

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. WŁ. OETUSZEWSKI. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przymiotu krtani. — II. WEADYSEAW MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (Dalszy ciąg). — III. A. JANISZEWSKI. Badania nad nowym sposobem leczenia ran, pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w Szpitalu S-go Jana Bożego w Lublinie (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy.* — 43. HAMELEIA. Szczepienie ochronne cholery. LÖWENTHAL W. Zarazek i szczepienie cholery. — 44. TASSINARI. Doświadczenia nad działaniem dymu tytoniowego na drobne ustroje w ogóle, a chorobotwórcze w szczególności. — 45. BECHTEREW i MISLAWSKY. O ośrodkach mózgowych dla ruchów pęcherza moczowego. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości bieżące.* — Odpowiedzi Redakcyi. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispassmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris* z *pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—41

ARCO w południowym Tyrolu.

D-r Stanisław Prager

(dawniej w Meranie) praktykuje w **ARCO** (Villa Schwarz).

6—1

D-r TYMOWSKI

praktykuje w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

w **SAN REMO**.

6—5

ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie mieści się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

P. S. Dla Zakładów Dobroczyńnych i niezamożnych chorych kefir za pół ceny.

6—4

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN**, na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.

Wysyłkę uskuteczniają w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Striebold.

26—24

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA I LECZENIA PRZYMIOTU KRTANI

[Rzecz czytana na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie].

Podał

Władysław Oltuszewski.

Przymiot krtani, objawiający się jako postać wczesna lub późna, przedstawia tak znaczną rozmaitość obrazów w zwiernikowych, bywa często tak trudnym przy wyróżnieniu go od gruźlicy lub raka krtani, że notowanie odpowiednich spostrzeżeń w celu bądź zaznaczenia postaci pod jaką się przedstawia, bądź wypowiedzenia uwag dotyczących rozpoznawania, leczenia i t. d., winno stać się udziałem każdego laryngologa. Poniższe spostrzeżenia, które notowałem więcej szczegółowo z ostatnich 4 lat z prywatnej praktyki, a poniekąd z ambulansu i oddziału dla chorób gardła w szpitalu Ś-go Rocha, jako też luźne notatki, odnoszące się po większej części tylko do zaznaczenia formy cierpienia, z pierwszych lat mej laryngologicznej praktyki, posłużą do wypowiedzenia kilku uwag opartych na własnem doświadczeniu, dotyczących omawianego przedmiotu. Pomieściłem tylko te spostrzeżenia, które odznaczają się odrębnością zwiernikowego obrazu i które sam miałem możność widzieć, gdyż w krótkiej tej notatce wcale mi nie chodziło o napisanie systematycznej monografii przymiotu krtani, lecz o podzielenie się własnem doświadczeniem z łaskawymi słuchaczami. Z powodu względnej szczupłości materyjału, jakim rozporządzam, pomijam w zupełności statystykę, dotyczącą częstości występowania przymiotu krtani w stosunku do innych narządów, a w krtani częstości występowania zmian wczesnych i późnych i t. d., ośmielam się jednak twierdzić, że formy przymiotu krtani, jakie przytaczam, są poniekąd tym zwykłym materyjałem, którym rozporządza lekarz praktyczny.

Rozdzielanie przymiotu na drugorzędny [6 do 10 tygodni po zarażeniu] i trzeciorzędny [5—10 lat po wystąpieniu pierwotnego stwardnienia] dla lekarza praktyka przedstawia mniejszą doniosłość, jak to na zasadzie własnych spostrzeżeń stwierdziłem, aniżeli dokładne zaznajomienie się z obrazem zwiernikowym. Chociaż MACKENZIE rozdziela przymiot krtani na drugorzędny, zaliczając tu lepiej płaskie, i trzeciorzędny, do którego zalicza wrzody przymiotowe, ziarniaki przymiotowe i blizny, jednakowoż sam przyznaje, że owrzodzenia przymio-

towe, zjawiające się po roku, można uważać za objaw drugorzędny. Nie przyznając tego podziału, jako zbyt dowolnego, przystępuję do skreślenia tych form przymiotu krtani, które miałem sposobność spostrzegać.

I. Lepieże płaskie.

Spostrzeżenie I. I. K., lat 32 liczący, kowal, przybył do szpitala Ś-go Rocha, na oddział kol. HERYNGA dnia 16. XI. 1885 roku. Przed 3 miesiącami wrzód na prąciu i ból gardła; chrypka od 3 tygodni. Na prąciu znalazłem pierwotne stwardnienie, a na ciele różyczkę; prawie wszystkie gruczoly chłonne były powiększone. W gardzieli na obu łukach, szczególnie na lewym, płaskie lepieże. Na tylnej ścianie krtani lepieże w postaci gładkich, małych wzniesień. Chory pozostawał w szpitalu przez miesiąc i przez ten czas wyżył 4 grany sublimatu i 6 drachm jodku potasu. Oprócz tego uskuteczniano pędzlowanie [do gardła gr. X., do krtani gr. I na uncyję wody]. Pod wpływem tego leczenia lepieże w gardzieli zupełnie znikły, a w krtani znakomicie się zmniejszyły.

Spostrzeżenie II. S. N., z Płocka, przybyła do zakładu mego w Grudniu 1886 r. Upřednio była skłonna do chrypki. Zamężna od 5 miesięcy. Mąż przebywał przymiot przed rokiem. Chora opowiada, że od 4 tygodni chrypi, a poprzednio cierpiała na ból głowy i zauważyła wypadanie włosów. Na ciele wysypka grudkowata; wszystkie gruczoly powiększone. W krtani na prawej strunie prawdziwej w $\frac{1}{3}$ części przedniej guziczek płaski, wielkości prosa, podobny guziczek tylko nieco mniejszy na lewej strunie. Na tylnej ścianie ograniczone wzniesienie blado-różowego koloru. Po zastosowaniu pięciu wcierań i codziennego pędzlowania krtani roztworem sublimatu [gr. I na 3j aq.], guziczki na strunach w zupełności znikły, a na tylnej ścianie pozostało bardzo niewielkie wzniesienie. Chora z powodu różnych względów opuściła zakład i od tego czasu znikła mi z oczu.

Spostrzeżenie III. F. Ł., mamka, przysłana do mnie przez kol. ZACHAREWICZA dla wydania opinii, czy bez niebezpieczeństwa dla dziecka może karmić. Od $\frac{1}{2}$ roku chrypka. Gruczoly na szyi i pod pachami powiększone. Płuca zdrowe, chora nie ma kaszlu. W krtani z aczerwienienie obu strun prawdziwych, a na tylnej ścianie ograniczone wzniesienie blado-różowego koloru z środkowym nieznacznym zagłębieniem [pęknięcie, *fissura*]. Chorej zakazałem nadal karmić i zaleciłem swoiste leczenie, obok pędzlowania krtani sublimatem. Po kilku tygodniach leczenia, wyżej wzmiankowany wytwór na tylnej ścianie znikł, a głos wrócił do prawidłowego stanu.

Z przytoczonych 3 spostrzeżeń lepieży gładkich w krtani, jak również innych analogicznych, wbrew zdaniu niektórych autorów [LEWIN, WALDENBURG], którzy zaprzeczają istnieniu takowych, utrzymuję, że spostrzegałem je najczęściej na tylnej ścianie pod postacią płaskich ograniczonych wzniesień blado-różowego koloru, a raz jeden widziałem na strunach prawdziwych w postaci guziczków. Oprócz tego spostrzegałem lepieże krtani pod postacią płaskich wzniesień na nagłośni. Kłykcin kończystych nie widziałem.

Rozpoznanie omawianych tworów w przypadkach naszych nie przedstawiało żadnej trudności. W spostrzeżeniu III można było jakiś czas myśleć o gru-

żlicy krtani. staranne jednak zbadanie płuc, jako też wynik leczenia wkrótce rozstrzygnęło następczą się tu wątpliwość.

II. Przymiotowy naciek, zapalenie podostrawne lub przewlekłe błony śluzowej i podśluzowej i jako następstwo ostatniego: przerosty.

Spostrzeżenie IV. A. W., kapitalista, 56 lat liczący, przysłany przez kol. TRZCIŃSKIEGO, dnia 12. I. 1888 roku. Doskonale odżywiany, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej; przedtem cieszył się dobrem zdrowiem i kategorycznie przebywaniu przymiotu zaprzecza. Obecnie, oprócz lekkiego bólu przy łykaniu, czuje się zupełnie dobrze. Przy badaniu podmiotowym wspólnie z kolegami TRZCIŃSKIM i GOLDFLAMEM znaleźliśmy stan następujący: Powiększenie gruczołów szyjowych z prawej strony, lepięże płaskie w lewym kącie ust. Gardziel nic nienormalnego nie przedstawiała. Głos zupełnie czysty. W krtani lewa połowa nagłośni znacznie zgrubiała w postaci rozlanego guza, koloru prawie nie różniącego się od niezajętej części krtani, przedstawiała na przedniej *resp.* językowej swej powierzchni płytkie, owalnej formy owrzodzenia o równych brzegach, pokryte szarobiałym nalotem. Choć wyżej opisany guz nagłośni zakrywał poniekąd wejście do krtani, przy wydobywaniu jednak wysokich tonów, oprócz przewlekłego niezytu, błona śluzowa krtani nic nienormalnego nie przedstawiała. Na zasadzie wszystkich tych danych rozpoznałem przymiot krtani i zaleciłem jodek potasu do wewnątrz, a miejscowo pędzlowanie rozcynem sublimatu [1 gr. na 5j aq.]. W ciągu następnych dni zgrubienie nagłośni powiększyło się, tak, że nawet przy wydobywaniu wysokich tonów nie udało mi się już zobaczyć wnętrza krtani. Po odchyleniu nagłośni za pomocą zgłębnika, okazało się, iż stan krtani był taki, jak przy pierwszym badaniu, przyczem konsystencja nagłośni okazała się twardą. Pod działaniem jodku potasu gruczoły na szyi nieco się zmniejszyły. Od dnia 24. I. chory obok jodu do wewnątrz zaczął brać codzienne półdrachmowe wcierania szaruchy. Po 12 wcieraniach gruczoły szyjowe znacznie się zmniejszyły, zgrubiała nagłośnia zcieniała do połowy, a owrzodzenie zaczęło się podgajać, chory nie doznawał już żadnej przeszkody przy łykaniu. Dodać tutaj winienem, że chory przestał brać jod do wewnątrz, gdyż niedobrze go znosił. Miejscowe pędzlowanie wyżej wspomnianym rozcynem sublimatu nadal uskuteczniano. Po zastosowaniu 18 wcierań obraz wzornikowy od czasu ostatniego badania niewiele się zmienił. Do miejscowych pędzlowań zacząłem używać pięć razy mocniejszego rozcynu sublimatu aniżeli poprzednio. Po 24 wcieraniach omawiane owrzodzenie zupełnie się zabiłiło, a pozostało tylko stosunkowo nieznaczne zgrubienie nagłośni z lewej strony. Od kolegi TRZCIŃSKIEGO dowiedziałem się, że chory spotrzebował jeszcze 12 wcierań. Ostatni raz widziałem go w połowie Marca b. r.. Stan krtani przedstawiał się jak przy ostatniem badaniu.

