

GAZETA LEKARSKA.

I. JAKI POWINIEN BYĆ MECHANIZM PORODU PRZY ZAKŁADANIU KLESZCZY.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego d. 6. V. r. b.].

Podał

II. Rundo [Łódź].

— 5 —

Wiadomo, że główka płodu nie przechodzi całej drogi porodowej w jednym i tem samym położeniu; przeciwnie, dla łatwiejszego przebycia tej drogi, odbywa ona rozmaite zwroty, przez co stosuje się swoimi wymiarami do odpowiednich wymiarów miednicy. Jest to tak zwany mechanizm porodu. Polega on mianowicie, oprócz ruchu postępowego, na 3-ch obrotach główki.

1-o. Pierwszy obrót około osi poprzecznej. Polega on na nachyleniu lub odchyleniu głowy, wskutek czego, np. przy położeniu potylicowym, potylica [małe ciemię] coraz bardziej się obniża.

2-o. Obrót około osi podłużnej. Wskutek tego obrotu główka, przechodząc kolejno wchód, jamę i wychód miednicy, swoim największym wymiarem zajmuje w każdym z tych odcinków również największy wymiar; zatem przy położeniu czaszkowym wymiar prosty [od gładyszki (*glabella*) czoła do guza potylicowego], któremu odpowiada szew strzałkowy, przy twarzowych — podłużny wymiar twarzy, przy czołowych — szew czołowy [przedłużenie strzałkowego], każdy z tych wymiarów, zajmując we wchodzie miednicy wymiar poprzeczny, przechodzi w jamie w wymiar skośny, a w wychodzie — w wymiar prosty.

3-o. Drugi obrót główki około osi poprzecznej. Wskutek tego obrotu, polegającego również na nachyleniu lub odchyleniu główki, ta, będąc na dnie miednicy, wytacza się ponad kroczeniem z otworu sromnego, przyczem, jak wiadomo, zachodzi pewna różnica, stosownie do tego, jaki koniec największego wymiaru znajdzie się pod łukiem łonowym. Przy położeniu czaszkowym zależeć to będzie od tego, czy potylica, czy też czoło skieruje się pod łuk łonowy, t. j. czy mamy położenie potylicowe (*Schädel- v. Hinterhauptslage*), czy też ciemieniowe, czyli wierzchołkowe (*Vorderhaupts- v. Vorderscheitellage*). W pierwszym mianowicie razie [przypadek zwykły] potylica lub przyległa część karku opiera się o łuk łonowy, gdy ciemię, czoło i twarz wychodzą ponad kroczeniem. Tu głowa przechodzi przez miednicę i jej wychód stosunkowo naj-

mniejszym wymiarem (*planum suboccipito-frontale*); w drugim zaś razie [przy-
padek rzadki] przód głowy częścią swoją, tuż przed wielkiem ciemieniem le-
żącą, lub czołem przylega do łuku łonowego, gdy ciemię i tył głowy wytacza
się ponad krocem, a następnie dopiero twarz wychodzi z pod łuku łonowego.
Tu głowa przechodzi przez miednicę stosunkowo większym wymiarem (*planum
occipito-frontale*). Stąd poród w pierwszym razie jest łatwiejszy, gdyż mniejsze
są przeszkody do przyzwyciężenia i krocze mniej zagrożone. Poród zatem
w obu razach jest tu możebny siłami natury. Gdy poprzedzającą częścią jest
twarz lub czoło, różnica co do tego, jaki koniec największego wymiaru podcho-
dzi pod łuk łonowy, jest o wiele ważniejszą; poród bowiem możebny jest jedy-
nie wtedy, gdy przy wychodzie miednicy bródka, *resp.* twarz [przy położeniu
czołowem], skieruje się ku przodowi. Przy skierowaniu zaś tych części ku ty-
łowi poród nastąpić nie może, mechanizm porodu jest niewykonalnym.

Przy ekstrakcyi kleszczami staramy się, o ile możności, naśladować na-
turalny mechanizm porodu; z natury jednak rzeczy wynika, że możemy za po-
mocą nich wykonać tylko 2-i i 3-i obrót główki. Stosownie też do tego, czy przy
ekstrakcyi zachodzi potrzeba dokonania samego tylko 3-go obrotu, lub też 2-go
i 3-go razem, nakładamy kleszcze w dwojaki sposób, mianowicie: w pierwszym
razie w wymiarze poprzecznym miednicy, w drugim razie—w ukośnym.

Co do 1-go. Zachodzi potrzeba ekstrakcyi z wykonaniem tyl-
ko 3-go obrotu główki. Ma to miejsce przy położeniu czaszkowem, twar-
zowem lub czołowem z bródką, *resp.* twarzą, ku przodowi, gdy 1-szy i 2-i obrót
już siłami natury zostały wykonane, czyli, gdy najdłuższy wymiar poprze-
dzającej części znajduje się już w prostym wymiarze miedni-
cy; główka zarazem już wtedy znajduje się na dnie miednicy. Nakładamy
tu kleszcze w poprzecznym wymiarze miednicy, t. j. w sposób
z wykły. Przy wykonaniu 3-go obrotu należy pamiętać, że, stosownie do wy-
żej nakreślonego, naturalnego mechanizmu porodu, w położeniu potylicowem,
gdy potyllica podejdzie pod łuk łonowy, wywiązujemy główkę przez samo pod-
niesienie i jednoczesne pociąganie rękojeści ku górze, zbliżając je prawie do
brzucha matki, wskutek czego czoło i twarz wytacza się ponad krocem; przy
ciemieniowem zaś położeniu zaczynamy pociąganie ku górze, gdy górna część
kości czołowej podeszła pod łuk łonowy, a po wytoczeniu w ten sposób potylicy
ponad krocem należy rękojeści napowrót zniżyć aż do poziomej, aby
z pod łuku łonowego wywiązać czoło i twarz.

Kleszcze w tych przypadkach znajdują się w warunkach najkorzystniej-
szych względem główki i miednicy: obejmują one główkę z boków, przez co
najlepiej do niej przystają, nie uciskając jej zbyt mocno, a tem samem pozwa-
lają najłatwiej i najpomyślniej dokończyć poród.

Bardzo nieznaczną odmianą tego przypadku będzie stan, gdy w tych wa-
runkach, t. j. w wychodzie miednicy, najdłuższy wymiar głowy znajduje się
w ukośnym wymiarze miednicy. Nakładamy tedy kleszcze w drugim
wymiarze ukośnym, przez co i tutaj obejmują one główkę z boków i dokony-
wamy ekstrakcyi w tenże sam sposób, kierując tylko przy wyciąganiu zamek
nieco ku przodowi, co zresztą często samo przez się następuje. Przystosowa-

nie kleszczy w ukośnym wymiarze miednicy czasem jest trudnem, a nawet niemożliwym; jeżeli przytem nie pomagają niżej podane sposoby, wtenczas nakładamy je, jak zwykle, w poprzecznym wymiarze. Łyżki wtedy znajdują się bliżej twarzy i potylicy, a rękojeści znacznie się rozchodzą; jeżeli wypadnie pociągać za te rozchodzące się rękojeści [RUNGE], trzeba być bardzo ostrożnym, aby nie wyrzeć ucisku na główkę. Ślady tego ucisku widoczne są potem na twarzy. Przy wyciąganiu jednak główka zwykle obraca się w kleszczach, poczem rękojeści zbliżają się do siebie.

Co do 2-go. Zachodzi potrzeba ekstrakcyi z wykonaniem 2-go i 3-go obrotu.

a) Ma to miejsce wtenczas, gdy w położeniu potylicowym, ciemieniowym, twarzowym, lub czołowym, najdłuższy wymiar poprzedzającej części głowy, zamiast w ukośnym, znajduje się głęboko w miednicy w jej poprzecznym wymiarze. Należy tu podczas ekstrakcyi przedewszystkiem dokonać 2-go obrotu główki i w tym celu nakładamy kleszcze w ukośnym wymiarze miednicy.

Jeżeli kleszcze nałożymy tu również w wymiarze poprzecznym i wykonamy ekstrakcyę bez dokonania 2-go obrotu, to ponieważ kleszcze obejmą głowę nie z boków, lecz z przodu i z tyłu [czoło lub twarz i potylicę], wyciągnięcie jej w tych warunkach bardzo niekorzystnych dla mechanizmu porodu przedstawiałoby znaczne trudności i mogłoby być niebezpieczne tak dla matki, jakoteż i dla dziecka. Aby zatem uniknąć tego i móżdżek wykonać kleszczami 2-gi obrót główki, nakładamy je, jak wyżej się rzekło, w wymiarze ukośnym miednicy tak, aby wygięcie ich miednicowe odpowiadało tej części, którą należy zwrócić ku przodowi [potylicę, bródka, twarz]. Obejmują one tym sposobem potylicę z boku i przeciwległą połowę czoła, znajdując w tych punktach dostateczne oparcie; nie przylegają jednak dostatecznie do głowy, skąd pochodzi, że głowa, tak ujęta, często sama, niezależnie od kleszczy, wykonywa obrót około osi podłużnej, co się daje poznać po zbliżeniu się rękojeści.

Przy nakładaniu kleszczy w ukośnym wymiarze, nakładamy najprzód łyżkę tylną, która ma się znajdować w tylnym końcu danego skośnego wymiaru. Łyżka ta już sama niekiedy wywiera działanie drąga, zwłaszcza jeżeli obrócić nieco rękojeść około jej osi podłużnej, przez co daną część [tył głowy, bródkę] kieruje już nieco ku przodowi. Drugą łyżkę nakładamy również z tyłu i dopiero przez stopniowe obniżenie rękojeści przeprowadzamy ją naokoło głowy najprzód w wymiar poprzeczny, potem ku przodowi, aż znalazłszy się pod *foramen ovale*, dosięgnięciu przedniego końca odnośnego wymiaru skośnego. Jeżeli pierwszą łyżką była prawa, to, po założeniu lewej, zajdzie potrzeba doprowadzenia jej rękojeści pod rękojeść łyżki prawej, dla umożliwienia zamknięcia kleszczy.

KRASOWSKI tak opisuje sposób przemieszczenia łyżki [bez wyjęcia jej] z tyłu ku przodowi. Przypuśćmy, że idzie o łyżkę prawą: wprowadzamy do pochwy wskazujący i średni palec lewej ręki i przykładamy je do dolnego brzegu żeber tej łyżki, wielki zaś palec tej ręki pozostawiamy na zewnątrz

i umieszczamy go pod zamkiem; poczem prawą ręką ujmujemy rękojeści, jak do wprowadzenia łyżki. Przy takim położeniu łyżka ma punkt oparcia na dużym palcu. Teraz palcami, znajdującymi się w pochwie, unosimy łyżkę ku górze [ku przodowi], zmuszając ją do przesuwania się po główce, drugą zaś ręką, obniżając rękojeść i obracając łyżkę naokoło jej osi podłużnej z prawej strony ku lewej, pomagamy przemieszczeniu łyżki ku przodowi. Inni [ZWEIFEL] radzą łyżkę, mającą leżeć ku przodowi i objąć guz czołowy, zakładać wprost ku przodowi w okolicę tego guza. Pomimo tego założenie kleszczy w wymiarze ukośnym nie zawsze się udaje; często przedstawia ono znaczne trudności, które czasem są nie do przewyciężenia [ZWEIFEL]. Sam obrót główki wykonywa się zwykle, obracając kleszcze podczas trakcyi naokoło ich osi podłużnej o $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ koła, poczem kończymy ekstrakcyę wykonaniem 3-go obrotu. ZWEIFEL mówi, że obracamy w danym kierunku główkę przez podniesienie rękojeści podczas ekstrakcyi ku odpowiedniej pachwinie rodzącej. Widocznem jest, że to postępowanie wystarcza tylko przy bardzo nisko stojącej główce. Do obrotu [2-go] główki kleszczami nie należy używać znacznej siły; przy zwężeniach miednicy wcale nie należy uciekać się do tego rękoczynu. Według KRASOWSKIEGO, jeżeli obrót łatwo nie udaje się, należy i tutaj kleszcze założyć w poprzecznym wymiarze [na tył głowy i czoło] i wykonywać ekstrakcyę prosto. W takim razie kleszcze zwykle razem z główką obracają się i przechodzą w wymiar ukośny, a po powtórnem ich nałożeniu w wymiarze poprzecznym często główka sama w kleszczach obraca się do wymiaru prostego.)

