydentowi miasta, wyasygnowaną została summa w wysokości 2000 rubli rocznie na utrzymanie pracowni. Obecnie chorzy, którym mają metodę Pasteura stosować mieszkają prywatnie w pobliżu prywatnej pracowni kol. Bujwida, co jest zupełnie odpowiednie, gdyż pacyenci tacy właściwie nie są chorzy, potrzebują tylko stawiać się w pracowni dla dokonania manipulacyi szczepienia.

— P. Wincenty KARPIŃSKI obchodzi 100-letnią rocznicę założenia apteki będącej dzisiaj jego własnością, w sposób przynoszący Mu niemały zaszczyt. Mamy przed sobą piękny, o znacznej objętości tom pod tytułem Dr. H. HAGER. Wykład chemii farmaceutycznej. Z upoważnienia Autora przełożył z czwartego wydania oryginalna i opracował Maksymilian FLAUM. Pożyteczne to dzieło wydał swoim nakładem pan KARPIŃSKI dla uczczenia jubileuszu swej apteki. Krytyka niemiecka od dawna już właściwie oceniła piękną tę pracę a 4 wydania w krótkim przeciągu czasu wyłoczone najlepszym są dowodem jego pożyteczności. Dzieło to napisane jest w formie lekcyi. W 126 lekcyach wyłożona jest praktycznie cała chemia, o ile potrzebną jest dla farmaceuty i dla lekarza. Luźna forma lekcyi pozwoliła Autorowi obok chemii podać wiadomości z działy fizyki, krytalografii, fizyologii, farmacyi etc. na czem zyskało ono wielce. Język pana Flauma jest dobry a styl staranny; dodał on do pracy niemieckiej jedną oryginalnie napisaną lekcyę o nowych środkach leczniczych: antyfebryna, antypiryna, salol, kokaina, sulfonal, fenacetyna i sacharyna. Papier i druk są wykwintne, a 231 pięknych drzeworytów wielce się przyczynia do ożywienia oraz do jasności wykładu.

Polecić możemy gorąco naszym czytelnikom nabywanie tego interesującego dzieła, z którego dowiedzą się wielu rzeczy nowych i ważnych. Przez liczne nabywanie dzieła okażemy p. Karpińskiemu, iż umiemy należycie ocenić jego zacne dążności.

Zagraniczne. Temat na konkurs imienia Astley-Coopera jest następujący: O wpływie mikro-organizmów na zapalenie. Prace w języku angielskim, lub z załączo-

niem przekładu angielskiego nadsyłać należy przed 1 Stycznia 1892 do szpitala w Londynie „Guy's hospital” z zachowaniem zwykłych form. Nagroda wynosi 300 ff. sterl., t. j. około 3,000 rubli.

— Francuzka wojskowo-lekarska szkoła otwartą została w Lyonie d. 1 Lutego r. b. Dyrektorem jej został Dr Vallin główny lekarz XIV korpusu.

— Dr. SEITZ w Heidelbergu zapisuje tran w następującej formie:

Rp. Kresoti 2,5
Ol. Jecor. Aselli, 200
Saccharini 0,1

MDS. 1—3 r. dziennie łyżkę stoł. r.

Dawka dla dorosłych. Dzieciom odpowiednio ją zmniejszyć należy. Tran w powyższej postaci nie jest przykry do zażywania i nie wpływa na zmniejszenie apetytu.

— Prof. WESTPHAL w Berlinie jest poważnie chory i udaje się na kurację do Zakładu leczniczego pod Konstancją. Zastępstwo po nim objęli asystenci jego; ponieważ jednak choroba jego jest tego rodzaju iż prawdopodobnie dłużej się przeciągnie, więc postanowiono prosić prof. ERBA z Heidelberga iżby zastępczo klinikę prowadził.

— Prof. ULTMANN w Wiedniu używa następujących środków przy leczeniu krwimoczu:

Rp. Extr. Secal. cornut. 1,0
Sacchari 2,0

* M. f. pulv. Div. in dos. Nr. 6.
DS. Co 3 godziny 1 pr. r.

Rp. Extr. Secal. cornut. 3,0
Butyri Cacao 12,0

M. f Suppos. Nr. 6.
DS. 2—4 czopków zakładać dziennie.

Rp. Alum.
Sacchari albi aa 3,0

M. f. pulv. Div. in Dos. Nr. 6.
S. Co godz. pr. r.

Rp. Nitr. argent. fus. 1,0
Aq. dest. 500,0

DS. Na pół z wodą lub z podwójną ilością wody wstrzykiwać do pęcherza.

Rp. Ferri sesquichlorati 1,0
Aq. destill. 200,0

MD. Jak wyżej.

Zmarli. Dnia 23 b. m odebrał sobie życie przez wystrzał Dr. Izydor SOYKA, Professor higieny na niemieckim fakultecie lekarskim w Pradze. Samobójstwo nastąpiło w przyjętym obłędzie umysłowego. Zmarły miał lat 39.

OGŁOSZENIA.

CHOROBY NERWOWE, LECZENIE ELEKTRYCZNOŚCIĄ.

Prof. Dr. Nawrocki.

Ordynacka Nr. 2, róg Aleksandryi, dom Hr. L. Krasińskiego, mieszkania Nr. 6,
od 4—5 godziny.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. GUSTAW FRITSCHE. Adres Redakeyi: Aleja Jerolimaska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 23 Февраля 1889 г.—Друк Марьи Зiemkiewicz
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.