Spostrzeżenie V. M. L., 34 lat liczący, kelner, zgłosił się do mnie przy końcu 1887 roku, przysłany przez kol. TRZCIŃSKIEGO. Dobrze odżywiany, pochodzi z rodziny zdrowej. Przed 7 miesiącami wrzód na prąciu. Od 4 miesięcy chrypka. Od 6 tygodni nieznaczny ból przy łykaniu z prawej strony. W gardzieli nie ma żadnych zmian; w krtani plastyczny naciek prawej połowy nagłośni, prawego więzu nalewko-nagłośniowego i prawej chrząstki nalewkowej, zgrubienie prawej struny fałszywej; kolor wyżej wspomnianych nacieczonych części więcej różowy aniżeli normalnej lewej połowy krtani. Zmniejszona ruchomość prawej połowy krtani. Kolega Trzczeński stosował choremu podskórne wstrzykiwania prepa-

ratów rtęci, poczem chrypka i bóle przy polykaniu znikły, a krtaiń wróciła do prawidłowego stanu. Ostatni raz widziałem chorego w Czerwcu b. r.; stan krtani nie przedstawiał nic nienormalnego.

Spostrzeżenie VI. H. K., 24 lat liczący, stolarz. Pochodzi z rodziny zdrowej. W 18 roku życia przebywał szkarlatynę. Przed 8 miesiącami wrzód na prąciu, od tego czasu datuje się chrypka. Płuca zupełnie zdrowe. Gardziel nie przedstawia żadnych zmian. W krtani struny prawdziwe zgrubiałe i owrzodzone na całej przestrzeni, tylna ściana zgrubiała, a na przedniej jej powierzchni znajduje się dość głębokie owrzodzenie. Owrzodzenia te pokryte są szaro-żółtym nalotem. Po zastosowaniu swoistego leczenia wrzody w zupełności się zagoiły, a pozostało tylko nieznaczne zgrubienie wyżej wymienionych części.

Spostrzeżenie VII. I. G., 37 lat liczący, wyrobnik, zgłosił się do mnie na początku 1885 r.. Pochodzi z rodziny zdrowej. Dobrze odżywiany. Przed 1½ rokiem wrzód na prąciu, chory leczył się wtedy wcieraniami szaruchy. Od 2 miesięcy ból głowy, wypadanie włosów, chrypka i ból przy łykaniu. Na prąciu ślady pierwotnego stwardnienia. Na skórze wysypka grudkowata, łuszcząca się. Gardziel nic nienormalnego nie przedstawia. W krtani struna fałszywa lewa pokryta prawdziwą, na strunie fałszywej lewej, na tylnej powierzchni nagłośni, jako też na tylnej powierzchni chrząstki nalewkowej lewej owrzodzenia pokryte szaro-żółtym nalotem. Wszystkie wymienione owrzodzenia zagoiły się pod działaniem leczenia swoistego, pozostało tylko zgrubienie struny fałszywej lewej.

Spostrzeżenie VIII. M. T., 42 lat liczący, stolarz, zgłosił się do mnie przy końcu 1887 r.. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Przed 10 laty wrzód na członku. Od roku chrypka. Utrudnione polykanie od pół roku. Gruczoły limfatyczne szczególnie w pachwinach powiększone. Płuca zupełnie zdrowe. W krtani znaczne zgrubienie, owrzodzenie obu strun prawdziwych. Pod wpływem swoistego leczenia i miejscowego pędzlowania rozczyntem sublimatu, nastąpiło szybsze zagojenie się pomienionych owrzodzeń. Zgrubienie strun głosowych pozostało bez zmiany.

Spostrzeżenie IX. C., 26 lat liczący, garbarz, zgłosił się do mnie w Lipcu 1887 roku. Brat umarł na suchoty. Przed 2 laty wrzód na prąciu, chrypka od 3 miesięcy. Powiększenie gruczołów na szyi, płuca zdrowe. Lepieże płaskie na policzkach. W krtani obie struny prawdziwe zgrubiałe, prawe owrzodzone na całej przestrzeni, na lewej zaś owrzodzenie znajduje się bliżej wyrostka głosowego. Po zastosowaniu kilkotygodniowego swoistego leczenia, jako też miejscowych pędzlowań rozczyntem sublimatu, zgrubienie strun nieco się zmniejszyło, owrzodzenia zaś zagoiły się zupełnie. Chrypka prawie znikła. Na początku Września, na skutek nadużycia trunków, wystąpiło znaczne pogorszenie, mianowicie plastyczny obrzęk prawej połowy krtani, w szczególności zaś prawego więzu nalewko-nagłośniowego, nieruchomość tejże połowy, a głos stał się znowu chrypliwym. Po użyciu maści szarej na szyję, przyszydeł na okolicę krtani, a swoistych środków do wewnątrz, od 12 Października krtaiń wróciła do uprzedniego stanu.

Spostrzeżenie X. C. J., lat 39 licząca, zgłosiła się do mnie na początku 1887 r.. Przed 8 laty poronienie, od 8 lat chrypka i w ciągu ostatnich dwu lat chora zaczęła mówić prawie basowym głosem. Oprócz chrypki chora skarży się na zatkanie w nosie i zasychanie w gardle. Błada, miernie odżywiana. W płucach nie ma żadnych zmian. Badanie nosa i jamy noso-gardzielowej wykazuje przewlekły niezbyt tych części. Na twardem podniebieniu blizny. Ba-

danie krtani wykrywa blizny na nagłośni, strunach fałszywych i prawdziwych. Struny fałszywe mocno przerosłe, prawie w zupełności zakrywają prawdziwe, a przy wydobywaniu tonów zupełnie się do siebie zbliżają, tak, że strun prawdziwych nie widać.

Spostrzeżenie XI. M. S., 25 lat licząca, zameźna, zgłosiła się do mnie w 1886 r. Chrypka i kaszel od roku; w płucach rozlany nieżyt. Na skórze blizny koloru surowej szynki, wskazujące na przebyty przymiot. W krtani przerost prawej prawdziwej struny bez żadnych innych zmian.

Spostrzeżenie XII. S. K., stolarz, 40 lat liczący, zgłosił się do mnie w 1887 roku, w skutek silnej duszności. Siostra umarła na suchoty. Kaszel od 6 miesięcy. Objawy zwężenia krtani od dwu miesięcy. Przebywaniu przymiotu zaprzecza. Odżywianie liche. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. W płucach oprócz obniżenia granic badanie nie wykrywa żadnych innych zmian; krtani wykonywa forsowne ruchy przy oddechaniu, nos zapadnięty. Przy badaniu krtani znalazłem owrzodzenia na obu strunach w przednim kącie, a pod strunami wałki wystające do światła tchawicy i z wężające je. Z powodu silnej duszności, grożącej choremu zaduszeniem, odesłałem go na oddział kol. HERINGA w szpitalu S-go Rocha, gdzie używał jodku potasu do wewnątrz, a zewnętrznie wcierania szaruchy. Po kilku wcieraniach duszność znakomicie się zmniejszyła, tak, że chory czując się znacznie lepiej, pomimo namowy, aby się dalej leczył, opuścił szpital. Od krewnych jego dowiedziałem się w następstwie, że w kilka dni nagle umarł.

Do tej samej kategorii zaliczyć winienem przypadek będący dotychczasowo w mej obserwacji, a który zawdzięczam koledze ROENZWEIGOWI. U 20-letniej dziewczyny, poprzednio kaszlącej, nagle od 3 tygodni wystąpiły objawy zwężenia krtani, grożące zaduszeniem, a na lewym obojczyku przy mostku gumatyczne zgrubienie (*periostritis*). W krtani pod strunami, szczególnie pod lewą, znalazłem znacznej znacznej grubości wałki zwężające światło tchawicy. Swoiste leczenie w krótkim czasie usunęło pomienione zmiany. Przypadek ten ciekawy jeszcze i z innych względów będzie oddzielnie opisany.

Rozpatrując się w opisanych dziewięciu spostrzeżeniach, jak również innych, które z powodu analogii pominąłem, z wyłączeniem kilku, które możnaby odnieść do jednej z wyżej podanych form w nagłówku, wyznam otwarcie, w nie małym byłem ambarasie, do jakiej formy je zaliczyć. W samem nawet pojmowaniu terminów: przymiotowy naciek, zapalenie podostrawie i t. d., panuje pewnego rodzaju zamęt. I tak, podczas kiedy jedni autorzy przyjmują przymiotowy naciek, w szczególności zaś ograniczony [tak zwany gumat], za nowotwór i wyróżniają go od zapaleń, inni identyfikują naciek przymiotowy z zapaleniem podostrawem lub przewlekłem. Że istnieje znaczna różnica pod względem klinicznym w przebiegu, wyglądzie, zejściu, poddawaniu się środkom leczniczym, między przymiotowym naciekiem, w szczególności ograniczonym [spostrzeżenie 4] a przerostem [spostrzeżenie 10], to nie ulega żadnej wątpliwości; ale z drugiej znów strony, przyjmując tego rodzaju podział, zadajemy sobie słuszne pytanie, do jakiej kategorii odnieść dane spostrzeżenia? Według mego zdania jedynej odpowiedniej wskazówki może nam dostarczyć w tym względzie anatomija

patologiczna, redukująca całą tę różnorodność form do jednej przyczyny — swoistego zapalenia z drobnokomórkowym nacieczeniem. Od stopnia tego nacieczenia zależnym będzie przebieg kliniczny danej formy, począwszy od nacieku przymiotowego, a kończąc na przeroście. Na zasadzie wyżej przytoczonego mniemam, że z wyjątkiem ograniczonych przymiotowych nacieków [gumat] i przerostów, byłoby pożądanem inne kliniczne formy, różniane zwykle jako rozlane przymiotowe nacieki, podostrawe i przewlekłe zapalenie błony śluzowej i podśluzowej, wyrażać ogólnem mianem swoistego zapalenia. Tym sposobem możnaby pogodzić wyniki badań anatomo-patologicznych z klinicznymi obserwacjami. Stosując powyższe rozumowanie do naszych spostrzeżeń, do klinicznej formy nacieku przymiotowego najwięcej by się zbliżała obserwacja 4 i 5, do przerostów 10, pozostałe zaś możemy jedynie podciągnąć pod kategorię swoistych zapaleń.