Według SCANZONI'ego, gdy założenie kleszczy w wymiarze ukośnym w sposób wyżej opisany się nie uda, należy je założyć w przeciwnym wymiarze skośnym [co się sprzeciwia wyżej przytoczonej zasadzie, że część, mająca być sprowadzona ku przodowi, powinna odpowiadać wygięciu miednicowemu kleszczy]; wtedy łyżka przednia łatwiej około okrągłej potylicy się zakłada. Przy tem ułożeniu kleszczy wykonywamy jedynie obrót główki do wymiaru skośnego, poczem zakładamy je powtórnem, w drugim wymiarze skośnym, dla dokonania ekstrakcyi. Dokonanie jednak obrotu główki w ten sposób, przy czem kleszcze doprowadzają się do prostego wymiaru miednicy, wymaga bardzo wielkich ostrożności, aby uniknąć uszkodzenia miękkich części matki i przez to nie jest polecanem [ZWEIFEL, KRASOWSKI]. SCANZONI radzi również w podobny sposób dokonać obrotu główki dla zmiany położenia ciemieniowego na potylicowe, od czego także nowsi autorowie [ZWEIFEL, KALTENBACH, RUNGE, KRASOWSKI] odradzają, ponieważ można dokonać ekstrakcyi i w położeniu ciemieniowem.

Jeżeli ustawienie główki jest niewiadomem z przyczyny znacznego *caput succedaneum*, należy kleszcze założyć, jak zwykle, w wymiarze poprzecznym miednicy, a z rozchodzenia się rękojeści i położenia zamka wnioskować mniej więcej o tem, jak wysoko znajduje się główka i w jakim wymiarze została uchwyconą, stosując do tego dalsze postępowanie [KRASOWSKI].

b) Drugim przypadkiem, w którym dokonywa się, choć obecnie już tylko bardzo wyjątkowo, 2-go obrotu główki za powocą kleszczy, jest położenie t w a-

rzowe z bródką ku tyłowi. SCANZONI, HOHL, WINCKEL, a za nim KALTENBACH, radzą nałożyć kleszcze w poprzecznym wymiarze miednicy, zrobić obrót twarzy do poprzecznego wymiaru, a następnie nałożyć je powtórnie, jak przy poprzecznym położeniu twarzy, aby dokończyć obrotu i ekstrakcyi. Natomiast ZWEIFEL, RUNGE, KRASOWSKI i inni stanowczo odrzucają to postępowanie, jako niebezpieczne dla matki i radzą perforację.

Toż samo, tylko jeszcze w wyższym stopniu [z powodu jeszcze większych trudności], odnosi się do czołowego położenia z twarzą ku tyłowi.

Pozostaje jeszcze powiedzieć słów kilka o zastosowaniu kleszczy przy wysoko stojącej główce. Jeżeli główka swoją poprzedzającą częścią dochodzi do linii, łączącej *spinæ ischii*, wtedy największy jej wymiar przeszedł już wchód miednicy, jeżeli stoi na 1 ctm., lub więcej nad tą linią, wtedy największy wymiar główki znajduje się we wchodzie lub nad nimi: to będzie wysoko stojąca główka. Główka we wchodzie miednicy zajmuje wymiar poprzeczny, kleszcze mogą tu być nałożone tylko w tymże wymiarze, chwytają tedy główkę od przodu i od tyłu i w tem położeniu musimy główkę ściągnąć głęboko do miednicy, poczem kleszcze zdejmujemy i nakładamy je powtórnie, jak przy głębokiem poprzecznym ustawieniu głowy. Kleszcze, jak widzimy, nie mogą tu w zupełności naśladować naturalnego mechanizmu porodu, główka nie wykonywa normalnych zwrotów [1-szy obrót], wymiary jej zatem nie odpowiadają wymiarom miednicy, a z tego niestosunku wynikają trudności przy ekstrakcyi, konieczność użycia znacznej siły, stąd ucisk, który może być niebezpiecznym dla dziecka i dla matki. Dlatego też uciekamy się do kleszczy przy wysoko stojącej główce—tylko wyjątkowo, przytem nie należy pokonywać niestosunku przez nadmierne wysiłki przy wykonywaniu trakcyi, a natomiast, w razie gdy ekstrakcyja się nie udaje, należy wykonać perforację.

Ze wszystkiego, co się wyżej powiedziało wynika dla praktyki, odnośnie do stosowania kleszczy, co następuje.

1-o. Należy starać się dokładnie określić ustawienie główki przez obmacywanie szwów i ciemion, ponieważ od tego zależnym jest sposób nakładania kleszczy.

2-o. Nakładamy kleszcze w zwykły sposób, t. j. w wymiarze poprzecznym miednicy, gdy największy wymiar poprzedzającej części głowy znajduje się w jamie lub na dnie miednicy w wymiarze prostym lub skośnym. Odnosi się to zatem do położenia potylicowego, ciemieniowego, twarzowego i czołowego z bródką, *resp.* twarzą ku przodowi. Przy ekstrakcyi wykonujemy tu tylko 3-ci obrót, który należy modyfikować, stosując się do położenia potylicowego lub ciemieniowego.

Tak samo nakładamy kleszcze, jeżeli ustawienie głowy jest niewiadomem.

3-o. Nakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym, gdy największy wymiar poprzedzającej części głowy znajduje się głęboko w miednicy w wymiarze jej poprzecznym. Stosuje się to do położenia czaszkowego i twarzowego. Przy ekstrakcyi wykonujemy najprzód 2-gi obrót, potem 3-ci. Jeżeli się ten sposób nałożenia kleszczy nie udaje, nakładamy je tak samo, jak poprzednio, t. j. w zwykły sposób.

4-o. W położeniu twarzowem i czołowem z bródką, *resp.* z twarzą ku tyłowi nie należy wogóle używać kleszczy, a tem samem nie należy dokonywać nimi obrotu główki. W tych przypadkach w razie potrzeby wykonywamy perforację.

Tylko zatem przy głębokiem poprzecznem ustawieniu główki nakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym miednicy i tylko przy tem położeniu używamy kleszczy do wykonania obrotu główki około osi podłużnej.

5-o. Przy wysoko stojącej główce uciekamy się do kleszczy tylko w ostateczności, nakładamy je w sposób zwykły w poprzecznym wymiarze i jeżeli wogóle uda się ściągnąć główkę na dno miednicy, nakładamy kleszcze powtórnie, mianowicie w wymiarze skośnym, ze względu na mające tu miejsce poprzeczne ustawienie główki.

II. OŚMNAŚCIE PRZYPADKÓW BŁONICY, LECZONYCH SUROWICĄ PRZECIWBŁONICZNĄ.

Podał

Konstanty Lidmanowski.

— 4 —

Zebrawszy 18 przypadków błonicy, leczonych przezemnie surowicą przeciwbłonyczną, pragnę podzielić się spostrzeżeniami memi z Czytelnikami Gazety. Od września r. z. do obecnej pory epidemii błonicy w osadzie, w której zamieszkuję, jakoteż i w jej okolicy, nie było, dość jednak często zdarzały się przypadki błonicy bądź u jednego dziecka, bądź u kilkorga w rodzinie. Gdzie tylko na podstawie klinicznego przebiegu stwierdzić mogłem błonicę, wstrzykiwałem surowicę z początku BEHRING'a, później PALMIRSKIEGO. Działanie tak jednej, jak i drugiej prawie zawsze było wyśmienite, tak, że nieufność, z jaką pierwotnie przyjmowano propozycję wstrzykiwania surowicy, obecnie zupełnie zniknęła i gdzie tylko teraz stwierdzam błonicę, rodzice bez najmniejszego oporu zgadzają się na takie leczenie, a nieraz w wątpliwych przypadkach sami naglą, aby jak najspieszniej wstrzyknąć ów zbawienny środek.

Jak zwykle w praktyce prywatnej, dokładne obserwacje nieraz trudno przeprowadzić, najczęściej z tego powodu, że chorego o kilka lub kilkanaście wiorst trudno odwiedzać po kilka razy, a także dlatego, że rodzice dziecka, widząc poprawę po wstrzyknięciu surowicy, nie przysyłają po lekarza, gdyż cel swój, usunięcie niebezpieczeństwa, osiągnęli. Dokładniejsze obserwacje można było przeprowadzić na chorych, w samej osadzie zamieszkujących, to też ważniejsze swe spostrzeżenia tylko tym przypadkom zawdzięczać mogę.

Najpierw zaznaczyć muszę, że żadnej wysypki po wstrzykiwaniu surowicy w niżej podanych przypadkach nie widziałem. Nie widzieli jej również

rodzice dzieci, którym zwykle zwracałem uwagę, aby bacznie śledzili, czy nie będzie jakiegokolwiek wysypki, szczególnie w przypadkach, których dokładnie obserwować nie miałem możności.

W większości przypadków w 5—6 godzin po wstrzyknięciu surowicy ciepłota podnosiła się o 1—2 stopnie; w tym czasie nieraz dziecko traciło świadomość, bredziło, co w tym okresie robiło wielkie wrażenie na rodzicach, przypuszczających, że surowica stan dziecka pogorszyła, lecz już po 7—9 godzinach ciepłota spadała przeważnie krytycznie i stan dziecka szybko się poprawiał.

Co do białkomoczu po wstrzyknięciu surowicy, to jeżeli go nie było przed wstrzyknięciem, nie zjawiał się i po niem, jeżeli ciepłota nie przewyższała $38,5^{\circ}$ C.; w przeciwnym razie, t. j., jeżeli ciepłota była wyższa, niż $38,5^{\circ}$ C., prawie zawsze miałem możność obserwowania go po wstrzyknięciu surowicy.

Nakoniec stwierdzić mogłem, że w przypadkach błonicy, przebiegających szybko i z wysoką ciepłotą, efekt po wstrzyknięciu surowicy był daleko widoczniejszym i chory prędko przychodził do zdrowia; w przypadkach zaś z niewielką ciepłotą efekt nie był tak widocznym, choroba przeciągała się dłużej i dla jej usunięcia trzeba było wstrzykiwanie powtarzać.

Przystępuję obecnie do przedstawienia przebiegu przypadków, które obserwowałem i na podstawie których wyciągnąłem powyższe wnioski.

Przypadek I-szy. Ic. S., dziecko 8-mio letnie, zachorowało 12. IX. 1895 r.: dreszcze, później gorączka, z 12 na 13 całą noc nie spało, kilka razy wymiotowało. Zawezwany zostałem dnia 13. IX. rano. Ciepłota $38,3^{\circ}$ C., tętno 120. Dziecko skarży się na ból gardła, trudno przełyka. Gruczoły podszczękowe mocno obrzmiały. Naloty na prawej powierzchni języczka, na obu migdałkach i w nosie; dziecko oddecha ustami. Zaproponowałem wstrzyknięcie surowicy, rodzice jednakże nie zgodzili się na to, prosząc, aby jeszcze poczekać. Perswazyje moje, że zwlekanie może tylko pogorszyć sprawę, nie nie pomogły, zaleciłem przeto wdechania i przestrzykiwania gardła rozcynem kwasu bornego, a do wewnątrz wino. Badając mocz, białka w nim zupełnie nie znalazłem.

Wieczorem ciepłota $38,7^{\circ}$ C., naloty te same, tętno 140, słabsze, niż rano. Dziecko przełyka płyny z wielką trudnością. Kiedy i teraz rodzice nie zgodzili się na wstrzyknięcie surowicy, prosząc o oczekiwanie do dnia następnego, zaleciłem podniecający środek do wewnątrz (*caffeinum natro-benzoic.* 0,06 na dawkę) i w dalszym ciągu przestrzykiwania i wdechania.

14. IX. 9-a rano, dziecko półsenne, tętno 140, ciepłota $38,8^{\circ}$ C., naloty powiększają się. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 3. W moczu rannym białka nie było. O 4-ej po południu ciepłota $39,2^{\circ}$ C., oddech 40, tętno 140, pomimo podawania kofeiny i wina, słabnie, naloty nie schodzą. W moczu białka $3^{\circ}/_{00}$ [albuminometr ESBACH'a], wieczorem ciepłota 40° C., tętno 160. Powtórne wstrzyknięcie surowicy BEHRING'a № 3.

15. IX. rano tętno, pomimo stosowania środków podniecających, prawie niewyczuwalne, naloty gdzieniegdzie cokolwiek się oddzieliły. Środki podniecające ciągle stosowane nie nie pomogły i dziecko przy objawach porażenia sercowego zmarło wieczorem. W przypadku tym nie winię zupełnie surowicy, gdyż ta wstrzyknięta była zbyt późno, kiedy dziecko i tak nędzne i słabe, było przez kilkudniową gorączkę zupełnie wyczerpane. Surowica zaczęła działać, naloty oddzielały się, ale jednocześnie działalność serca coraz więcej się zmniejszała i niczem jej podnieść nie było można.

Przypadek II-gi. Lejb Sz., dziecko 2-letnie. Zawezwany byłem 25. XI. na 2-gi dzień od początku choroby. Dziecko wczoraj rano dostało dreszczy, następnie gorączki, która trwa dotąd. Wczoraj wieczorem rodzice dziecka zauważyli naloty w gardle. Ciepłota $39,5^{\circ}$ C., tętno 150, oddech utrudniony, chrapiący, naloty na całej powierzchni obu migdałków, białka w moczu niema. Wstrzyknąłem natychmiast surowicę BEHRING'a № 2. W 4 godziny potem: ciepłota 40° C., ogólne osłabienie wielkie, dziecko nieprzytomne, tętno 160, oddech bez zmiany; rodzice uważają dziecko za stracone.

Błony na migdałkach jeszcze się nie oddzielają. Wieczorem ciepłota $37,9^{\circ}$ C., tętno mocniejsze 120 na minutę, oddech znacznie wolniejszy, w moczu białko. Na drugi dzień stan ogólny bardzo dobry, dziecko chętnie pije mleko, spało przez noc bardzo dobrze, w moczu jeszcze przez 2 dni były minimalne ilości białka, naloty szybko się oddzieliły.

W przypadku tym surowica w 4 godziny po wstrzyknięciu wywołała podniesienie ciepłoty do 40° C., później krytyczny spadek jej i szybkie zdrowienie.

Przypadek III-i. Mania Szaf., 6 lat, zachorowała 18. XII.; zawezwany byłem do niej 20. XII. Ciepłota $38,3^{\circ}$ C., tętno 108, migdałki na całej powierzchni pokryte nalotami, oprócz tego naloty na języczku i tylnej ścianie przełyku. Zaleciłem pędzlowania 1% roztworem sublimatu; wieczorem stan bez zmiany, nadal zaleciłem wdechania roztworu kwasu bornego. Na drugi dzień rano ciepłota $38,5^{\circ}$ C., naloty bez zmiany. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № II. W 6 godzin potem ciepłota $38,9^{\circ}$ C., tętno 112, naloty nie schodzą. Na trzeci dzień stan bez zmiany, wobec tego wstrzyknąłem wieczorem tegoż dnia surowicę BEHRING'a № 1.

23. XII. rano ciepłota $38,2^{\circ}$ C., naloty gdzieniegdzie się oddzieliły; wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}$ C., większa część błonek zeszła; zaleciłem płukanie kwasem bornym. Od tego czasu naloty bardzo wolno przez 3 dni schodziły i stopniowo opadała gorączka. Białkomoczu ani przed, ani po wstrzyknięciu nie było.

Przypadek IV-y. Zosia Woj., siedmioletnia dziewczynka. Zawezwany byłem do niej 7-go stycznia r. b. Według opowiadania rodziców, chora od wczoraj—choć od kilku dni zauważono już, że dziecko zrobiło się posępne—straciła łaknienie. Ciepłota $39,3^{\circ}$ C., tętno 130, gruczoły podszczękowe obrzmiałe, na prawym migdale niewielki nalot, nie dający się zdjąć, na lewym cokolwiek większy. Zaleciłem wdechania i płukania roztworem kwasu bor-

nego. Tego samego dnia w nocy zostałem wezwany powtórnie: ciepłota 40,2° C., tętno 150, naloty znacznie się powiększyły. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 2. Mocz przed wstrzyknięciem surowicy zawiera białka 2‰. W 7 godz. po zastosowaniu surowicy wezwany byłem po raz trzeci. Ciepłota 40,2° C., tętno 150, naloty bez zmiany, w moczu białka 3‰. Zaleciłem wino do wewnątrz, płukania roztworem kwasu bornego. Wieczorem tego samego dnia ciepłota 37,6° C., tętno 110; pacjentka piła dużo mleka, chciała jeść, błony na lewym migdałku zeszyły, na prawym wiszą strzępki. Po tem już nie miałem więcej możności dziecka oglądać, dowiedziałem się tylko później od jej ojca że prędko przyszła do zdrowia.

Przypadek V-y. Felcia R., 2³/₄ roku, przywieziona została do mnie 16 lutego. Matka opowiada, że dziecko przed czterema dniami zasłabło, dostało dreszczów i gorączki, od tego czasu wciąż gorączkuje, nie śpi, a od wczoraj nie przelikać nie może. Ciepłota 39,0° C., tętno 126, oba migdałki, i języczek pokryte szaremi błonami. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 3, wewnątrz zaleciłem mleko z koniakiem. Dalszy przebieg tego przypadku nie jest mi wiadomym; dowiedziałem się tylko później, że dziecko zaraz po zastosowaniu surowicy, „osłabło“, ale noc przespało dobrze i nazajutrz było zdrowe.

Przypadek VI-y. Józio U., 1¹/₄ roku, przywieziony został do mnie 19 lutego: od dwóch dni chory ma gorączkę, nie chce ssać, mleko z łyżeczki pije, chociaż bardzo niewiele. Ciepłota 39,6° C., tętno 140; oddecha ustami; na obu migdałkach, na tylnej powierzchni przelyku, w nosie szare naloty, w moczu białko. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 3. Na drugi dzień dowiedziałem się, że dziecko jeszcze do wieczora gorączkowało, późno wieczorem zasnęło, spało bardzo dobrze i na drugi dzień, chociaż było bardzo osłabione, mogło ssać. W przywiezionym mi moczu białko się znajduje. Później dowiedziałem się, że dziecko prędko wyzdrowiało, najdłużej trzymał się nieżyt nosa, chociaż znacznie mniejszy, tak, że dziecko, chociaż z trudem, mogło podczas ssania nosem oddechać.

Przypadek VII-y. Kow., chłopiec 16-letni, przybył do mnie 23. II., żaląc się na ból w gardle, chory od 3-ch dni, miał dreszcze, gorączkę, stracił łaknienie, pierwsze 2 noce mógł cokolwiek spać, ostatniej jednakże nocy nie spał nic. Ciepłota 38,5° C., tętno 108, głos ochrypnięty; na obu migdałkach i na błonie śluzowej krtani grube, szare naloty, w moczu białko. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 3. Na drugi dzień zjawił się do mnie powtórnie: ciepłota 38,3° C., tętno 110. Chory żali się, że łaknienia w dalszym ciągu nie ma, chociaż mógł już spać cokolwiek; w moczu białko; wstrzyknąłem powtórnie surowicę BEHRING'a № 3. Potem chory więcej do mnie się nie zgłosił; dowiedziałem się później, że prędko po ostatnim wstrzyknięciu przyszedł do siebie. W tym samym domu, z którego pochodził Kow., zachorowało trzyletnie dziecko na „ból gardła“, jak mi opowiadano, leczono je wiejskimi środkami i dziecko w 4 dni zmarło.

Przypadek VIII. Oleś Woj., 8 lat, 27. II. dostał silnych dreszczy, następnie był bardzo rozpalony, żadnych bólów początkowo nie miał, dopiero wieczorem zaczął się skarżyć na ból w gardle, następnego dnia byłem wezwany do niego. Chłopiec wątłej budowy, mówi bardzo ochryple, kaszle, przełykać nie może. Ciepłota 40,0° C., tętno 130; gruczoły podszczękowe obrzmiały, na obu migdałkach i w krtani błony, nie usuwające się przy pędzlowaniu; natomiast po pędzlowaniu następuje krwawienie. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № 3. W moczu, wziętym do badania, białka nie znalazłem. Tego samego dnia wieczorem, w 8 godzin po wstrzyknięciu surowicy, ciepłota 37,8° C., tętno 112, naloty w wielu miejscach zeszyły strzępkami. Wobec słabego tętna zaleciłem wino. W moczu białka 2‰.

Na drugi dzień chłopiec mówi znacznie lepiej, niż dnia poprzedniego; w nocy spał dobrze, łaknienie dobre, ciepłota i tętno nic nie pozostawiają do życzenia. Białka w moczu jeszcze jest cokolwiek więcej niż $\frac{1}{2}$ ‰, podług ESBACH'a.

Przypadek IX-y. Zosia Hyr., dziewczynka 6-cio-letnia, chora od 2-ch dni, stosowano jej najrozmaitsze pędzlowania, wdechania, środki wymiotne, lecz wszystko bez dodatnich rezultatów. Zawezwany byłem 23. I. b. roku. Dziecko nie mówić nie może, płacze tylko od czasu do czasu, przyczem płacz jej robi wrażenie pisku, kaszel szczekający; od 24-ch godzin nie nie piła, gdyż przełknąć nic nie może. Ciepłota 38,9° C., tętno 134. Cały języczek, oba łuki i migdałki, wejście do krtani zajęte przez szare naloty. W moczu białko 3‰. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № II. Na drugi dzień rano ciepłota 35,3° C., tętno 103, błony zeszyły na całej przestrzeni, dziecko połyka dobrze, piło dzisiaj wiele mleka, spało w nocy dobrze. W moczu białka 2‰.