W spostrzeżeniu 9 widzieliśmy jak łatwo u ludzi z dyjatezą przymiotową dochodzi do takiego swoistego zapalenia: w kilka dni po nadużyciu trunków wystąpiło nacieczenie całej prawej połowy krtani. Zapalenia swoiste, jak to widzimy z naszych spostrzeżeń, przebiegają zwykle prawie bez odczynu ze strony chorego. Jak na 10 spostrzeżeń tylko w 3 można było odnotować nieznaczną trudność przy łykaniu, a w dwu duszność. Umiejscawić się one mogą na rozmaitych miejscach krtani. I tak w spostrzeżeniu 4 widzimy jednolite zgrubienie lewej połowy nagłośni, w spostrzeżeniu 5 nacieki jednej połowy krtani, w 6—tylnej ściany i strun prawdziwych, w 8 i 9—obu strun prawdziwych, w 11—jednej struny prawdziwej, w 12—zgrubienie pod strunami prawdziwymi. Części krtani, podlegające temu swoistemu zapaleniu, robią wrażenie twarдых nacieków, koloru prawidłowej błony śluzowej lub więcej różowego. Swoiste zapalenie to łatwo prowadzi do owrzodzeń. Owrzodzenia są zwykle powierzchowne, z wyjątkiem powstałych z ziarniników przymiotowych; tak zwane ziarniniaki przymiotowe widziałem kilka razy na nagłośni i raz jeden na strunie fałszywej prawej. Przy rozpoznawaniu pamiętać należy, że tak nacieki przymiotowe, jako też i inne tu należące formy łatwo w odpowiednich przypadkach pomieszać z naciekami, przewlekłymi zapaleniami i t. d., gruźliczego pochodzenia, które zarówno mogą się umiejscawiać na przeróżnych miejscach krtani i również prowadzić do owrzodzeń. Kierować się tu winniśmy, jak zresztą we wszelkiego rodzaju podobnych wątpliwościach, zachowaniem się sąsiednich narządów [gardło, podniebienie, język], bliźniami [duże bliźny rzadko pochodzą od gruźlicy lub raka], objawami cierpienia konstytucyjonalnego w innych narządach jak skóra i t. d., troskliwem wyłączeniem gruźlicy płuc, wynikami leczenia, nakoniec do pewnego stopnia wywiadami. Przy przerostach pamiętać należy, że niezależnie od przymiotu, gruźlicy, mogą one, choć daleko rzadziej, występować samodzielnie w skutek długotrwałego nieżyty. Wyjątek od tej zasady stanowi zgrubienie dolnej powierzchni strun, tak zwana *chorditis vocalis inf. hypertrophica*. Rozpatrując nasze przypadki i kierując się wyżej oznaczonymi wskazówkami, przyznać należy, że nie mieliśmy prawie żadnej trudności przy rozpoznawaniu omawianych postaci. I tak:

w przypadku 4 lepiej znalezione na błonie śluzowej jamy ustnej, umiejscowienie nacieku na przedniej powierzchni nagłośni, zdrowe płuca i dobry wygląd chorego, w zupełności starczyły do rozpoznania przymiotowego cierpienia. Przypadek 6 łatwo możnaby przyjąć za gruźlicę krtani, staranne jednak zbadanie płuc i leczenie nie pozwalało wątpić co do rodzaju cierpienia. To samo z maelmi zmianami dotyczyło pozostałych przypadków [w przypadku 10 blizny w krtani, w 11 blizny koloru surowej szynki na ciele i t. d.]. [D. n.].

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

[SZEREG DRUGI].

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

Spostrzeżenie XL. *Cystis ovarii sinistri; degeneratio carcinomatosa cystidis et peritonei; ovariotomia; mors.*

El....owa, 42 lata, żona urzędnika, opowiada, że 6 lat temu po ostatniej ciąży zauważyła guz w brzuchu. W jakiś czas potem w Odesie lekarz już nie chciał jej leczyć, tylko doradzał jej operację. Około 2½ lat temu widziałem ją po raz pierwszy; była wtedy bardzo ciężko chorą, leżała, brzuch był ogromny, osłabienie wielkie. Dla zadośćuczynienia *indicationsi vitali* zrobiłem nakłucie, płyn był ciemno-brudny, kawowy; odchodząc od chorej myślałem, że niedługo pożyje. Wezwany będąc później, ze zdziwieniem dowiedziałem się, że jeszcze żyje. Już w parę tygodni owem po nakłuciu miała się wybornie, utyla, zajmowała się i czuła się zupełnie zdrową. Brzuch powiększał się bardzo powoli. Była ciągle zdrową, bardzo czynną. Za chorobą dopiero uważa się od 3 tygodni. Brzuch według zachowanej miarki taki jak wtedy. Ostatnia miesiączka była 6 tygodni temu. Nogi nigdy nie puchły. Chora miała 5-ro dzieci.

Kobieta chuda, blado-żółtawa, wysoka, leży na boku z nogami zgiętymi, brzuch znacznie powiększony. Tętno 116. Tętno serca czyste. Oddech pęcherzykowy. Mocz mało. Brzuch kolosalny, sterczący, z boków spłaszczony, przy położeniu wznak sterczy ku górze. Ścianka brzuszna cienka, guz nierówny, twardy, w kilku miejscach chęłbocący bardzo wyraźnie, jakby z kilku guzów złożony; cała masa guzowata porusza się razem, przy położeniu chorej na boku przesuwają się wyraźnie z boku na bok i do góry daje się od spojenia łonowego odsunąć; przy ruchach tych czuć bardzo wyraźne skrzypienie pod ręką. Od góry między guzem i wątrobą na wązkiej przestrzeni ton bębniasty; w prawej okolicy lędźwiowej, przy położeniu na lewym boku na szerokim pasie odgłos tympaniczny; jeśli zaś chorobą ułożyć na prawym boku, otrzymujemy przy pukaniu na wązkim pasie niejasny ton z lewej strony guza; *vesicocela* znacznego stopnia. Sklepienie przednie wypełnione. Macica w tyle, ruchoma, nisko położona; nadane jej ruchy nie udzielają się guzowi; przez sklepienie tylne wyczuwają się nierówności. Gruczoły limfatyczne pachwinowe bolesne i powiększone. Brzuch przy macaniu bolesny; ból przy badaniu przez pochwę. Chorej przedstawiono operację jako jedyny środek ocalenia, lecz nie chciała się zgodzić i znowu zrobiono nakłucie dnia 21. X. 1884. Znowu płyn był czokoladowy, lecz brzuch mało co się zmniejszył, ztąd też mała ulga, stan *subfebrilis*, ciągle bóle w brzuchu, noce

bezsenne, ciągle stękanie przy każdym odetchnięciu. W takim stanie chora wreszcie zgodziła się na operację wtedy, kiedy prawie znikła nadzieja dobrego zejścia. Zgodziła się, lecz rezygnacja ta wydarła jej prawie kosztowała ją resztę sił. W dniu operacji była prawie nieprzytomną, nie spała; nie ustaje ani na chwilę jęczyć; wcale nie przyjmuje pokarmów. Wymioty żółciowe.

D. 5. XI. 1884 o godzinie 9 z rana przy pomocy kol. ELSENBERGA, JAWDYŃSKIEGO, JASIŃSKIEGO, KONDRATOWICZA i SIPNIEWSKIEGO zachloroformowano chorą łatwo i bez wymiotów. Uśpienie spokojne.

Operacja: Cięcie od *proc. xiph.* do spojenia; guz do ściany nieprzyrosły; z jamy otrzewnej wylał się z garniec płynu ascytycznego. Szerokie zrosty do sieci z prawej strony, z powodu rozsiania w niej guzów wtórnych; sieć ujęto w szczypcę i między dwiema podwiązkami przepalono. Teraz guz okazał się zupełnie wolnym, nigdzie nieprzyrosłym. Szypuła nie gruba z lewego jajnika. Podwiązano szypułę, odcięto guz, a kikut przypalono. Dotychczas nie widać wcale było kiszek. Ścianę brzuszną naciągnięto z boków i jamę otrzewnej zamknięto tymczasowo. Okazało się, że cała ścianka przednia brzucha jest jakby wybrukowana wtórnymi guzami wielkości wiśni, i to płaskimi, tkwiącymi w otrzewnej i w tkance łącznej podsurowiczej. Część tej tkanki i otrzewnej z okolicy pępkowej, oraz część samej ścianki brzusznej wraz z pępkiem wycięto, a rany przez to szersze w szew głęboki wzięto. Od tych wtórnych rozsianych guzów zależało skrzypienie przy badaniu. Otrzewna sieci, ścienna, oraz kiszek, ciemno-czerwona, przekrwiona, w stanie zapalenia.

Wyjęty guz kolosalny waży 31 *cl.*, składa się z dwóch ogromnych torbieli, oraz masy guzów twardych, torbieli mniejszych, stopionych w jedną bryłę, nierównych, usianych małymi czerwonymi guzikami. Badanie drobnowidzowe dokonane przez kol. ELSENBERGA wykazało rakowate zwyrodnienie torbieli, oraz wtórne nowotwory w sieci, w otrzewnej ściennej.

Przebieg: chora po obudzeniu się nanowo poczęła jęczyć; od czasu do czasu następuje odlewanie się płynu z żołądka przez usta bez widocznych ruchów wymiotnych; wieczorem w dniu operacji ciepłota prawidłowa, tętno 90. O 10-ej z rana 8. XI, chora zmarła przy objawach upadku sił.

Spostrzeżenie XLI. *Cystis colloidea ovarii, ovariectomy; mors e peritonitide chronica.*

Si... wicz, 52 lata, żona obywatela ziemskiego. Guz, a raczej powiększenie się brzucha, zauważyła około roku temu; lecz dopiero od 3 miesięcy wzrastać on zaczął szybko. Około 10 lat temu ustała miesiączka; od kilku miesięcy pojawiały się plamy krwawe na koszuli. Objawów zapalenia otrzewnej, nie było. Bóle głównie w krzyżu. Chora ma dorosłych 2 synów.

Chora wysoka, chuda, dobrze zbudowana, energiczna, rezygnująca się choćby na śmierć; *facies ovarica*; lekki zez; błony śluzowe różowe; chodzenie i siedzenie nadzwyczaj uciążliwe. Pewne przerwy w tętnie (*arrhythmia*); tony czyste, oddech prawidłowy. Mocz bardzo mało, bardzo nasycony, oddawany 2 razy na dobę.

Brzuch ogromny, beczkowaty; prawa połowa większa od lewej. Ścianka brzuszna wszędzie jednakowo gładka i odporna [nie ma osobnych guzów, lub twardych miejsc w ścianie torbieli]. Jednostajne falowanie i chęłbotanie. Guz zupełnie nieruchomy. Dookoła niego odgłos jasno tympaniczny; lecz z prawej strony ton ukazuje się dopiero bardzo daleko z tyłu, prawie w okolicy lędźwiowej, oraz w okolicy łuku żebrowego. Przy położeniu na lewym boku ów pas tympaniczny z prawej strony staje się szerszym i dochodzi do *spina ant. sup.*. Opuszczenie się pochwy; macica bardzo nisko. Część pochwowa od przodu przyparta do spojenia łonowego; macica nieruchoma; przez sklepienie tylne wyczuwa się guz. Przy poruszaniu guza w brzuchu do góry [od spojenia w górę] i z boku na bok, macica zupełnie się z miejsca nie rusza. Stopy nieobrękle.

31. XII. 1884. *Punctio in l. mediana*. Płyn z początku blado-kawowy, nieco gęsty, potem zaczął płynąć płyn gęsty, biały, widocznie z innej torbieli. Ciecz wypuszczono $\frac{1}{4}$ kubeleczka cynkowego. Brzuch mało się zmniejszył.

D. 3. I. 1885. Przystąpiłem do operacji. Chora chloroformuje się bardzo źle; długo nie zasypia; nieco znieczulona z początku, potem cały czas rusza nogami, rękami, wykręca się, wreszcie krzyczy, zupełnie przytomna. Ku końcowi operacji tętno prawie niewyczuwalne. Stanowiło to już nadzwyczaj ciężkie powikłanie, przy każdym włożeniu ręki do jamy otrzewnej, że nie mówię już przy szyciu, chora w głos krzyczała.

Cięcie w smudze od pępka do spojenia. Od przodu natrafiłem na zrośnięcie torbieli z przednią ścianką; na lewo, szło nie daleko od *l. mediana*, na prawo zaś od *l. mediana* do *l. mam.* i to sklejenie mocne, bardzo krwawiące po rozerwaniu; krew sączyła się punkcikami i to z torbieli i ze ścianki. Wtedy zrobiłem cięcie powyżej pępka; tu przy oddzielaniu palcami torbiel rozerwała się. Odtąd zaczęła się bieda jeszcze większa z powodu złego snu, mianowicie zanieczyszczanie brzucha i rąk płynem kleistym. Na prawo na granicy sklejenia szeroką taśmę zrostową ze ścianką brzuszną przepaliłem PACQUELIN'em. Po oddzieleniu torbieli od przedniej ścianki brzusznej i wydobyciu jej na zewnątrz cięcia w ściance brzusznej, ręką wsuniętą do jamy otrzewnej przekonałem się, że torbiel wchodzi aż do dołu DOUGLAS'a, ugniatając odbytnicę, że z przodu niezrośnięta z pęcherzem, że zrostów z trzewami w dołach biodrowych nie ma, lecz że szypuła bardzo szeroka, jest tak gruba jak mała miednica, [rękę np. z trudnością na płask mogłem wsunąć między *promontorium* i torbiel]. Z biedą przeprowadziłem drut naokoło szypuły, aż do dna dołu DOUGLAS'a, a ponieważ torbieli pociągnąć nie można było ku sobie, założono i zaciśnięto CINTRAT'a sztorcem, a nie równolegle płaszczyzną pętlicy do płaszczyzny ścianki przedniej brzucha. Trzeba było utworzyć szypułę. Po zaciśnięciu *ad maximum* obcięto guz, przyczem płyn z torbieli mniejszych rozlał się po brzuchu, a nawet do jego jamy, niepodobna bowiem było osłonić jej i kiszek. Po jakimś takim oczyszczeniu okolicy rany ręcznikami, tamponami, serwetkami, zbliżono brzegi ścianki brzusznej do szypuły i wtedy nastrzykiwano kwas karbolowy dla oczyszczenia pola, lecz i tego płynu część dostała się do jamy brzusznej, z powodu niespokojności chorej. Teraz zeszyłem górną część rany, w dolnej zaś poprzyszywałem brzegi ścianki brzusznej do ścianek torbieli *à travers*, jak wypadło, z powodu bowiem cienkości ścianek torbieli, do jednej ścianki przyszywać nie można było, gdyżby jej nitki poprzerywały; przy tem szyciu wylewała się znów zawartość. Przyszycie to nie było należyście dokładne, gdyż z powodu wyczerpania się sił chorej, trzeba było kończyć operację; pętlica druciana i cała szypuła bardzo się w jamę brzucha pograżyły. Suchy opatrunek. Tegoż dnia zaraz po operacji chora dostała dreszczu wstrząsającego mocnego, oraz bólu w jamie miednicy. Tętno 120, o 6-tej wstrzyknięto $\frac{1}{4}$ grana morfiny. W nocy 2-ga szprycka $\frac{1}{4}$ gr. morfiny. 4. I. Chora ciągle w uspieniu, tętno 120, silna gorączka; rysy twarzy bardzo zmienione; czkawki, wymiotów nie ma. Mocz czysty, dość bładny i dość dużo; wypływ krwawy, cuchnący z pochwy; i tego dnia dwa wstrzyknięcia po $\frac{1}{4}$. 5-go wieczorem zmiana opatrunku z powodu przesiąknięcia smrodliwym krwawym płynem. Tętno 120, ciepłota 38,5° C.. Masa płynu wylała się około sfalczalej zimnej szypuły.

D. 6. Z rana tętno 130; wygląd twarzy lepszy; zmiana opatrunku bo cały przesiąkł. Brzuch mały, zapadły. Wieczorem tętno 106 znacznie lepsze; chora zjadła barszczu, kawy czarnej, wina, żąda morfiny, której wstrzyknięto, $\frac{1}{4}$ gr. o godzinie 11 w nocy [7-a]; wiatry odchodzą. Brzuch nieco większy bębniasty wszędzie, nawet tam gdzie był zrost [rozerwany]. Odtąd stan chorej zwolna poprawiał się aż do końca drugiego tygodnia; chora przestała gorączkować, zaczęła więcej jeść; ustały bóle; brzuch zawsze pozostawał mały; później jednak gdy ropienie z szypuły przeniosło się do miednicy nanowo zaczęła go-

rączkować i przy objawach przewlekłego ropienia i wyniszczenia zmarła w trzy tygodnie po operacyi.

Oba powyższe przypadki tak ciężkie należą do czasu, kiedy zarówno moje doświadczenie kliniczne jak i technika były niedostateczne.

Spostrzeżenie XLII. *Cystis colloidea ovarii sinistri, ovariotomia; sanatio.*

M...ska Joanna, 58 lat, wdowa po urzędniku. Chora od lat kilkunastu ma guz w brzuchu; powstał on bez widocznej przyczyny, nie sprawiał nigdy żadnej dolegliwości, ani bóleści, rósł powoli i dopiero w ostatnich miesiącach zaczął się powiększać szybciej. M. miała 6-ro dzieci, ostatnie przed 30 laty, od tej pory już nie miała miesiączki.

Nizkiego wzrostu, dobrej budowy, niezłego odżywiania; twarz drobna, charakter łagodny i cierpliwy; obecnie prócz uczucia ciąży nie ma żadnych dolegliwości, ani ze strony kanału pokarmowego, ani pęcherza. Brzuch duży; ścianki nie naprężone, to też guz wymacać można bardzo dobrze; jest on wielkości głowy dorosłego człowieka, kształtu nerkowatego, wcięciem zwrócony do góry; część prawa mniejsza od lewej; obie gładkiej powierzchni; ruchomość guza bardzo znaczna, tak w kierunku od spojenia ku przeponie, jak i z boku na bok. Guz jest twardo-elastyczny w prawej połowie, w lewej daje niewyraźne chębotanie; zdaje się wychodzić z prawego dołu biodrowego. Odgłos w granicach guza tępy, po obwodzie dookoła bębniasty. We wnęce guza, po górnym brzegu wyczuwa się wybornie kiszkę, którą udaje się odsunąć od guza do pewnego stopnia, na pewnej jednak odległości kiszka zatrzymuje się i palcami po powierzchni guza zepchnąć się ona dalej nie daje; przypuszczać można tu zrost poprzeczniczy z guzem. Przy badaniu przez pochwę okazuje się, że: macica w inwolucyi, zupełnie ruchoma i żadnego związku z guzem nie ma; sklepienia wolne, miękkie.

Narządy krążenia i oddech nie przedstawiają żadnych zaburzeń.

D. 17. VII. 1886 przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, KONDRATOWICZA, DUNINA po uspieniu chorej przeprowadziłem cięcie w smudze od spojenia aż powyżej nad pępek. W jamie otrzewnej nieco płynu surowiczego. Guz okazał się nigdzie nieprzyrośłym z wyjątkiem zrostu z poprzecznicą, od której dzieli go pas sieci szerokości 4-ech palcy; guz wraz z kiszka wydobyłem na zewnątrz, podwiązałem zrost, poczem podwiązawszy i obciążwszy szypułę, wpuściłem ją do jamy otrzewnej.

Przebieg wyśmienity; bez gorączki, wymiotów, lub bóleści. 4-go dnia wypróżnienie; 7-go zdjęto szwy. *Prima intentio.*

W 2-gim tygodniu po przebiegu zupełnie bezgorączkowym i idealnym, naraz dreszcze, gorączka do $39\frac{1}{2}^{\circ}$ C., ból w brzuchu, tętno około 120. Przy badaniu w okolicy pępka guz twardy, o niewyraźnych granicach, bolesny, prawdopodobnie na pieńku po obciętej sieci, powstały ze złepnego zapalenia. Już myślałem, że dojdzie do utworzenia ropnia i wydzielenia się ligatur, tymczasem po obfitem przeczyszczeniu objawy się zmniejszyły, gorączka przeszła, guz się zmniejszył poczem nastąpiło wyzdrowienie. Widocznie było zatrzymanie, czy zwolnienie biegu kału w poprzeczniczy na przestrzeni obciętej sieci.

Guz składał się z licznych torbieli, z których jedna największa zawierała płyn klejowaty czekoladowego koloru, inne płyn białawy, gęsty.

Spostrzeżenie XLIII. *Cystis dermoidalis ovarii dextri; ascites; accretiones cum omento; ovariotomia; sanatio.*

Zac...owska, 57 lat, żona inżyniera, przybyła do mojego oddziału d. 24. IV. 1888. Pierwsze objawy obecnego cierpienia wystąpiły mniej więcej przed rokiem w postaci bóleści w lewej pachwinie; około tegoż czasu chora wyczuła guz w prawej połowie brzucha, który, zwolna rosnąc, przesunął się w podbrzusze, sprawiając uczucie nieprzyjemnego rozpięcia, mdłości, zniewalając chorą do spania na jednym boku i t. d.; przed dwoma miesiącami w drodze chorej zrobiło się bardzo słabo, a gdy przybyła do celu podróży i położyła się do łóżka, guza wymacać so-

bie nie mogła, co również potwierdził wezwany lekarz; w kilka dni potem wszelakoż ten sam lekarz z drugim kolegą guz odnaleźli. Chora postanowiła poddać się operacji, bez względu na zejście byle nie cierpieć. Rodziła 8 razy, ostatni raz przed 15 laty; miesiączka ustąpiła przed 10 laty bez żadnych przykrych przypadłości.

Średniego wzrostu, niezłego odżywiania, blada. Brzuch mierzy w obwodzie 91 cm., od pępka do wyrostka mieczykowatego 16 cm., do spojenia łonowego 15 cm. Przez dość grubą ścianę brzuszną wyczuwa się guz okrągły, gładki, bardzo łatwo przesuwany się z boku na bok, lecz prawie wcale nie dający się odsunąć od spojenia ku górze, chęłbocący niewyraźnie, tępy przy opukiwaniu, otoczony od góry i z boków pasem bębniastym, na prawo od smugi białej wypuklejszy, niż na lewo, niebolesny przy nagniataniu. W sklepieniu pochwy wyczuwa się daleko posunięte starcze zmiany w kształcie marszczek i zrostów, wśród których czuć lejki jako pozostałość po części pochwowej, uległej znacznemu zanikowi; guza przez sklepienia nie można wyraźnie wyczuć. Pierwszy ton sercowy u wierzchołka ze szmerem tarcia; szmery oddechowe prawidłowe. Oddawanie moczu rzadkie, 2—3 razy w dzień, ani razu w nocy; moczu bardzo mało, przesycony moczczanami. Wypróżnienia opieszale.

Dnia 27. IV. 1888 roku, w obecności i przy pomocy kolegów: BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULŃSKIEGO, KRÓLIKOWSKIEGO, KONDRATOWICZA, ROGOZIŃSKIEGO, OBREŃBSKIEGO skuteczną została operacja. Uśpienie było trudne i przerywane ruchami wymiotnymi. Cięcie w smudze zaczawszy poniżej pępka. Obszerny zrost z siecią zgrubiałą i przeładowaną tłuszczem. Po opróżnieniu torbieli trójgranicem, wydobyto worek na zewnątrz, szypułę dość szeroką podwiązano, odcięto i przypaloną wpuszczono; sieć podzieloną na pęczki popodwiązywano; operację zakończono toaletą jamy brzusznej z powodu dużej ilości płynu krwawego i zasyciem rany w bardzo grubej ścianie brzusznej. Opatrunek jodoformowy. Płyn zawarty w torbieli podobny był do brudnego rosolu z pływającymi lanami kluseczkami; te pływające kawałki stanowił gęsty tłuszcz, biało-żółtawy, rozcierający się jak masło między palcami; guz składał się z kilku jam, zawierających skłębione włosy, oblepione tłuszczem; w jednej przegrodzie znajdowała się blaszka kostna długości kilku centymetrów; w dolnej jamie bliżej szypuły na ścianie wyrosłe brodawkowate.