Przypadek X. Jednocześnie z poprzednią chorował brat jej 4-letni, Michał Hyr.. Chory od 5-iu dni. Robiono mu także pędzlowania, wdechania, płukania, lecz także bez żadnej poprawy. Naloty na prawym migdałku, języczku; z lewej strony tylko niewielka plamka na migdałku; ciepłota 39,8° C., tętno 130; płyny połyka z trudnością; w moczu 3‰ białka. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № III. Na drugi dzień chłopiec czuje się bardzo dobrze, pije wiele bez bólu, spał w nocy dobrze. W moczu białka 1‰. W obu powyższych przypadkach wyzdrowienie nastąpiło bardzo szybko.

Przypadek XI. W trzy dni po powyżej opisanych dwóch przypadkach zawezwany zostałem ponownie do tej samej miejscowości. W tej samej rodzinie zachorowało 3-ie dziecko, czteroletnia Mania Hyr.. Choroba rozpoczęła się dwa dni temu. Z początku rodzice zauważyli, że dziecko posmutniało, następnie dostało dreszczy i gorączki, później zaczęło narzekać na ból w gardle, przyczem w gardle zaczęły występować szare plamy. Plamy na obu migdałkach i na prawym przednim łuku. Ciepłota 39,6° C., tętno 130. W moczu białka niema. Zastosowałem surowicę BEHRING'a № I. Wobec tego, że z czworga dzieci troje już przechodziło błonicę, ostatatniemu dwuletniemu Józiovi Hyr., wstrzyknąłem surowicę № I BEHRING'a w celu zapobiegawczym. Na drugi dzień Mania Hyr. czuje się dobrze, spała w nocy wyśmienicie, je i pije bez uczucia jakiegokolwiek bólu, w moczu jednakże pokazało się

białko 1^o/₀₀. Chłopiec, któremu wstrzyknąłem surowicę w celu zapobiegawczym, zupełnie zdrow.

Przypadek XII. Icek Kn., chłopiec 9-miesięczny, zachorował 1. III. 1896. Zawezwany zostałem do niego 2. III., t. j. na drugi dzień rano. Ciepłota 38,3° C. tętno 136. Dziecko płacze ochryple, nie spało całą noc. Gruczoły podszczękowe mocno obrzmiały, oba migdały pokryte szarymi nalotami, nie usuwającymi się pod pędzlowaniem. Białkomoczu niema. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № III. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38,9° C., tętno 138, naloty bez zmiany. W moczu białka nie znalazłem. Na drugi dzień rano: ciepłota 38,0° C., tętno 140 znacznie słabsze, niż wczoraj; naloty zupełnie nie ustępują; nie dość tego, ale na przednim prawym łuku nowy nalot. Wobec takiego stanu rzeczy wstrzyknąłem powtórnie surowicę BEHRING'a № II. Wieczorem ciepłota 38,7° C., tętno 136, nalot z prawego łuku zginął, pozostały tylko błony na migdałkach. Odtąd poprawa szybko postępowała. W moczu ani przed, ani po surowicy białka nie było.

Przypadek XIII. St. Wań., kobieta 30-letnia, wątłej budowy, zachorowała 13. III. Choroba się zaczęła silnymi dreszczami i gorączką. Chora dwa dni temu czuła dokuczliwy ból w gardle. Zawezwany byłem 14. III. Chora z trudnością oddecha ustami, oddech tak ciężki, że chora oburącz trzyma się poręczy łóżka, tym sposobem dopomaga sobie w akcji oddechania. Ciepłota 39,2° C, tętno 110. Gruczoły podszczękowe obrzmiały. W nosie błony szare, nie dające się usunąć. Migdałki tak obrzmiały, że jeden dotyka drugiego, a pomiędzy nimi znajduje się niewielka szpara, przez którą przechodzi powietrze, oprócz tego całe migdałki pokryte szarymi błonami. Z powodu utrudnionego oddechu, którego przyczyną było obrzmienie migdałków, wykonałem tonsylotomię i jednocześnie wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № II. W moczu białka nie było. Na drugi dzień chora czuje się znacznie lepiej, chociaż dodaje, że wczoraj po wstrzyknięciu surowicy i usunięciu migdałków w kilka godzin czuła się bardzo źle, w nocy spała dobrze, rano obudziła się nieco osłabiona, ale wogóle ze znaczną poprawą. W moczu 1^o/₀₀ białka. Przypadek ten pomimo charakterystycznych nalotów budził we mnie podejrzenie co do istoty cierpienia i gdyby nie to, że syn Wań. na drugi dzień zapadł na typową błonicę gardła, nie odważyłbym się zaliczyć go do przypadków błonicy.

Przypadek XIV. Jasio Wań., chłopiec 4-letni, dostał 14. III. wieczorem dreszczy, potem silnej gorączki, całą noc nie spał, nad ranem majaczył. Wcześniej rano ojciec chłopca już mógł zauważyć naloty na migdałkach. Przybyłem doń 15. III. Chłopiec wątłej nadwyzyczaj budowy, skrofuliczny, napół senny. Ciepłota 40° C., tętno 150, gruczoły podszczękowe mocno obrzmiały, w gardle na obu migdałach naloty ciemno-szare. Wstrzyknąłem № II surowicy BEHRING'a, w moczu białka niema. Ciepłota w 6 godzin po wstrzyknięciu spadła do 35,6° C. przy obfitych potach, dziecko później spało do rana bardzo dobrze. Na drugi dzień dziecko czuje się bardzo dobrze, chce jeść, ciepłota i tętno normalne. W moczu białka niema.

Przypadek XV. 4. IV. wezwany byłem do sześciolatniego chłopca Fied. Chory od dwóch dni gorączkuje, skarży się przytem na ból w gardle, z powodu czego bardzo niechętnie przyjmuje pokarmy nawet płynne, gdyż przełykanie sprawia mu ból. Od wczoraj głos stawał się coraz słabszym, tak, że dzisiaj chory tylko szeptem mówić jest w stanie. Siostra chłopca, będąc u krewnych swych, przeszła błonicę gardła i cała rodzina, u której zamieszkała, po kolei przeszła to cierpienie. Na drugi dzień po przyjeździe jej do domu rodzicielskiego zachorował mój pacjent. Ciepłota $39,8^{\circ}$ C., tętno 136. Gruczoły podszczękowe w nieznacznym stopniu obrzmiały, na obu migdałkach, na tylnej ścianie przelyku, przy wejściu do krtani grube, szare naloty. Wstrzyknąłem surowicę BEHRING'a № III. W moczu białka niema. Na drugi dzień ciepłota $38,3^{\circ}$ C., tętno 120, naloty zeszły, oddech jednakże jeszcze utrudniony; chory mówi nie zupełnie dobrze. W moczu białko 1% . Po zastosowaniu środka wymiotnego wyszło kilka błon, poczem oddech zaraz zrobił się znacznie wolniejszym i głos lepszym. W kilka dni potem chłopiec był zupełnie zdrow.

Przypadek XVI. Kron., chłopiec 6-letni. Wezwany byłem do niego 29. VI. w nocy. Chory od rana skarżył się na ból gardła i ciągle się pokładał. Ciepłota $38,9^{\circ}$ C., tętno 120. Migdały obrzmiały i silnie zaczerwienione. Zaleciłem płukania i wdechania roztworu kwasu bornego.

D. 30. VI. rano: na prawym migdałku nalot niewielki, nie dający się usunąć, ciepłota $38,5^{\circ}$ C., tętno 126. Zaleciłem w dalszym ciągu wdechania. Wieczorem ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 138, nalot na prawym migdale znacznie się powiększył, oprócz tego wystąpił nowy nalot na lewym migdale. W moczu białka niema. Wstrzyknąłem surowicę PALMIRSKIEGO. Na 2-gi dzień ciepłota $37,8^{\circ}$ C. tętno 130, naloty cokolwiek się zmniejszyły. Wieczorem błony jeszcze mniejsze, ciepłota $38,0^{\circ}$ C., tętno 136. Następnie błony schodziły powoli przez dwa dni i nastąpiło wyzdrowienie

Przypadek XVII. Nic., chłopiec 4-letni. Wezwany zostałem 5. VII. Chory od 24 godzin, żali się na ból gardła, ciepłota $39,5^{\circ}$ C., tętno 120. Na łukach, języczku i migdałkach naloty. Wstrzyknąłem surowicę PALMIRSKIEGO. Tego samego dnia wieczorem większa część błon zeszła, chłopiec czuje się dobrze, ciepłota $37,3^{\circ}$ C., tętno 115, na drugi dzień nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Białka przed i po wstrzyknięciu surowicy nie było.

Przypadek XVIII. Miecio Kar., chłopiec 5-letni, chory od 3-ch dni. Wezwany byłem 7. VII. Chłopiec dobrze zbudowany i odżywiany. Ciepłota $38,3^{\circ}$ C., tętno 120. Gruczoły podszczękowe obrzmiały, prawy migdałek, prawa strona języczka i prawe łuki zajęte przez naloty. Przy ścieraniu nie schodzą. Wstrzyknąłem mu zaraz surowicę PALMIRSKIEGO. Wieczorem tegoż dnia ciepłota $38,5^{\circ}$ C., tętno 126, błony bez zmian.

Dnia 8. VII. rano ciepłota ciała $38,6^{\circ}$, tętno 128, naloty przechodzą na lewą stronę, zajęta już lewa powierzchnia języczka i górna część lewych łuków. Wieczorem ciepłota $39,0^{\circ}$ C., tętno 135, naloty powoli powiększają się.

Wstrzyknąłem po raz drugi surowicę PALMIRSKIEGO. Na drugi dzień, t. j. 9. VII. ciepłota 38,0° C., tętno 125, błony bez zmian; wieczorem tegoż dnia ciepłota 36,6° C., tętno 120. D. 10. VII. ciepłota 37,1° C., tętno 110, błony zupełnie przez noc się oddzieliły. Przez następne 4 dni chłopiec zupełnie powrócił do zdrowia. Przez cały czas choroby białka w moczu nie było.

Oprócz wyżej wymienionych, miałem jeszcze kilka innych przypadków błonicy, przy których stosowałem surowicę, jednakże nie miałem możności dowiedzenia się, jaki był skutek i dlatego o tych przypadkach wcale nie wspominam, chociaż, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nastąpiło polepszenie i wyzdrowienie, gdyż w przeciwnym razie byliby rodzice dziecka, albo przysłali po mnie, albo też dziecko do mnie przywieźli. Tak się przynajmniej zdarza, jeżeli po zaleconym środku nie następuje polepszenie. Miałem także przypadki, w których po wstrzyknięciu surowicy następowało polepszenie, jednocześnie jednakże miałem pewne wątpliwości, czy cierpienie w danym razie było rzeczywiście błonicą. Te przypadki także tutaj pominąłem, gdyż nie zawsze *post hoc, ergo propter hoc*.

Tak więc w obecnie opisanych 18 przypadkach i poprzednio [Gaz. Lek. № 50. 1895] 3-ch miałem tylko jedno zejście śmiertelne, co stanowi minimalny procent — nie całe 5%.