Wieczorem po operacji, przy ciepłocie 36,8° C., obfite poty; chora nadzwyczaj spokojnie i roztropnie się zachowuje, żałac się tylko na „kurczę” zjawiające się w brzuchu w chwili, gdy zasypia, a nader bolesne i przeszkadzające jej usnąć; przestą przebieg był idealnie pomyślny; rana zagoiła się *per primam* w całości; wypróżnienie nastąpiło po ławatywie 4-go dnia. W trzy tygodnie po operacji chora opuściła szpital zdrową, co do guza i operacji.

Dalsza obserwacja wykazała dopiero, od czego zależały owe kurcze tak niesłychanie przykre, że one gorzej dokuczały chorej, niż świeżo przebyta operacja. Zauważyliśmy zwolna ale ciągle wzmagające się osłabienie, bladeść, brak łaknienia, dla których nie można było odnaleźć żadnego powodu, ani żadnego objawu przedmiotowego prócz bólu coraz mocniejszego przy macaniu *epigastrium*. W kilka tygodni później, na naradzie odbytej z kol. DUNINEM stwierdzić się dało nadto bardzo znaczne powiększenie wątroby, której duży pas można było wyczuć tak *in epigastrio* jak i pod łukiem żebrowym; wtedy zrodziło się przypuszczenie raka żołądka, które dalsze losy chorej niestety potwierdziły. Chora wyjechała do Mińska gubernijalnego, gdzie nastąpił skon d. 23. VI, a częściowe badanie pośmiertne dokonane przez d-ra JANOWSKIEGO, któremu za łaskawe dostarczenie mi jej wyniku, składam serdeczne podziękowanie, wykazała: „wątroba znacznie zwiększona, gładka; w miąższu jej rozsiane ogniska mózdzaka. Świeże zrosty wątroby z przeponą i żołądkiem; kilka pętliszek cienkich przyrosłych powierzchnią swą do błony w otrzewnej, gdzie było cięcie w smudze białej.

W jamie otrzewnej 200—250 ctm. sześciennych, płynu surowiczego krwawo-zabarwionego. Prawy jajnik w stanie bliznowatego zaniku, na lewym rogu macicy jakby owrzodzenie pokryte szarawym wysiękiem, na lewo od niego zbita tkanka bliznowata, z pozostałemi w niej grubemi podwiązkami jedwabnemi; serce w stanie prawidłowym“.

Spostrzeżenie XLIV. *Cystis dermoidalis inflammata ovarii dextri; degeneratio cystoidea ovarii sinistri; ascites; ovariotomia duplex; sanatio.*

Rosin Waleryja, służąca, 44 lat, rodem z pod Izbicy, przybyła do oddziału 8. IV. 1888 prosząc o operacyję.

Chorą po raz pierwszy widziałem dawniej na sali kol. PAWIŃSKIEGO; wyglądała wtedy wybornie, była silną; lecz wystarczyło tylko napomknąć o operacyi, ażeby corychlej uciekła ze szpitala. Obecnie mizerny stan ogólny i wyniszczenie oraz bóle w brzuchu zmusiły ją do szukania pomocy. Miesiączka pojawiła się w 13-ym roku, w 18-ym wyszła chora zamąż, a w rok potem miała pierwsze dziecko, po którym było jeszcze siedmioro; ostatnie przed 4½ laty. W Listopadzie 1887 zauważyła powiększenie brzucha, lecz już kilkanaście lat przedtem lekarz zwrócił uwagę na jakąś nieprawidłowość w jamie brzusznej, chora jednak aż do jesieni roku zeszłego czuła się dobrze; dopiero wtedy od czasu do czasu pojawiać się zaczęły prawdziwe napady niesłychanych boleści, w połączeniu z wysoką gorączką, odbijaniem, wymiotami i nadzwyczajną bolesnością brzucha w prawej i dolnej części; jednocześnie zjawia się dotkliwy ból w prawem udzie. Takich napadów miała sześć, a ostatni przebyła w szpitalu bez żadnego wyraźnego powodu w kilka dni po odbytej miesiączce. Po wstępnym dreszczu przy tętnie około 120, ciepłota podskoczyła wieczorem do 38,8° C., nazajutrz z rana 37° C., wieczorem 40° C.; 26. IV. z rana 37,5° C., wieczorem 40° C.; 27. IV opadła do stanu prawidłowego i przy niej pozostała. Chora przez ten czas utraciła łącznie, doznawała okrutnych boleści w brzuchu z prawej strony, odbijania i mdłości; brak wypróżnień; od chwili opadnięcia gorączki, wszystkie te objawy zmniejszyły się lub ustały.

Chora średniego wzrostu, blada, wyniszczona; nogi nie obrzękłe. Tony serca czyste; narządy oddechania zdrowe; mocza białka nie zawiera; wypróżnienia opieszale, najczęściej po danym środku opróżniającym; tętno 84, ciepłota prawidłowa. Brzuch w obwodzie trzyma 87 ctm., od wyrostka micykowatego do pępka 15 ctm., a od tego ostatniego do spojenia łonowego 14½ ctm.. Przy położeniu na znak lewa połowa brzucha bardziej wypięta niż prawa, przy oddechaniu lub trącaniu lekko w brzuch widać w okolicy podbrzusza oraz z boków falowanie płynu między guzem i wiotką a cienką ścianą brzuszną, skutkiem czego ta ostatnia drży, jak bibuła pływająca po wodzie. Stoi to w pewnej niezgodzie z faktem, że w okolicy naprzykład lewej łędźwiowej jest odgłos bębniasty. Guz duży, niegładki, chełbocący, nieregularnie płaskawo kulisty, bardzo przesuwalny z boku na bok, tępy przy opukiwaniu, sięga aż do łuków żebrowych; granice jego dają się wybornie wymacać z wyjątkiem od strony podżebrza prawego. W nadbrzuszu, podżebrzu, w lewej okolicy łędźwiowej i nad lewym więzłem POUPART'a, aż do samej linii pośrodkowej, nad lewą połową spojenia łonowego odgłos bębniasty wyraźny; z lewego boku kiszki daleko wkraczają między guz i ścianę brzuszną. Natomiast w podżebrzu prawem, w prawej okolicy łędźwiowej i nad *spina ant. sup. dext.* ton kiszkowy stępiony, albo wprost trudny do określenia. Guz daje się znacznie odsunąć od spojenia ku górze.

Część pochwowa gruba, krótka, znajduje się nisko i zwrócona rozwartemi ustami na lewo; w sklepieniu prawem zaś wyczuwa się bolesny twardy guz; trzon macicy ułożony bardzo ukośnie *in latero positione*. Macica niepowiększona, nie porusza się przy poruszaniu guza; bliższej łączności z guzem z powodu wielkiej wrażliwości brzucha i macicy wysledzić niepodobna.

Rozpoznanie brzmiało jako torbielak prawego jajnika; ułożenie macicy nie łatwe do objaśnienia przy początku guza z prawego jajnika, zaczętem przemawia dużo danych. Trudno również wytłumaczyć sobie gorączkę tak wysoką i atypową; źródła jej nie można szukać w żadnych innych narządach, gdyż brak odpowiednich zmian, prócz w brzuchu, chyba mogłaby ona być wyrazem albo zapalenia otrzewnej, albo zropienia torbieli; przeciw pierwszemu wszelako przemawia miękkość i elastyczność zarówno sklepień jak brzucha nad spojeniem i w obu dółkach biodrowych, brak wysięków, wielka ruchomość guza; przeciw drugiemu wysoki stopień gorączki i zjawianie się jej napadami.

Dnia 4. V. 1888 roku, przy pomocy kolegów BORSUKA, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, KUNIEWICZA, KONDRATOWICZA, ROGOZIŃSKIEGO i OBREBSKIEGO przy dobrej narkozie skuteczną została operacja. Cięcie w smudze; wylewa się dużo płynu krwawo-surowiczego; szypuła długa i gruba; zrosty jedynie z siecią taśmowate; nakłucie grubym trójgrańcem, ten jednak zapchał się gęstymi kawałkami pływającymi w zawartości, tak, że trzeba było go wyjąć i pociągając za torbiel, dobrze obciśniętą ścianami brzuszными celem osłonięcia jamy otrzewnej, wypuścić zawartość przez utworzoną dziurę. Zawartość składająca się z brudnego płynu i kawałków brudno szarych, tłustych, pływających wylatując z siłą z torbieli, zanieczyściła ona całe pole operacyjneprócz rany; oczyszczenie wszystkiego [ceraty, raki i t. d.] zajęło pewien czas, poczem szypułę podwiązano, guz odcięto, kikut przypalono i wpuszczono; podwiązanie sieci; podwiązano i obcięto prawy jajnik uległy zwyrodnieniu torbielakowemu: toaleta, szew rany brzusznej.

Przebieg idealny, bez gorączki, wymiotów, czkawki, lub innych zaburzeń; stopniowa lecz powolna poprawa w stanie ogólnym, zwłaszcza bladeść pozostała długo; rana zagoiła się *per primam*, szwy zdjęto 7-go dnia. Od operacji, aż do dnia wypisania się [14. VI. 1888 r.], chora nie miała ani razu napadu gorączki co stwierdza nasze przypuszczenie, że zależała ona od rozkładu gnilnego zawartości torbieli.

[C. d. n.]

III. BADANIA NAD NOWYM SPOSOBEM LECZENIA RAN,

POD WILGOTNYM STRUPEM KRWI BEZ ZMIANY OPATRUNKU,

dokonane w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Lublinie.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w dniu 4 Czerwca 1888 roku].

Przez

T. A. Janiszewskiego,

kierownika tegoż szpitala.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45].

Spostrzeżenie XLIV. *Adenitis colli abscedens. Incisio et excochleatio.*

C. H., dwa lata mająca, przedstawia na prawej stronie szyi tuż pod kątem zuchwy guz twardy, bolesny, skóra na nim zaczerwieniona, przy ucisku czuć chełbotanie. Po zrobionem cięciu, wyłęczkowano starannie ropieniu uległy gruczoł chłonny do zdrowych jego części i po oczyszczeniu rany, wypełnieniu jej krwią po brzezi i spojeniu tychże szwem, nałożono opatrunek przeciwnilny stały. Po 5-ciu dniach zmieniono opatrunek; rana zablizniona zupełnie, szwy

usunięto i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało 5 dni pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XLV. *Degeneratio carcinomatosa glandularum axillae dextrae. Exstirpatio.*

Ł. W., lat 62, przedstawia pod prawą pachą pakiet przerodzonych gruczołów chłonnych, z których jeden zaczyna przechodzić w rozpad. W d. 20 Września wyluszczone 3 gruczoły chłonne przerodzone i po wypełnieniu rany krwią i spojeniu brzegów szwem węzłkowym nałożono opatrunek stały przeciwnilny, po 15 dniach po raz pierwszy zmieniono opatrunek. Rana w zupełności zablizniona; szwy usunięto i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 15 pod jednym opatrunkiem

Spostrzeżenie XLVI. *Papilloma regionis lumbalis. Exstirpatio.*

Z. M., wieku lat 9, przedstawia na skórze pokrywającej lewą okolice lędźwiową, brodawczak bardzo znacznych rozmiarów, siedzący na szerokiej podstawie i ciągle wrzodzący wskutek ustawicznego tarcia odzieży. W d. 24 Września 1887 r., wycięto nowotwór i po zszyciu brzegów, nałożono opatrunek przeciwnilny stały. Po 10 dniach zdjęto opatrunek, brzegi zlepione, szwy usunięto; gdy jednak następnie chora usunęła opatrunek sama, z powodu swędzenia w ranie, brzegi już zlepione rozeszły się, powierzchnia rany ropieć zaczęła i dlatego musiano ją następnie goić przez ropienie, co dość długo czasu zajęło, tak, że zupełnie zabliznienie nastąpiło dopiero po upływie 4 tygodni. Leczenie trwało 10 dni pod jednym opatrunkiem. Następnie miało miejsce rozerwanie brzegów rany, po którym opatrunek zmieniono 5 razy.

Spostrzeżenie XLVII. *Ateroma heliis. Enucleatio.*

J. G., lat 28, przedstawia na prawem uchu guz, wielkości dużego orzecha tureckiego. Guz ten twardy, ruchomy, rozpoznano jako kaszak i wyluszczone w d. 1 Października 1887 r., poczem nałożono szew i opatrunek przeciwnilny stały. Na 6 dzień po zdjęciu opatrunku stwierdzono zupełne zabliznienie rany bez śladów ropienia. Szwy usunięto. Leczenie trwało dni 6 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XLVIII. *Mastitis profunda cum sinusitatibus et fistulis. Incisio et excochleatio.*

S. W., lat 20, po odbytych przed 4-ma miesiącami pierwszym porodzie, wskutek zranienia brodawki bardzo mięsistej i grubej, uległa zapaleniu gruczołu piersiowego prawego, które przeszło następnie w ropienie z wytworzeniem głębokich przetok. Pomimo używania najrozmaitszych środków poprawa nie nastąpiła lecz przeciwnie przy ciągłej utracie soków ustrój cały zubożał znacznie i rozwinęła się gorączka z obfitemi potami i biegunka. W d. 6 Października 1887 r., przecięto gruczoł piersiowy przez całą jego grubość w kilku kierunkach i wyłęczkowawszy starannie ogniska ropne i przetoki, po podwiązaniu głównego pnia tętniczego, nie tamując krwi obficie występującej z mięszu gruczołu, nałożono szwy na brzegi ran i opatrzone opaską przeciwnilną, ściśle zamkniętą. Po 10 dniach zdjęto opaskę, ropy zaledwie ślady, brzegi spojone, z otworu, pozostawionego dla ścieku krwi, występuje biały strup, a pod nim powierzchnia żywą ziarniną pokryta; szwy usunięto, powierzchnię ziarninową przytuszowano azotanem srebra i nałożono opatrunek ochronny. Zaraz po operacji gorączka i bóle ustąpiły, łaknienie wróciło, a po kilku dniach i biegunka ustała. Leczenie trwało dni 10 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie XLIX. *Caries metatarsi primi plantae dextrae. Excochleatio.*

N. B., lat 7, przedstawia próchnienie pierwszej kości śródstopowej. Zgłębnik wykazuje zniszczenie kości na przestrzeni około dwóch ctm.. W d. 9 Pa-

ździernika, chore miejsce cięciem w skórze otworzono i starannie kość zepsuta do zdrowych jej warstw wyłęczkowano, następnie nałożono szew na brzegi rany i pokryto stopę opatrunkiem przeciwnilnym, ściśle zamkniętym. Po 15 dniach t. j. w d. 25 Października, zdjęto opatrunek. Ropy ani śladu, szwy dobrze utrzymują, brzegi rany zrosnięte. Szwy usunięto i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 15 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie L. *Adenitis colli abscedens. Excochleatio.*

P. W., uczeń krawiecki, lat 10, z Lublina, na prawej stronie szyi przedstawia guz twardy, bolesny, na którym skóra czerwienieje i przy dotykaniu którego czuć chełbotanie. W dniu 10 Października 1887 roku przecięto i po opróżnieniu ropy, zmienione chorobowo części gruczołu wyłęczkowano, następnie, po oczyszczeniu rany i wypełnieniu jej krwią nałożono szew i opaskę przeciwnilną. Po 5 dniach zdjęto opatrunek, rana zablizniona, bez śladów ropienia; szwy usunięto. Leczenie trwało dni 5 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie LI. *Adenitis colli abscedens. Excochleatio.*

M. K., sierota, lat 3; z Lublina, przedstawia gruczoł chłonny na prawej stronie szyi, przechodzący w ropienie. Wykonano to samo co w przypadku poprzednim. Zabliznienie bez ropienia; po 5 dniach zmiana opatrunku. Leczenie trwało dni 5 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie LII. *Necrosis ossis innominati dextri. Sequestrotomia. Excochleatio cavitatis capsulae necroticae.*

F. W., lat 12, błądy i bardzo wyniszczony, przedstawia w okolicy prawej kości bezimiennej guzowatość znaczną z otworem wydzielającym ropę cuchnącą. Choroba trwa od roku i żadne środki, dotąd używane, nie sprowadzają żadnej poprawy. Wprowadzony w otwór zgłębnik wchodzi w środek kości i wyczuwa w niej ruchomy sekwestr. W dniu 24 Października 1887 r., rozszerzono ranę odsunięto okostną, za pomocą dłuta wycięto odpowiedni otwór, przez który wprowadzono kleszczyki i ruchomy kawałek kości usunięto. Następnie wewnątrz torebki kostnej starannie wyłęczkowano, przemyto wodą sublimatową, wypełniono krwią, brzegi rany spojono szwem i wszystko ujęto w opaskę przeciwnilną, ściśle zamkniętą. Bo 20 dniach pierwszy raz zdjęto opatrunek. Ropienia zaledwie ślady. Szwy trzymają, brzegi zrosnięte, wyjąwszy miejsca, zostawionego dla odpływu zbytnej ilości krwi. W miejscu tem występują żywe granulacje. Przebieg bezgorączkowy.

Spostrzeżenie LIII. *Ulcera chronica cruris dextri. Amputatio cruris infra articulatione genu.*

S. J., lat 49, dotknięty lat 20 wrzodem goleniowym, przeciwko któremu próbował najrozmaitszych środków, zawsze bezskutecznie. Pomimo dobrej budowy, jest wyniszczonym wskutek ciągłego odpływu ropy. Owrzodzenie zajmuje prawie całą przednią stronę goleni, brzegi ma bardzo twarde modzelowate, powierzchnia wrzodu szara, wydzielina niezmiernie cuchnąca, stopa i staw stopogoleniowy obrzmiałe. Chodzenie utrudnione. W dniu 1 Listopada 1887 r., wykonano operację odjęcia goleni tuż pod stawem kolanowym i po podwiązaniu głównych pni tętniczych, wypełniono ranę krwią sącząca się z mięszsu; opatrunek przeciwnilny.

2 i 3-go Listopada stan bezgorączkowy. 4 wieczorem ciepłota podniesiona do 40,1° C.. 5-go rano 38,8° C., wieczorem 37,8° C..

6, 7 i 8-go ciepłota prawidłowa, chory uskarża się tylko na ból w ranie.

W d. 8 Listopada zdjęto opatrunek: szwy utrzymują; z pozostawionego otworu wysącza się ropa czysta, gęsta, nie cuchnąca. Dnia 9, 10 i 11 Listopada

ciepłota prawidłowa, bólów żadnych. 12-go zdjęto powtórnie opatrunek: szwy utrzymują, z otworu wydziela się ropy znacznie mniej.

Dnia 13, 14, 15 i 16-go opatrunek zdjęto. Ropy bardzo mało, szwy trzymają. Szwy usunięto. Dnia 17, 18, 19, 20 i 21, opatrunek zmieniono. Ropy za ledwie ślady, brzegi zabliźnione, w miejscu pozostawionego otworu występuje żywa ziarnina. Dotknięto azotanem srebra. Dnia 30 Listopada rana zupełnie zabliźniona. Blizna równa i gładka. Leczenie trwało dni 30. Opatrunek 4 razy zmieniany.

Spostrzeżenie LIV. *Caries radii sinistri. Excochleatio.*

F. W., lat 20, od lat 3 dotknięty próchnieniem lewej kości promieniowej. Zgłębnik wykazuje znaczne zniszczenie kości promieniowej. W d. 3 Listopada, po zrobieniu odpowiedniego cięcia wyłuszczono całą część chorą kości, a następnie wypełniwszy ranę krwią, brzegi jej spojono szwem i nałożono opatrunek przeciwnilny stały. W d. 18 Listopada t. j. po dniach 14-tu zdjęto opatrunek. Szwy utrzymują, ropy nie ma. Przebieg najzupełniej bezgorączkowy. W dniu 28 Listopada zdjęto opatrunek powtórnie: szwy trzymają, brzegi zlepione, ropy nie ma zupełnie. Szwy usunięto i nałożono opatrunek ochronny. Leczenie trwało dni 28, opatrunek raz jeden tylko zmieniony.

Spostrzeżenie LV. *Cancer mammae. Enucleatio.*

E. T.; lat 70, przedstawia nowotwór prawej sutki w okresie rozpadu [rak]. W d. 17 Listopada 1887 r., wykonałem wyłuszczenie guza i po podwiązaniu głównych naczyń i starannem przemyciu, wypełniłem ranę krwią, obficie z miąższu sącząca się spoiwszy brzegi, nałożyłem opatrunek stały przeciwnilny. Przebieg gojenia najzupełniej bezgorączkowy. 8-go dnia po operacji chora poczuła pieczenie i ból w ranie i dnia tego ciepłota podniosła się do 39° C., a 10 dnia t. j. 27 Listopada przyszła do zmiany opatrunku. Po zdjęciu nawiazki pokazało się, że szwy trzymają dokładnie na całej długości rany, przy obmacywaniu jednak dostrzegłem wyraźne chęłbotanie, zmuszony więc byłem rozciąć dwa szwy pośrodku i wówczas wypłynęła znaczna ilość ropy, ciemno zabarwionej. Ranę przemyłem i opatrunek nowy założyłem. Dalszy przebieg gojenia trwał dość długo z powodu istniejącego ropienia, stale jednak był bezgorączkowy, szwy nie puściły i blizna wytworzyła się równa i gładka. Ostateczne zabliźnienie nastąpiło w pierwszej połowie Stycznia 1888 roku. Przyczynę ropienia w tym przypadku przypisywać tylko mogę temu, że nie zostawiłem, jak zwykle, otworu dla odpływu zbytnej ilości krwi, która, zebrawszy się w nadmiernej ilości, drażniąc i rozpychając tkanki, dostatecznie skrzepnąć nie mogła i pod wpływem zbytniego rozdrażnienia tkanek, w których się sprawa zapalna rozwinęła, uległa rozkładowi. Leczenie trwało dni 45, opatrunek 3 razy zmieniany.