Nakoniec ośmielam się wspomnieć kilka słów o szprycy, jaką robię wstrzykiwania. Jest to szpryca SCHWABE'go z Moskwy. Ma ona tę wyższość nad innymi, że można ją łatwo sterylizować, gdyż futerał, w jakim się znajduje, służy zarazem za naczynie, w którym można szprycę przegotować, a pokrywa służy za lampkę spirytusową. Następnie szprycę ta rozkręca się na drobne części, co ułatwia oczyszczenie jej po użyciu.

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Całkowite wypadnięcie wycinowanej macicy podczas porodu.

Wzmianka kolegi SAKSA w pracy, pomieszczonej w № 48 Gazety Lekarskiej z r. b., o tem, że w przeciągu lat 28 [od 1868—1896] przypadków całkowitego wypadnięcia wycinowanej macicy w czasie porodu zanotowano u nas tylko dwa [kol. SAKSA trzeci], skłoniła mnie do ogłoszenia własnego przypadku, który spostrzegalem w r. 1894 w miasteczku Siemiatyczach, z podaniem zaś do ogólnej wiadomości nie kwapiłem się, nie mając go za tak dalece rzadki.

W dniu 6 marca 1894 o godzinie 7-ej wieczorem wezwano mnie do 34-letniej Edli Ryfki M..., która przed ½ godziną powiła na czasie żywe dziecko, a potem wyszło z niej „coś“, czego obecna akuszerka, nie wiedząc, co to jest, mocno się przestraszyła i posłała śpiesznie po lekarza. Po przybyciu na miejsce zastałem chorą niezmiernie bladą, pokrytą zimnym potem, z przerażonym błędnym wzrokiem, niespokojnie rzucającą się na łóżku i z trudnością chwytającą

jąca powietrze, jak gdyby się dusiła; tętno od czasu do czasu zaledwie wyczuwalne. Z pomiędzy ud wystaje przedmiot kulisty, wielkości prawie głowy, o barwie sinawo-szarawej, przy dotknięciu miękkiej. Macicy przez powłoki brzuszne się nie wyczuwa, stępienia odgłosu na jej miejscu niema. Na przedniej i górnej powierzchni owego tworu widać przyklejone łożysko ze zwieszonym i podwiązanym sznurkiem pępkowym.

Wobec powyższych oznak wątpliwości nie było żadnej, z czem mam do czynienia. Śpiesznie wstrzyknąłem dwie szpryki eteru pod skórę, głowę chorej ułożyłem nisko, odkleiłem dość łatwo łożysko, przyczem nie było prawie krwawienia i przyłożywszy złożoną prawą rękę do najwydatniejszego miejsca owego guza, ruchami szruby odprowadziłem na miejsce macicę odnicowaną, co nie przedstawiało wielkiej trudności. Rękę złożoną w pięść zatrzymałem jakiś czas w jamie macicy, jednocześnie lewą ręką nacierając powłoki brzuszne. Macica poczynała się kurczyć, acz słabo; stan chorej pomimo to był groźny, rzucała się wciąż niespokojnie, była przytomną, mówiła zaledwie szeptem i to z wielkim wysiłkiem, tętno znikło. Rękę z jamy macicznej zniewolony byłem wyjąć, aby wstrzyknąć kofeinę i olejek kamforowy. To wszystko na nic się nie przydało: chora, drgnąwszy kilkakrotnie, życie skończyła.

Cała powyżej opisana manipulacja nie trwała więcej nad 15—20 minut, a że od wypadnięcia wycinowanej macicy do mego przybycia zeszło około $\frac{1}{2}$ godziny, śmierć więc nastąpiła w niespełną godzinę. Od otaczających dowiedziałem się, iż celem szybszego ukończenia porodu Edla dmuchała w butelkę; był to jej 9-ty poród. Przed dwoma laty [w czerwcu 1892] byłem wzywany do tej samej chorej. Wtedy z powodu słabych i nie całkowitych skurczów macicy poród przeciągał się dłużej, niż dobę, co mnie zmusiło do założenia kleszczy; wyjąłem donoszoną, żywą i zdrową dziewczynkę. Połóg przeszedł zupełnie prawidłowo bez powikłań; 8-go dnia pacjentka opuściła łóżko.

W końcu nadmieniam, iż znalazłem jeszcze dwa przypadki całkowitego wypadnięcia wycinowanej macicy podczas porodu. JERZYKOWSKI STANISŁAW z Poznania ogłosił w Gazecie Lekarskiej z r. 1882 [№ 10]: Ostre całkowite wycinowanie macicy i w temże piśmie w r. 1884 kolega SOCHACKI: Poród przedwczesny, przyrośnięcie łożyska, ostre wycinowanie i wypadnięcie macicy (*inversio uteri acuta e. prolapsu*). W obu tych przypadkach zejście było pomyślne.

Tym sposobem mielibyśmy od roku 1868 do chwili obecnej ogłoszonych po polsku sześć przypadków całkowitego wypadnięcia wycinowanej macicy w okresie porodowym.

Przy zdarzonej sposobności pozwolę sobie zwrócić uwagę sz. autorów. „Wykazu oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831—1890 włącznie“, wychodzącego przy Pamiętniku Tow. Lek. Warsz., iż w dziale XVII [Położnictwo] lit. C., [Fizyologia i patologia porodu] liczba 3) [Wycinowanie macicy i t. d.], podanej wyżej pracy JERZYKOWSKIEGO nie znajduję. Jest wprawdzie pod prawie jednobrzmiącym tytułem [O ostrem i t. d.] podaną na str. 607 w dziale XVI [Choroby kobiece], F [Choroby macicy], 2) Pochylenia i zgięcia, opadnięcie macicy, wianki, wycinowanie macicy, operacye, wzmianka, jednakże JERZYKOWSKI J. [nie S. STANISŁAW] i wskazany Przegl. Lek. 1881,

XX, 624 — więc pytanie, czy tu mowa o tej samej pracy, o której ja powyżej mówię. Ta ostatnia należy niewątpliwie do położnictwa i była drukowaną w *Gazecie Lekarskiej* w r. 1882.

Ludwik Czarkowski [Wilno].

15. Całkowite wypadnięcie wycicowanej macicy po porodzie (*prolapsus uteri, inversio totalis post partum*).

Przypadek kol. SAKSA z Łodzi, podany w № 48 *Gazety Lekarskiej* za r. b., przywiódł mi na pamięć mój własny, który mam zanotowany i który dotąd nie był opisany.

Jeżeli więc rzeczywiście, jak utrzymuje kol. SAKS, cierpienie to za ostatnie 28 lat w polskiej literaturze opisane było tylko trzy razy, wliczając w to i jego spostrzeżenie, to fakt ten jedynie skłania mnie do opublikowania następującego przypadku:

O godzinie 11-ej w nocy z d. 15 na 16 luty r. b. wezwany zostałem do pani L. K...ej, dawnej swej pacjentki, która przed półtora roku odbywała poród. Z powodu zupełnego wyczerpania skurczów macicy zmuszony byłem tenże ukończyć kleszczami. Urodziły się bliźnięta płci męskiej, które wkrótce pomarły, potem K. była zawsze zdrową. Przysłany po mnie posłaniec objaśnił mnie, że „pani K. przed niespełną godziną urodziła martwe dziecko, a teraz umiera!“ Przybywszy o godz. 11^{1/2}, zastałem: chora leży na łóżku na wznak, trupio blada, oczy w pół otwarte, jęczy. Na pytania odpowiada cicho, lecz przytomnie. Tętna prawie nie wyczuwa się. Pod chorą kałuża krwi. Obok na łóżku martwe dziecko. Między udami chorej ze sromu sterczy ciało czerwono-sine, okrągłe, wielkości głowy nowonarodzonego dziecka; ciało owo konsystencji miękkiej, miejscami krwawi. Po bliższem, choć krótkotrwałem, ze względu na stan chorej, badaniu okazuje się, że mamy do czynienia z wycicowaną macicą, całkowicie wypadniętą, na której widać na wół odklejone łożysko i strzępy błony płodowej.

Po wstrzyknięciu dwóch szprycek PRAVAZ'a eteru z kamforą i jak najprędzszem obmyciu wypadniętej, wycicowanej macicy przegotowaną wodą, bez trudności odprowadziłem macicę do pochwy, poczem macica prawie sama przez się odnicowała się bez użycia z mojej strony jakichkolwiek szczególnych manipulacji. Stan chorej nie poprawił się: nieprzytomna, bez tętna i w pół godziny po mojem przybyciu pacjentka zmarła.

Co do etyologii opisanego przypadku, jak i innych temu podobnych, to myślę, że już *a priori* można w tem obwiniać nieumiejętne, forsowne traktowanie macicy w okresie łożyskowym, gdyż wydaje mi się nieprawdopodobnem, aby mogło *spontaneo modo* mieć miejsce całkowite wypadnięcie wycicowanej macicy bez postronnej, chętnej ku temu pomocy, z wyjątkiem tych niezwyklej przypadków, w których poród nastąpił w pozycji stojącej lub w półsiedzącej, wskutek czego ciężar urodzonego dziecka ciągnie za pępwinę. Niech będzie niedowład macicy całkowity lub częściowy w miejscu, odpowiadającym przyklejeniu łożyska i rozwarte ujście maciczne, to i w takim razie może dojść do wycicowania macicy częściowego lub całkowitego, lecz bez wypadnięcia takowej. Przegłądając prace kilku autorów, piszących w tej materii, nie spotykałem wzmianki, aby komukolwiek z nich zdarzyło się widzieć podobne przypadki przy umie-

jętnem traktowaniu aktu porodowego, z wyjątkiem chyba przypadku FUEERST'a, cytowanego u SCHROEDER'a w jego „*Hanbuch der Geburtshilfe*“, gdzie wypadnięcie wynicowanej macicy miało miejsce li tylko pod wpływem tłoczni brzusznej po uprzednim nagłym wylaniu się znacznej ilości krwi z rozciągniętej wiotkiej macicy.

Zwykle więc ta straszna komplikacya porodu bywa wskutek nieumiejętnej pomocy. Tak też było w moim przypadku, gdyż kobieta, *quasi* akuszerka, dla przedszego odejścia łożyska pociągała za pępowinę, jak potem wyjaśniło się; tak też było i w przypadku SAKSA, gdzie uciskano energicznie na ściany brzuszne, przy jednoczesnem silnem wydymaniu się rodzącej, dmuchaniu w butelkę i temu podobnych praktykach.

(*Turzyńsk, w gubernii wołyńskiej*).

Feliks Rapczewski.

16. Piętnaście przypadków błonicy, leczonej surowicą. [Ciąg dalszy, patrz *Gaz. Lek.* № 52 r. 1895 i № 29 r. b.].

W dalszym ciągu stosowania surowicy przeciwbłoniczej w praktyce mojej za czas od 1 stycznia do 1 czerwca r. b. spostrzegałem 15 nowych przypadków, które w streszczeniu niżej podaję:

1) *Anginae*. **Przypadek XX.** Josek Licht., lat 4, syn handlującego zbożem, budowy i odżywiania średniego; chory od dni trzech. D. 8. I. 96 ciepłota 39,5° tętno 120, kaszlu niema i nie było. Miejscowo w gardzieli: na obu migdałkach, łukach przednich, jęczyczku i tylnej ścianie obfity, dosyć gruby, białawo-szary nalot, krwawiący przy ścieraniu; gruczoly podszczękowe znacznie powiększone i stwardniałe, zwłaszcza lewe. U zewnętrznych otworów nosowych powierzchowne nadżarcia, nos zatkany gęstym, błoniasto-ropnym śluzem. Zastrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Do rana d. 9. I widoczna poprawa, gruczoly mniejsze i mniej twarde; nos oczyszcza się, ciepłota 38,0°, tętno 100. Odtąd przebieg typowy, pomyślny z wyzdrowieniem zupełnem w ciągu tygodnia.