Spostrzeżenie LVI. *Vulnus dilaceratum antibrachii sinistri. Gangraena palmae manus et partis inferioris antibrachii. Amputatio.*

J. N., włościanin, lat 18, przed 3 dniami 23. XII 1887 r., pracując przy sieżakarni, wskutek nieostrożności uchwycony został w tryby za lewą rękę, która uległa zgnieceniu i rozdarciu skóry i mięśni przedramienia. Kości ocalały. Ponieważ początkowo opierał się wszelkiej czynnej interwencji, pozostawiono go na obserwacji po założeniu opaski przeciwnilnej. Gdy jednak po kilku dniach palce u rąk i cała ręka czernić poczęła, gdy wreszcie sprawa zgorzeli nowa podsunęła się na przedramię i ograniczyła się linią demarkacyjną, wówczas pod nieobecność moją, pomocnik mój, kolega Staniszewski wykonał operację odjęcia przedramienia w połowie tegoż, i ranę, po podwiązaniu głównych pni tętniczych, wypełniwszy krwią, spoił szwem i założył opaskę zamkniętą przeciwnilną. Operacja dokonana została w dniu 8 Stycznia 1888 roku. Przebieg po-operacyjny bezgorączkowy, po upływie dni 9 zdjęto opatrunek. Szwy trzy-

mają na całej długości rany, ropy nie ma, po upływie nowych dni 10 zdjęty powtórnie opatrunek wykazał zupełne zabliznienie rany. Nałożono opatrunek ochronny i w dniu 29 Stycznia chorego wypisano. Leczenie trwało dni 19. Opatrunek raz tylko zmieniono.

Spostrzeżenie LVII. *Vulnus dilaceratum, conquassatio et ublatio humeri sinistri. Excisio ossium fractorum; sutura partium mollium.*

J. L., lat 16, uległ w młockarni oderwaniu przedramienia lewego powyżej podstawy tegoż. Ponieważ ramię zostało oderwanem nierówno, wystawały znacznej długości odłamki, wisiały duże strzępy mięśni i skóry, na drugi zatem dzień [1. XII. 1887 r.] wykonałem, po odsunięciu elewatem okostnej, odcięcie kości znacznie wyżej złamania i odpowiednie wycięcia mięśni i po nałożeniu piętrowego szwu na okostną, mięśnie i skórę ująłem kikut w opaskę przeciwną zamkniętą. Na drugi dzień po operacji gorączki już nie było. Po 10 dniach zdjęty opatrunek wykazał brzegi rany szwem utrzymane i nie ropiejące. W dniu 20 Grudnia zdjęto powtórnie opatrunek. Szwy w 2 miejscach puściły z rany wydziela się nieco ropy gęstej; stan bezgorączkowy; łaknienie i sen dobre, siły chorego i stan ogólny dobry. Od tego czasu zmieniano opatrunek co dni kilka. Ostatecznie rana w dniu 3 Stycznia zabliznioną została. Leczenie trwało dni 34, opatrunek 5 razy zmieniano.

Spostrzeżenie LVIII. *Lymphoma colli bilaterale. Exstirpatio.*

F. B., lat 20, przedstawia obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych obustronne, z ogólnem osłabieniem. W dniu 43 Marca roku 1888 wyluszczyłem dziewięć gruczołów chłonnych, z których każdy był wielkości gołębiego lub kurzego jaja, wszystkie zaś wykazały zwyrodnienie serowate. Po starannem przemyciu rany, wypełniłem ją krwią po brzegi, spoilem takowe szwem i nałożyłem opatrunek przeciwny zamknięty. Po upływie dni 10 zdjęty opatrunek po raz pierwszy wykazał zupełne zabliznienie ran bez śladu ropienia; szwy usunąłem i nałożyłem opatrunek ochronny. Leczenie trwało 10 dni bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie LIX. *Atheromata multiplicia capitis. Enucleatio.*

A. B., lat około 30, przedstawia liczne kaszaki na głowie. W dniu 14 Marca wyluszczyłem 8 sztuk, z których najmniejszy był wielkości tureckiego orzecha, największy zaś wielkości małego jabłka. Rany pozostałe po wyluszczeniu każdego z nich po starannem oczyszczeniu wypełniłem krwią, po brzegi spoilem szwem i nałożyłem opaskę przeciwną stałą zamkniętą. Po upływie dni sześciu zdjęty opatrunek wykazał zupełne zabliznienie. Szwy usunięto. Leczenie trwało dni 6, bez zmiany opatrunku.

Spostrzeżenie LX. *Ulcus atonicum et gangraena post perionem hallucis sinistri. Exarticulatio.*

P. K., lat 64, przedstawia obszerne owrzodzenie wielkiego palca lewej nogi powstałe po odmrożeniu i nie dające się niczem zagoić, ze środka wrzodu wystaje pierwszy falang poczerniały zupełnie. W dniu 15 Marca 1888 roku, wyluszczyłem palec chory i po starannem przemyciu rany wypełniłem ją krwią po brzegi, spoilem szwem i nałożyłem opatrunek przeciwny, zamknięty. Po upływie dni 8-iu zdjęty opatrunek wykazał zabliznienie rany. Szwy usunięto i nałożono opaskę ochronną. Leczenie trwało dni 8 pod jednym opatrunkiem.

Spostrzeżenie LXI. *Ulcus atonicum hallucis dextri post congelationem. Exarticulatio.*

F. T., lat 30, przedstawia po odmrożeniu palec wielki prawej nogi owrzodzony, ze sterzącą zepsutą kością pierwszego falanga. W dniu 16 Marca 1888 roku, wyluszczyłem palec chory i jak w powyżej opisanym przypadku opatru-

tem. Po upływie dni 9 zdjęty po raz pierwszy opatrunek wykazał ranę zupełnie zabliznioną. Szwy usunięto i nałożono opaskę ochronną. Leczenie trwało dni 9 pod jednym opatrunkiem. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

43. Hamaleja. Szczepienie ochronne cholery. Löwenthal W. Zarazek i szczepienie cholery.

I. Na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu z d. 20 Sierpnia PASTEUR przedstawił odkrycia D-ra HAMALEJA z Odessy w jego imieniu, mające stanowić podstawę ochronnego szczepienia cholery, które HAMALEJA na samym sobie ma zamiar wykonać. Postępowanie polega na zasadach stopniowanej jadowitości zarazka i chemicznego działania szczepionki.

Wiadomo, że zwykle hodowle laseczników cholery azyjatyckiej posiadają bardzo słabą jadowitość, łatwo jednak nadać im silne własności, gdy po przeprowadzeniu przez ustrój świnki morskiej zarazek zaszczipiony zostanie gołębiowi. Gołąb zdycha przy objawach do cholery podobnych, a bakteryje choleryczne znaleźć można nawet we krwi. Po kilkakrotnem takim przeprowadzeniu zarazka („*passage*“) jad dochodzi do takiej siły, że 1—2 kropel krwi gołębia zabija w 8—10 godzin gołębie, a jeszcze mniejsze dawki działają zabójczo na świnki morskie. Na tej absolutnie jadowitej krwi gołęziej HAMALEJA przekonał się o fakcie odporności. Gdy bowiem gołębiowi najprzód zaszczipioną zostanie zwykła hodowla cholery azyjatyckiej, to ptak staje się odpornym na szczepionkę wzmocnioną przez wyżej wzmiankowane przeprowadzenie (*passage*). Dalej HAM. zauważył, że gdy ten wzmocniony jad zostanie wyhodowany w buljonie i hodowla przez 20 minut będzie ogrzewaną do 120° C. [to jest do zabicia wszelkich zarodków], bulijon zawiera wtedy w rozтворzonej trującą substancyję, która zabija gołębie i świnki morskie w ciągu 20—24 godzin przy objawach upadku ciepłoty i przekrwienia żołądka i kiszek [świnki w dawce 4 ctm. sześciennych, gołębie w dawce 12 (sic) ctm. sześciennych]. Jeżeli zabójcza dawka nie zostanie wstrzykniętą od razu lecz w ciągu kilku dni, to zwierzęta nie padają, a natomiast stają się odpornymi na późniejsze zaszczipienie silnym jadem cholery. Na tej metodzie szczepienia dającego się ściśle dozować, polegać ma ochronne szczepienie cholery.

II. LÖWENTHAL zakomunikował wiadomość tymczasową o nieskończonych jeszcze doświadczeniach wykonanych w pracowni KOCH'a nad bakteryjami cholery, które to badania doprowadziły do podobnych po części wyników jak rezultaty HAMALEJA. Bakteryje choleryczne, pierwotnie zjadliwe, przez wielokrotne hodowanie na sztucznych ośrodkach odżywczych, tracą jadowitość, LÖWENTHAL przekonał się jednak, że można im powrócić tę własność przez hodowanie w szczególnym ośrodku, złożonym z mięsa, soku trzustkowego, soku z roślin strączkowych i t. d. Pozostaje jeszcze wykazać, która z części składowych tego ośrodka powraca lasecznikom cholerycznym własności jadowite, jakie stosunki ilościowe tych części są konieczne i jak długi czas jest potrzebny dla otrzymania silnej hodowli. Dziś wiadomo tylko, że jadowitość występuje już w pierwszym pokoleniu po 24 godzinach i zdaje się powiększać przy dłuższem hodowaniu i wraz z liczbą pokoleń.

Co do odporności nadawanej przez rozpuszczone chemiczne ciała, L. przekonał się, że myszy, które wyzdrowiały po jednym wstrzyknięciu słabego jadu, okazały się odpornymi na późniejszym wstrzykiwaniu. Jedna mysz,

która zniosła dwa wstrzyknięcia wyjąłowej hodowli w bulionie, okazała się odporną na 2 następne wstrzyknięcia hodowli nadzwyczaj silnej, padła jednak od trzeciego wstrzyknięcia [wogóle przy 5 wstrzykiwaniu] wykonanego w 14 dni, podczas gdy pierwsze wstrzyknięcia wykonane były w 2 *resp.* 4 dni po ochronnym szczepieniu. Jedna mysz, która okazała się wogóle odporną na wstrzykiwania pod skórę, uległa jednak zarażeniu przez przewód pokarmowy. Na podstawie tego, należałoby w kwestyi ochronnego szczepienia rozstrzygnąć jeszcze dwa pytania, zanim wstrzykiwania zostaną w celach leczniczych zastosowane, mianowicie: 1) czy ochrona nie ogranicza się do pewnego tylko może bardzo krótkiego czasu i 2) czy nie będzie bezsilną przy zarażeniu przez żołądek, to jest tą drogą, która jest zwykłą dla cholery, w przeciwstawieniu do wścieklizny. W tym właśnie kierunku zwrócone zostaną dalsze poszukiwania LÖWENTHAL'a.

(*Semaine médicale*. 1888. Nr. 34 i 35.

W. Mayzel.

Ref. z *Centrblt. f. Bacter.* 1888. Nr. 15).

44. Tassinari. Doświadczenia nad działaniem dymu tytoniowego na drobnoustroje w ogóle, a chorobotwórcze w szczególności.

W tymczasowym doniesieniu podaje TASSINARI z Pizy wyniki doświadczeń nad działaniem dymu tytoniowego na drobnoustroje, które to badania przeprowadził w prostym przyrządzie odpowiednio zbudowanym, używając dymu rozmaitych gatunków cygar znanych we Włoszech oraz tytoniu na papierosy.

Doświadczenia wykonane zostały na 7 następujących rodzajach bakteryj:

- 1) *Spirillum cholerae asiat.* 2) *Spirillum Finkleri*, 3) *Bacillus anthracis*, 4) *B. typhi*.
- 5) *Bac. pneumoniae*; 6) *Staphylococcus pyog. aureus*, 7) *Bacillus prodigiosus*.

Wynikło z badań, że dym tytoniowy posiada własność opóźnienia rozwoju niektórych rodzajów drobnoustrojów, a nawet wstrzymuje rozwój niektórych z nich, przynajmniej w ciągu 100—150 godzin obserwacji]. Dym przeprowadzony przez wodę tracił wszelkie działanie, zdaje się zatem, że wpływ dymu przypisać należy chemicznym ciałom, z których on się składa. T. zamierza bliżej i w rozległym zakresie zbadać ten przedmiot interesujący ze względów higienicznych i uwzględnić również wpływ dymu tytoniowego na laseczki gruźlicze.

(*Centrblt. f. Bacteriol.* 1888. Nr. 15).

W. Mayzel.

45. Bechterew i Mislawsky. O ośrodkach mózgowych dla ruchów pęcherza moczowego.

BUDGE, drażniąc odnogi mózgowe, *corpora restiformia* i *calamus scriptorius* rdzenia przedłużonego, wywoływał skurcze pęcherza moczowego, co doprowadziło go do wniosku, że ośrodkami ruchów pęcherza są odnogi mózgowe, pobudzane przez nieznaną okolice skóry. Za wpływem bezpośrednim mózgu na czynność pęcherza przemawiały i późniejsze prace SSOKOWNINA, NUSSBAUMA, BOCHÉFONTAINE'a, i FRANÇOIS-FRANCK'a. Pomimo to jednak kwestyja ta po dzień rozstrzygniętą nie została. BECHTEREW i MISLAWSKY podjęli niedawno doświadczenia w tym kierunku na psach i kotach i otrzymali następujące wyniki:

Przy drażnieniu *gyri sigmoidei*, a mianowicie wyłącznie wewnętrznych części przedniej i tylnej połowy tego zawoju, (*gyrus sigmoideus*, przez poprzecznie idący *salvus cruciatus* przerznięty jest na dwie połowy: przednią (*praefrontalis*) i tylną (*postfrontalis*) występowały dość szybko skurcze pęcherza, które przy ustaniu podrażnienia prawie natychmiast zniknęły. Prądy do tego wystarczały średniej siły [80—90 mm. odległości cewek].

Takież same skurcze występowały przy drażnieniu głębokich częściach przedniego odcinka wzgórka wzrokowego (*thalamus opticus*), [podczas gdy środkowy i tylny odcinek pozostawały bez żadnego wpływu], przylegających doń

głębokich części torebki wewnętrznej (*capsula interna*), pokrywki odnóg mózgowych (*tegmentum pedunculorum*), leżącej pod wzgórkami czworacemi (*corpora quadrigemina*) i wreszcie niektórych włókien przedniego odcinka torebki wewnętrznej (między *nucleus caudatus* i *lenticularis*).

Według więc tych doświadczeń ośrodek, znajdujący się w *thalamus opticus*, połączony jest za pomocą głębokich włókien, tylnej części tejże torebki i odnóg mózgowych z rdzeniem kręgowym.

Doświadczenia wykazały, że skurcze pęcherza moczowego mogą być wywołane odruchowo z nerwów czuciowych (*n. ischiadicus, cruralis, medianus* i innych) nawet po usunięciu obu półkul mózgowych, jeżeli tylko ośrodek we wzgórku wzrokowym jest nienaruszony; po zniszczeniu zaś wspomnianego ośrodka, lub przecięcia obu półkul w płaszczynie odnóg mózgowych, odruch na pęcherz wyzwolony być może tylko przez prądy wyższej siły. Z tego więc faktu wynika wniosek, że ośrodek wzgórka wzrokowego, prócz swej subordynacji względem ośrodka korowego, posiada jeszcze znaczenie odruchu, który się w nim wyzwala pod wpływem słabych podrażnień skórnych, przy podrażnieniach zaś silniejszych w grę wchodzi ośrodek rdzenia kręgowego.

(*Neurologisches Centralblatt*. 1888. N. 18).

Mieczysław Goldbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym d. 2. X. 1888 r., kol. OŁTUSZEWSKI opisał przypadek zupełnego wygojenia owrzodzeń gruźliczych w krtani, przy użyciu skombinowanej metody [leczenie chirurgiczne i wcierania kwasu mlecznego], a także dodatni wpływ kreozotu na sprawę gruźliczą płuc. Przypadek ten dotyczył chorego 25-letniego, który zgłosił się do kol. OŁ. w Styczniu r. b. z powodu chrypki, trwającej od 9 miesięcy i kaszlu od lat dwóch. W płucach znaleziono obszerne stępienie w lewym szczycie, oddech oskrzelowy i rżenia wilgotne. w płwocinie laseczni. W krtani znaleziono powierzchowne owrzodzenie strun prawdziwych, a na tylnej ścianie—głębokie owrzodzenie.

Kol. OŁ. wyłyżeczował owrzodzenie na tylnej ścianie i wcierał kwas mleczny, do wewnątrz zalecił tran i kreozot. Chory ze znakomitem polepszeniem wyjechał na wieś. Po powrocie ze wsi, kol. OŁ. znalazł znaczną poprawę w płucach [brak oddechu oskrzelowego, mało rżeń, mniejsze stępienie], a w krtani brak owrzodzeń i głos prawie zupełnie czysty. Chory przez cały czas leczenia wyżył 300 gr. kreozotu.

W dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI podnosi doniosłość i wyjątkowość powyższego przypadku, pomyślnie jednak wyniki leczenia przypisuje nie tylko metodzie leczniczej, ale i tendencji w danym razie do wytwarzania tkanki łącznej. Przy istnieniu takiej tendencji różne metody lecznicze dają dobre wyniki.

W dalszym ciągu kol. Z. KRĄMSZYK odczytał sprawozdanie z posiedzeń komitetu higieny publicznej [drugą połowę].

Na posiedzeniu klinicznym d. 16. IX. 1888 r., kol. F. NEUGEBAUER, okazał nowy preparat anatomiczny miednicy spondylolistetycznej. Spirytusowy ten preparat pochodzi z Wrocławskiego Instytutu anatomicznego. Jest to miednica wraz z częścią lędźwiową kręgosłupa, od 36-letniej wyrobnicy, która w 6 tygodni po porodzie zmarła ostatniej zimy w Wrocławiu. Miednica przedstawia spondylolistezę II-go stopnia: dolny przedni brzeg V-go kręgu lędźwiowego wystaje na 1,5 ctm. na przedniej powierzchni tylnej ściany miednicy, powodując skrócenie *conjugatae vera* o 1,5 ctm.. Jest to pierwszy preparat, gdzie zdarzyła się sposobność zbadania układu kostnego wraz z częściami miękkimi. Z oględzin tych kol. N. wnioskuje, że zboczenie zwane spondylolistezą jest raczej deformacją niż dyzlokacją i że zboczenie to nie pochodzi

od jednorazowego urazu, lecz raczej jest wynikiem długotrwałego powolnego działania siły ciężaru górnej części tułowia na dolną, wskutek pewnej predyspozycji. Deformacja dziur kręgowych i kanału kręgowego tłómaczy zaburzenia w sferze nerwowej, towarzyszące częstokroć spondylolistezie.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowym d. 30. XI. 1888 r., kol. ORŁOWSKI, opisał przypadek niezwyklej ilości kamieni w pęcherzu moczowym [ilość ta wynosiła 32]. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

W dalszym ciągu wice-prezes PRZEWOŃSKI okazał dwa preparaty spirytusowe włókniaków, z których jeden, operowany przez kol. KOSIEWICZA wyrastał z głębi migdała. Przy tej sposobności kol. SOKOŁOWSKI okazał operowany przez siebie fibromat wyrastający z lewego migdała, z którym był połączony za pomocą długiej szypuły. Kol. HERYNG zwraca uwagę na rzadkość podobnych włókniaków, ale zarazem radzi zbadać czy początek dał im miąższ migdałów, czy tkanka łączna między migdałem i łukiem; bywa często i tak, że migdał składa się z dwóch części, z których jedna znajduje się w zaniku, druga zaś dobrze rozwinięta, między niemi zaś wyrasta nowotwór. Kol. MATLAKOWSKI wskazuje na różnorodność form migdałów u człowieka, niekiedy migdał przedstawia się w postaci zrazowatej, a jeden z tych zrazów wystający maczugowato, może być wzięty za nowotwór. Kol. S. wreszcie dodaje, że w jego przypadku długa szypuła niewątpliwie świadczyła o nowotworowym charakterze guza.

Nakoniec wice-prezes PRZEWOŃSKI opisał nader ciekawy przypadek śmierci ze wstrząsu nerwowego. Opis tego przypadku pomieszczony został w ostatnim numerze naszego pisma.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Operowany przez kol. KRAJEWSKIEGO chory na raka krtani, Pawliszuk zmarł w Lipcu r. b.. Kolega CZESŁAW WROCZYŃSKI z Białej Podolskiej, który nam o tem donosi, badając Pawliszuka na kilka tygodni przed śmiercią, znalazł, iż gruczoły limfatyczne podszczękowe i szyjowe strony prawej były wtedy cierpieniem dotknięte.

Płock. Zmarł tu d. 2 Listopada r. b. D-r ADAM DĄBROWSKI, były pomocnik inspektora lekarskiego Warszawskiego okręgu wojennego, w wieku lat 73, wychowaniec Akademii Wileńskiej, która ukończył w r. 1838. Spełniał on ważne czynności lekarskie podczas kampanii Węgierskiej i w czasie oblężenia Sewastopola. Napisał rozprawę doktoryzacyjną „*de feбри puerperi*“. Między kolegami lekarzami uważanym był za wzór zacnego i szlachetnego charakteru.

Wiedeń. Zmarł tu w b. m. prof. BAMBERGER, dyrektor kliniki terapeutycznej, autor wielu klasycznych prac.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-r R. Prosimy przysłać rękopism, po przeczytaniu którego, będziemy dopiero mogli odpowiedzieć na zapytanie.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1889 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Ogłoszenie Fabryki wyciągu Tytuniowego M. Bogdanowa i S-ki“.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 3 Ноябрь 1888 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29

KRONIKA LEKARSKA.

Miesięcznik poświęcony przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzić będzie i w następnym roku 1889, a 9 swego istnienia, według tegoż samego programu jak dotychczas i w tej samej formie zeszytami objętości od 4 do 5 arkuszy druku.

Każdy zeszyt zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedynczych z najcelniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich, wiadomości bibliograficzne i wiadomości pomniejsze.

Przedpłata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie „ 2 kop. 50

półrocznie „ 3

Redaktor D-r Otton Hewelke Ś-to-Krzyzka 25. Wydawca D-r K. Sierpiński Marszałkowska 116.

Termometra maksymalne ze świadectwami po Rs. 1 kop. 35, Irrygatory D-ra Esmarcha szklane z kompletem kanek kauczukowych po Rs. 2 kop. 50. Inhalatory, Środki opatrunkowe po cenach fabrycznych poleca **MAGAZYN OPTYCZNO-CHIRURGICZNY JULIANA DREHER. SZPITALNA Nr. 6.** 6-2

NARZĘDZIA CHIRURGICZNE

w metalowych oprawach (antyseptyczne) i zwykłych najtaniej w składach J. Jodłowskiego, Bielańska № 5 i Marszałkowska № 137;—Cenniki franco. 6-6

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wernera w Warszawie,
otrzymała:

LIPANINUM [KAHLBAUM]

Przetwór otrzymywany z najczystszej oliwy, zalecany przez prof. Mehringa i inne powagi lekarskie, zamiast tranu rybiego. Odznacza się przyjemnym smakiem i łatwą strawnością. 3-1

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowym (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad lawatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kiszkę i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER

aptekarze, Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.

10 - 6