Przypadek XXI. Franciszka Błasz., lat 1 $\frac{1}{3}$, córka wyrobnika, budowa i odżywianie dobre, sirotra rodzona chorej Nr. XXXI [patrz niżej], zachorowała w trzy dni po ostatniej. D. 11. II. 96 przy ciepłocie ciała 38,5°C. i tętnie 130 zauważyłem na migdałkach kilka niewielkich, szarych plamek, gruczoly; podszczękowe powiększone i zlekka stwardniałe. Niezwłocznie zastrzyknąłem 10 $\frac{1}{2}$ ctm. sześć. surowicy warszawskiej. D. 12. II znaczna poprawa po nieźle przespanej nocy i potach; do dnia 15. II. zupełne wyzdrowienie.

Przypadek XXII. Stanisław Byk., lat 4 $\frac{1}{2}$, syn gospodarza, małorolnego, dobrze zbudowany i odżywiany. Dnia 21. II. ciepłota 38,0° C., tętno 110; ze strony narządów wewnętrznych niema żadnych zmian chorobowych; kaszlu niema i nie było. Miejscowo w gardzieli: na lewym migdałku plamka szarozłota, wielkości ziarnka siemienia lnianego; gruczoly podszczękowe lewe nieco stwardniałe i powiększone. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej; chłopiec na trzeci dzień był już zupełnie zdrow.

Przypadek XXIII. Agnieszka Grancz., lat 6, córka wyrobnika; warunki życia bardzo złe; budowa wątła; od żywianie nęośledzone; chuda i niedokrwista

chora od dni trzech. D. 25. II. ciepłota 38,0° C., tętno 110, miejscowo w gardzieli: na obu migdałkach, łukach i lewej stronie języczka obfity nalot, gruby, szaro-biały; gruczoły podszczękowe, zwłaszcza prawy, znacznie powiększone i stwardniałe. Kaszlu niema i nie było, ze strony narządów wewnętrznych żadnych zmian chorobowych niema. Ojciec początkowo nie zgadzał się na zastosowanie surowicy, dopiero d. 27. II, kiedy stan chorej zaczął się szybko pogarszać i wystąpiły objawy upadku sił, sam prosił o zastosowanie surowicy, którą też niezwłocznie wstrzyknąłem w ilości 20 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Do następnego dnia, t. j. 23. II., znaczna poprawa: chora w nocy spała i pocila się, gruczoły zmniejszyły się i zmiękły. Odtąd stopniowa poprawa o przebiegu typowym z zupełnem wyzdrowieniem w ciągu dni ośmiu.

Przypadek XXIV. Władysław Grancz., lat 8½, rodzony brat poprzedniej; budowa i odżywianie średnie. D. 1. III. przy cieplocie 39,0° C. i tętnie do 110, znalazłem w gardzieli: prawy migdałek prawie cały, lewy zaś i łuki tylko częściowo pokryte szaro-żółtym nalotem. Gruczoły podszczękowe powiększone i stwardniałe, zwłaszcza prawe. Kaszlu niema i nie było, chory od dwóch dni. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warsz. Do dnia 2. III. znaczna poprawa po niezłej przespanej nocy i potach; zupełne wyzdrowienie w ciągu dni sześciu.

Przypadek XXV. Wiktorya Grancz., lat 13, siostra rodzona dwóch poprzednich, budowa i odżywianie średnie. D. 2. III. ciepłota 39,0° C., tętno 110, na migdałkach i łukach obszerne, szare, dosyć grube naloty. Gruczoły okołoszczękowe z obu stron powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warsz.. Po upływie dni pięciu zupełne wyzdrowienie.

Przypadek XXVI. Józefa Głow., lat 2, córka wyrobnika, budowa i odżywianie dobre. D. 15. III. ciepłota 38,5°; tętno 120, daje się wyczuć z trudnością. Na obu migdałkach obfite, szaro-białe naloty, gruczoły okołoszczękowe z obu stron powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Po upływie dni czterech zupełne wyzdrowienie.

Przypadek XXVII. Kazimierz Mich., lat 7, syn biednego wyrobnika. Warunki życia bardzo złe, budowa wątła, odżywianie lichy. Chory od dni trzech. D. 31. III. ciepłota 37,8° C., tętno do 100, na obu migdałkach i łukach szaro-biały, dosyć gruby i obfity nalot. Gruczoły okołoszczękowe z obu stron powiększone i stwardniałe. Na brzegach zewnętrznych otworów nosowych powierzchowne nadżarcia, z nosa wycieka ropiasty śluz. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Wyzdrowienie w ciągu dni sześciu.

Przypadek XXVIII. Stanisława Mat., lat 3½, córka gospodarza małorolnego; warunki życia i mieszkanie dobre, budowa i odżywianie średnie; chora od dwóch dni. D. 18. IV. ciepłota 38,4°, tętno do 110, na obu migdałkach dosyć gruby, szarawo-żółty nalot. Gruczoły okołoszczękowe powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. D. 19. IV. stan bezgorączkowy, chora znacznie spokojniejsza, w nocy spała dobrze i pocila się. Odtąd poprawa z zupełnem wyzdrowieniem dnia szóstego.

Przypadek XXIX. Agnieszka Zaj., lat 1½, córka gospodarza małorolnego, budowa i odżywianie dobre. D. 3. V. ciepłota 38,7° C., tętno 110, chora od

dni trzech; na migdałkach, łukach i języczku białawo-żółty, niezbyt obfity i gruby nalot, gruczoły okołoszczękowe umiarkowanie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej; zupełne wyzdrowienie w ciągu dni pięciu.

2) *Laryngitides*. **Przypadek XXX.** Bronisław Ratk., lat 2³/₄, córka parobka folwarcznego; budowa i odżywianie średnie; chora od dwóch dni. D. 31. I. stan bezgorączkowy, tętno do 120. Kaszle krupowo z nocy. Oddech świszczący, przyspieszony do 40, z udziałem międzyżebry i *epigastrii*; kaszel charakterystyczny, krupowy, dosyć rzadki, stopniowo wzmagą się. W gardle zmian żadnych dostrzedz nie można; wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej; następnego dnia znaczna poprawa. Zupełne wyzdrowienie dnia ósmego.

3) *Anginae c. laryngitide*. **Przypadek XXXI.** Stanisław Błasz., lat 4, córka wyrobnika [rodzona siostra № XXI]. Budowa i odżywianie dobre. Chora od dni czterech. D. 10. II. zrana ciepłota 39,4° C., tętno do 120. Kaszle krupowo od 12 godzin. Kaszel charakterystyczny, krupowy, bardzo bolesny, bezgłos zupełny; w prawym kącie ust i w nosie owrzodzenia sadłowate, częściowo pokryte strupkami, krwawiącymi przy dotykaniu. Oddech świszczący, przyspieszony do 36, z udziałem *fossae jugularis* i międzyżebry; *epigastrium* zaczyna brać udział w ekskursjach oddechowych. Na migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie obfity, szarawo-żółty nalot w postaci różnej wielkości plamek, miejscami zlewających się, krwawiących przy ścieraniu. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Wieczorem stan znacznie pogorszył się; pogorszenie wzrastało przez noc. D. 11. II. około południa stan bardzo zły, objawy silnego zwężenia krtani i początku asfiksyi. Wstrzyknąłem powtórnie 10 ctm. sześć. surowicy warszawskiej. Późnym wieczorem dopiero wystąpiła niejaka poprawa w stanie chorej. D. 12. II. poprawa w dalszym ciągu po niezłej przespanej nocy i potach. D. 13. II. owrzodzenia na ustach i w nosie zagoiły się i pokryły suchymi strupkami, nalot oddziela się i pozostało go już bardzo niewiele. D. 14. II. nalot znikł bez śladu, gruczoły przyjęły wielkość i konsystencję normalną, strupki z ust i nosa zeszły. Pozostał bezgłos i kaszel, chwilami jeszcze bolesny i z odcieniem krupowym. Stan taki z małemi wahaniami ku lepszemu trwał do dnia 28. II.; w nocy z 28. na 29. II. wystąpiło pogorszenie w postaci nowego napadu krupowego. D. 29. II. zrana stan bezgorączkowy, tętno 120, oddech świszczący, przyspieszony do 40 z wydatnym udziałem międzyżebry i silnym wciąganiem *epigastrii*, kaszel dosyć rzadki, charakterystyczny, krupowy, bardzo bolesny. Na dalsze zastosowanie surowicy rodzice nie zgadzali się, widząc w nawrocie choroby po dwóch tygodniach wolę Boską, i Jej to zdecydowali się dziecko ofiarować. Wobec tego bardziej nie mogło być mowy i o tracheotomii, dlatego też, zaleciwszy wdechanie pary wodnej z dodatkiem terpentyny, postanowiłem biernie obserwować dalszy przebieg choroby. D. 1. III. pogorszenie wzrasta stopniowo, wystąpiły objawy maksymalnego zwężenia krtani i powstającego stąd uduszenia, wśród którego chora w nocy z dnia 1. na 2. III. zmarła. Przypuszczam,

iż powtórne zastosowanie surowicy w odpowiedniej ilości uratowałyby dziecko z pewnością.

Przypadek XXXII. Jadwiga Banasz., lat $1\frac{1}{4}$, córka gospodarza małorolnego, doskonale zbudowana i odżywiona; przed tygodniem dostała pierwsze dwa ząbki. Chora od dni trzech; kaszel krupowy wystąpił od sześciu godzin. D. 20. II. ciepłota $39,0^{\circ}$ C., tętno do 130, oddech przyspieszony do 36, świszczący z udziałem międzyżebry i *epigastrii*, u zewnętrznych otworów nosowych nadżarcia. Miejscowo w gardzieli: na dolnych częściach migdałków, tylnej ścianie i łukach niewielkie, szare plamki, dosyć ograniczone. Gruczoły okołoszczękowe silnie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 10 ctm. sześć. surowicy warsz. Dalej przebieg typowy pomyślny z wyzdrowieniem dnia szóstego.

Przypadek XXXIII. Antoni Kraw., lat $3\frac{1}{2}$, syn gospodarza małorolnego, dobrze odżywiony i zbudowany. D. 20. IV. ciepłota $38,0^{\circ}$ C., tętno do 100, kaszel charakterystyczny, krupowy wystąpił z nocy. Mowa chrypkowata, bolesna. Oddech przyspieszony do 36, zlekka świszczący, z udziałem *fossae jugularis* i międzyżebry. Miejscowo w gardzieli: na migdałkach, łukach i języczku szarawo-żółty, niezbyt obfity nalot. Gruczoły okołoszczękowe z obu stron umiarkowanie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 20 ctm. sześć surowicy warsz. Wyzdrowienie dnia szóstego; kaszel i chrypka pozostały jeszcze przez dni cztery.

Przypadek XXXIV. Apolonia Zającz., lat 2, dobrze zbudowana i odżywiona, rodzona siostra № XXIX i jednocześnie z nią przywieziona. D. 3. V. ciepłota $38,2^{\circ}$ C., tętno do 120, oddech świszczący, przyspieszony do 40, ciężki, chrapliwy z udziałem międzyżebry i *epigastrii*. Chora od dni czterech, kaszel krupowy zjawiał się od 24 godzin; jest on dosyć rzadki, charakterystyczny, krupowy, dosyć bolesny. Sinica kończyn, ust i nosa; ze strony narządów wewnętrznych żadnych zmian chorobowych niema. Miejscowo w gardzieli: na migdałkach i łukach, gdziekolwiek zaważyć się dają niewielkie, ograniczone, szaro-żółte plamki; gruczoły okołoszczękowe znacznie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem niezwłocznie 20 ctm. sześć. surowicy warsz. Do następnego dnia znaczna poprawa, wyzdrowienie po upływie tygodnia; kaszel trwał jeszcze czas pewien.

We wszystkich podanych wyżej 15 przypadkach nie było ani razu jakiegokolwiekbądź wysypki po zastosowaniu surowicy; wszystkie one, jako dosyć wcześniej leczone, przebiegały pomyślnie prócz № XXXI, w którym nastąpiło zejście śmiertelne, spowodowane nawrotem krupu bez powtórnego zastosowania surowicy i po upływie dni 18 od czasu wystąpienia pierwotnego napadu krupowego. Przypuszczam, że recydywa ta prawdopodobnie nie wystąpiłaby, gdybym na początku choroby zastosował nie dwa flakony, lecz trzy lub cztery, jak również mniemam, że powtórne zastosowanie surowicy w odpowiedniej ilości zaraz po wystąpieniu recydywy, prawdopodobnie zmie-

niłoby dalszy przebieg choroby na pomyslny i dałoby w ostatecznym rezultacie zupełne wyzdrowienie.

Wogóle na 34 przypadki blonicy, leczonej przezemnie surowicą, miałem dotąd jeden przypadek śmiertelny, t. j. niecałe 3%; wśród nich było: *anginae* przypadków 13, *laryngitidis*—3, *anginae c. laryngitide* — 15. Jeden tylko wśród nich był powikłany wysypką, spowodowaną przez surowicę.

Wincenty Puławski [Radziejów].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

—x—x—

Posiedzenie z dnia 17 listopada 1896.

1) NEUGEBAUER przedstawia dziewczynkę 10-letnią z przetoką pochwo-wo-odbytniczą, powstałą w następstwie zgwałcenia chorej,

2) GURANOWSKI przedstawia 32-letniego mężczyznę z cholesteatomem ucha średniego oraz błony cholesteatomowe, wydobyte przez przewód słuchowy. Chory cierpiał od lat dziecięcych na przewlekłe zapalenie ropne ucha średniego; przed 20 laty operowano mu ropień na wyrostku sutkowym, a przed 7 laty G. usunął mu polipy z błony bębenkowej ucha lewego. Obecnie jamę bębenkową, *recessus epitympanicus* i *aditus ad antrum* wypełniał cholesteatom, po którego usunięciu G. przekonał się, że wszystkie trzy jamy wymienione połączone są w jedną, jak to się sztucznie robi przy doszczętnej operacji STRACKE'go. Zapobiegło to rozrastaniu się cholesteatomatu w kierunku jamy czaszkowej.

Jednocześnie G. przedstawia cholesteatomy, pochodzące od 40-letniego mężczyzny z obu uszu.

3) KĘPIŃSKI przedstawia chorą w średnim wieku z rogówkami niezwykle rozciągniętymi pod wpływem wzmożonego ciśnienia w komorze przedniej.

4) GROSELIK demonstruje w średnim wieku pacyenta, który był dotknięty bardzo znacznem bliznowatym zwężeniem cewki, powstałem po pęknięciu tejże wskutek uderzenia w krocze; zwężenie było tak znaczne, że nie przechodziły przez nie żadne narzędzia, a mocz odchodził kroplami. G. resekował część zwężoną cewki z nader dodatnim rezultatem: pacjent oddaje obecnie mocz dobrze, a przez cewkę przechodzi kateter nr. 23.

5) BORSUK przedstawia chłopca 12-letniego, który, spadłszy z drzewa na kamienie, zmiażdżył sobie nos i wtłoczył go całkowicie w *foramen pyriforme*. B. wyciągnął nos kleszczykami, przeciął na nim skórę i powięź na grzbiecie, ułożył zgruchotane kości, wypełnił nozdrza gazą jodoformową i nałożył opatrunek. Obecnie, po zagojeniu, nos posiada formę dobrą; kości zrosły się doskonale.

6) MARKIEWICZ odczytuje wnioski Komisyi, wybranej przez Towarzystwo do wypowiedzenia opinii w sprawie przeniesienia Szpitala Dzieciątka Jezus na plac po wystawie higienicznej, a domu wychowawczego na folwark Ś-to Krzyski. Memoriał ten brzmi, jak następuje:

„Komisya, utworzona pod przewodnictwem Wice-prezesa Towarzystwa Lekarskiego, na posiedzeniu tegoż Towarzystwa, w d. 20 października r. b., dla rozważenia sprawy wyboru miejsca budowy nowego szpitala, odbywszy trzy posiedzenia [w dniu 23 i 30 października, oraz 10 listopada r. b.] i uznawszy, że sprawa pomieniona winna być rozważaną tak ze stanowiska potrzeb zdrowotnych miasta, jak i ze stanowiska wymagań higieny szpitalnej i obsługi lekarskiej przyszłego szpitala, po przeprowadzeniu obrad, przyszła jednomyślnie do następujących wniosków:

1. Budowanie szpitala lub domu wychowawczego na tak zw. Folwarku Ś-to-Krzyskim jest niewłaściwe: *a)* z powodu bezpośredniego sąsiedztwa stacji filtrów, a w szczególności zbiorników wody czystej, już istniejących i budować się mających przy samej linii granicznej, dzielącej stację filtrów od Folwarku Ś-to Krzyskiego; *b)* z powodu przecięcia Folwarku Ś-to Krzyskiego dwiema ulicami; *c)* z powodu hałaśliwego sąsiedztwa tych ulic i całej stacji D. Ż; Warszawsko-Wiedeńskiej; *d)* z powodu niewygodnej figury placu rzeczownego; *e)* wreszcie ze względu na położenie w dzielnicy już zabudowanej lub do zabudowania się nadającej.

2. Plac wystawy higienicznej ze względu na potrzeby szpitala okazuje się odpowiednim, ale ze względu na zdrowotne interesy miasta, mianowicie na bezpośrednie sąsiedztwo z ulicami, już poczęści zabudowanymi i do zabudowania jak najmocniej się nadającymi, nie może być uznany za stosowny pod budowę wielkiego i z czasem jeszcze rozszerzać się mogącego szpitala.

3. Oddzielenie terytoryalnie i administracyjnie domu wychowawczego [podrzutków] od szpitala jest bardzo pożądane ze względu na wymagania higieny wychowawczej, które to wymagania nie pozwalają na pielęgnowanie niemowląt i wychowywanie dzieci starszych w obrębie szpitala.

4. Ze względu na potrzeby zdrowotne miasta, a szczególnie na miejscowe trudności, zachodzące w prawidłowym rozszerzaniu się miasta, jak również ze względu na wymagania nowoczesnej higieny szpitalnej i na ewentalność stopniowego z biegiem lat pomnażania budynków [pawilonów] szpitalnych na tem samym terytoryum, Komisya uznaje, iż najwłaściwszem byłoby umieszczenie szpitala po za obrębem miasta. Pomieszczenie wszakże szpitala po za miastem, zdaniem Komisji, wymaga bezwarunkowo: *a)* zapewnienia stałej i regularnej komunikacji tramwajowej pomiędzy śródmieściem a nowym szpitalem; *b)* urzędzenia centralnej stacji przyjęć, z którejby chorzy z miasta do szpitala bezpiecznie i szybko o każdej porze dostawać się mogli; *c)* zaopatrzenia terytoryum szpitalnego w prawidłową kanalizację i wodociągi.

5. Pomieszczenie domu wychowawczego po za obrębem miasta, na wsi, jest ze względu na wymagania higieny zakładowej bardzo pożądane.

6. Komisya uznaje, iż zakładanie parków, ogrodów i plantacji na terytoryum miejskiem i zapewnienie możności korzystania z tych przestrzeni, pokrytych roślinnością, wszystkim sferom ludności stanowi jedno z najważniejszych wymagań ochrony publicznej zdrowia w naszym mieście“.

7) GĄBSZEWICZ mówi o torbielach krezki. Praca ta będzie drukowaną w Gazecie.

8) RYCHLIŃSKI przeostawia 4 mózgi z nowotworami. Pierwszy z preparatów jest to mózg 9-miesięcznego dziecka z nowotworem torbielowatym w substancji białej zrazu ciemieniowego. Ściany torbieli mają budowę gliomatu, a zawartość była płynem ciągnącym się i nie zawierała komórek ropnych, ani drobnoustrojów. W drugim mózgu, pochodzącym od 19-letniego osobnika, gliomat zajmuje III komorę, oba wzgórki wzrokowe, nerwy wzrokowe i trójkąt między skrzyżowaniem tych nerwów. Za życia spostrzegano u chorego maskowy wyraz twarzy i bezładne ruchy rąk, nieco podobne do płasawicznych. Mięsak, obejmujący *gyrus occipito-temporalis* i tylną część *gyri fornicati* trzeciego mózgu, powodował tylko objawy zwiększonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Ostatni mózg wreszcie pochodzi od kobiety, zmarłej wśród objawów niedomykalności zastawki dwudzielnej, znacznego upośledzenia inteligencji i braku pamięci. Na sekcji, prócz wady zastawkowej, znaleziono na podstawie mózgu w obu zrazach czołowych, nieco na zewnątrz od nerwów węchowych, dwa symetrycznie umieszczone nowotwory [mięsaki].

W dyskusji prof. BRODOWSKI ostrzega przed zbyt pochopnem rozpoznaniem gliomatu, za które często brane są mięsaki, powstające z tkanki łącznej, towarzyszącej naczyńiom.

Wodług SAWICKIEGO, gliomatoza u dzieci nie jest zjawiskiem rzadkiem.

ZIELIŃSKI Edw. zapytuje, czy w przypadku z nowotworem ścian komory III chory zachowywał równowagę i nie wykonywał ruchów maneżowych; gdyby te ostatnie spostrzegano, potwierdzałyby to dane doświadczalne BECHTEREW'a, który po przecięciu ściany bocznej komory III widział u zwierząt ruchy maneżowe.

RYCHLIŃSKI na pytanie to odpowiada przecząco.

BREGMAN zwraca uwagę, że ruchy płasawicze, podobne do tych, jakie R. widział w swoim 2 przypadku, spostrzegano przy guzach ciał czworaczych, a BRUNS przypisuje im pewne znaczenie w różniczkowem rozpoznaniu guza ciał czworaczych i guza mózdzku.

LUXENBURG w toku dyskusji przedstawia dwa preparaty mózgu. Jeden z nich pochodzi od mężczyzny 50-letniego, który przy braku innych objawów, przedmiotowych, prócz znacznej sklerozy naczyń, cierpiał 2 lata na stałe bóle głowy; w mózgu tym znaleziono pęcherzyk *cysticerci cellulosae* w dolno-zewnętrznej części prawego *nucleus lenticularis* i takiż pęcherzyk na dnie komory IV. W przypadku drugim, u chorego 55-letniego spostrzegano trudność połykania, na krótko przed śmiercią niedowład, a bezpośrednio przed nią bezwład lewych kończyn i lewej połowy twarzy. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono guz wielkości jaja gołębiego, zajmujący prawy *nucleus lenticularis* oraz *capsula externa* i *interna*.

Posiedzenie z dnia 24. XI. 1896.

1) ELZENBERG wypowiada rzecz p. n. „Przyczynek do etyologii przyszczy [eczema]“ i demonstruje chorego, hodowle, oraz przyszczycę szczepioną. Odczyt powyższy będzie drukowany w Gazecie.

2) PRZEWOŚKI przedstawia preparaty i opisuje zmiany patologiczne przy eklampsyi. Praca ta również ukaże się w Gazecie.

3) KIJEWSKI wypowiada odczyt „O pneumatomiach przy ropniach płuc“, Odczyt ten ukaże się w Gazecie.

W dyskusyi SOKOŁOWSKI, który obserwował szczegółowo wszystkich chorych K., dodaje swoje uwagi. Tak, w 3 przypadku, u chorego maszynisty S. rozpoznał ropień nie tylko na zasadzie objawów fizykalnych, które przenawiały raczej za ograniczonym ropniem opłucnej, lecz na zasadzie obecności włókien sprężystych w płwocinie.

U panny J. wspólnie z ZIELIŃSKIM rozpoznał głęboko położony ropień opłucnej, przechodzący na płuco, pomimo że kilkakrotne głębokie przekłucia dały wynik ujemny; na propozycyę S. prof. KOSIŃSKI dokonał kilku punkcyi i w końcu ropę otrzymał. Powstanie ropni w obu powyższych przypadkach uważa S. za skutek influenzy, po której powstaje zapalenie płuc i opłucnej, które znowu prowadzi często do ograniczonych ropni opłucnej, mogących drogą naczyń limfatycznych przejść na tkankę płucną. Co do etyologii ropni płuc wogóle, to, pomijając najpospolitsze przyczyny [*bronchiectasia*, sprawy septyczne], ropnie takie mogą dawać: bąblowiec i promienica, jak tego dowodzą dwa przypadki, które S. opisuje. W jednym z tych przypadków ropień pochodzenia promienicowego operował Ad. PRZYBOROWSKI.

Rozpoznać ropień płuca na zasadzie objawów, przytaczanych w podręcznikach i podanych przez prelegenta, można tylko w przypadkach typowych i to rzadko. Według S., rozpoznanie należy opierać obok objawów fizykalnych na szczegółowym rozbiórce danych anamnestycznych, na badaniu płwociny, a przede wszystkim na dokonywaniu wielokrotnych głębokich punkcyi, które wbrew zdaniu K. uważa S. za zabieg zupełnie bezpieczny.

SZTEYNER opisuje operowany przez siebie przed 6 laty przypadek ropnia płuca z etyologią niepewną; za przyczynę można tu było uważać zgorzel płuca lub *bronchiectasiam*. Po pneumatonii poprawa trwała niedługo i nastąpiła śmierć chorego. Ropień w podanym przez K. przypadku BUKOWSKIEGO powstał wskutek rozszerzenia oskrzela i zakończył się również śmiercią. Przytoczywszy opis przypadku ropnia płuc pochodzenia promienicowego, zastanawia się Szt. nad pytaniem, jak w takich razach postępować; niepodobna bowiem wykryć i otworzyć wszystkich tak licznych przy promieniocy ognisk ropnych.

BABIŃSKI, przypominając pogląd GERHARDT'a i ROSSEACH'a, według których *pleuritis interlobularis* może powodować powstawanie ropni, uważa, że 2-gi przypadek K. mógł mieć etyologię podobną.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie z dnia 1. XII. 1896.

1) REMBIELIŃSKI przedstawia dziecko 11-miesięczne z wodogłowiem niezwykłych rozmiarów.

2) SZTEYNER przedstawia chorego 60-letniego z guzem tętniącym w okolicy pośladowej, poniżej grzebienia biodrowego i na zewnątrz od spojenia krzyżowo-biodrowego. Guz ten, wielkości jaja kurzego, mający wszystkie cechy tętniaka, uważa Szr. za t. zw. tętniak kostny, t. j. nowotwór bogaty w naczynia tętnicze. Powiększanie się guza przy kaszlu dowodzi, że wchodzi on do jamy miednicy.

3) KRAUSE demonstruje dziewczynkę, której przed 7 tygodniami wyluszczył ramię prawe wraz z łopatką i połowę obojczyka z powodu mięsaka.

4) W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem KIJEWSKIEGO: „O pneumotomiach przy ropniach płuc“¹⁾ zabiera głos prof. KOSIŃSKI, zwracając uwagę, że we wszystkich 3-ch przypadkach ropnia płuc, jakie operował i które KIJEWSKI opisał, ropnie składały się nie z jednej jamy, lecz ze zbiorowiska wielu małych ropni. Z uwagi, że we wszystkich tych przypadkach spotkano znaczne zmiany w opłucnej, K. sądzi, iż sprawa w opłucnej była pierwotną, a ropień płuca wtórnym objawem.

PRZYBOROWSKI operowany przez siebie przypadek, o jakim wspominał na poprzednim posiedzeniu SOKOŁOWSKI, uważa za przypadek ropnia promienicowego opłucnej, a nie płuca; do rozpoznania bowiem tego ostatniego nie widział danych, a spadek ciepłoty i ustanie ekspektoracji po pleurotomii uważa za objawy, przemawiające przeciw przypuszczeniu ropnia płuca. Dalej przytacza P. opis drugiego analogicznego przypadku, przez siebie operowanego.

SOKOŁOWSKI obstaje przy swoim rozpoznaniu, postawionem na zasadzie danych fizykalnych [stępienie, rżenia dźwięczne z przelewaniem] oraz obfitego odpluwania.

Prof. BRODOWSKI uważa za niemożliwe, aby zapalenie ropne opłucnej mogło dać, jak mówi KOSIŃSKI, zbiorowisko małych ropni w płucu, empyemat bowiem mógłby dać w płucu tylko jeden duży ropień, po utworzeniu sobie jednej, a niewielu dróg do tkanki płucnej. W przypadkach K. zmiany opłucnej wystąpiły następczo, po utworzeniu się w płucu drobnych ropni, które mogły być przypuszczalnie następstwem *pneumoniae lobaris*. Zapalenie takie, powstałe na tle kachektycznem, prowadzi do stwardnienia pewnych części płuca, w których wskutek gorszego odżywiania łatwiej powstawać mogą drobne ropnie. Przewlekłe bronchopneumonie zrazikowe, wywołane przez stafylokoki, lub streptokoki, powodują również stwardnienie tkanki płuca, następcze zaś zakażenie od strony oskrzela może być przyczyną niewielkich ropni w stwardniałej w ten sposób tkance.

BABIŃKI w przypadku KIJEWSKIEGO, dotyczącym p. R., od pierwszego dnia choroby nie napotykał żadnych objawów ze strony płuc; było tu początkowo tylko zapalenie surowicze opłucnej. Zasługuje na uwagę zdanie GERHARDT'a, że drobnoustroje ropne, obecne zawsze w wysięku surowiczym przy

¹⁾ Ob. protokół z dnia 24. XI. 1896.

pleuritis serosa, wywołać mogą następczo ropień płuca. Co do terapii ropni płuca, to GERHARDT radzi nie otwierać ich, lecz czekać przebicia się ropnia do oskrzela.

KOSIŃSKI otworzenie ropnia uważa za wskazane tam, gdzie przy stwierdzeniu ropieniu w płucu leczyć można na zrosty opłucnej.

STANKIEWICZ jest zdania, że jeżeli KOSIŃSKI nie miał dawniej do czynienia z ropniami płuc, a w ostatnich czasach spostrzegł kilka przypadków tego rodzaju, to jest to tylko rezultatem koincydencji, a zależy może od trudności rozpoznania ropnia płuca przy zapaleniu ropnem opłucnej, kiedy zgrubiałe i twarde listki opłucnej dochodzą do 3 — 4 centym grubości. Operację uważa S. za wskazaną tam, gdzie długotrwały ropień płuca znajduje się blisko opłucnej. Przekłucie próbne może ułatwiać rozpoznanie.

BRÓDOWSKI na pytanie KOSIŃSKIEGO stwierdza rzadkość ropni płuc, widywanych przy badaniach pośmiertnych.

BARANOWSKI sądzi, że z powodu trudności określenia miejsca, gdzie się znajduje ropień płuca, wskazania do operacji zdarzają się nader rzadko. Otrzymanie ropy przy przekłuciu próbnym płuca nie zawsze jest dowodem istnienia ropnia w tym narządzie, bo i drobne ropnie zrazikowo dawać mogą przy przekłuciu nieco ropy.

SOKOŁOWSKI dodaje, że raz otrzymał pełną szpryczkę ropy, choć ropnia nie było; na stole sekcyjnym przekonał się, że ropa pochodziła z rozszerzonego i wypełnionego ropą oskrzela.

KIJEWSKI etiologię swoich przypadków uważa za niewyjaśnioną, utrzymuje jednak, że punktem wyjścia sprawy chorobowej było tu wszędzie płuco. Przekłucie próbne tam, gdzie przy ropniu płuca niema zrostów opłucnowych, uważa K. za bardzo niebezpieczne, toruje ono bowiem drogę ropie do opłucnej. Zachowywać się wyczekująco wobec ropnia płuca, wbrew zdaniu GERHARDT'a, nie należy: jeżeli chory zatruiwa się produktami rozpadu, gorączkuje i traci siły, należy bezzwłocznie przystąpić do otworzenia ropnia.

SOKOŁOWSKI nie widział złych skutków przedziurawienia płuca przy ropniu.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

13. Leczenie cukrzycy. A. ALBU (*Allgem. med. Centralzeitung*, 1896. № 94), biorąc pod uwagę wszystkie najnowsze wyniki, jakie otrzymano dotąd tak za pomocą doświadczeń, jak i spostrzeżeń, podaje plan leczenia cukrzycy.

Wiemy, że przy leczeniu choroby cukrowej lekarz w pierwszym rzędzie powinien być higienistą. Nie znaczy jednak, aby w każdym przypadku tej choroby postępowanie nasze miało się ograniczać do wydania pewnych przepisów dietetycznych, podług z góry ułożonego szematu. Takim postępowaniem możemy choremu przynieść raczej szkodę, niż pożytek. Dlatego też należy w każdym poszczególnym przypadku przedewszystkiem wyjaśnić sobie, z jaką formą cukrzycy mamy do czynienia.

Dla odróżnienia postaci lekkiej od ciężkiej postępujemy w ten sposób: wyznaczamy choremu ściśle określoną dyetę, odpowiadającą 2500—300 ciepłostek, przyczem na wodany węglą przypada około 800 ciepłostek, czyli 130 grm. [45 grm. w 1 litrze mleka, 60 grm. w postaci bułek, 24 grm. w 100 grm. kartofli]. Po pewnym czasie jednego dnia redukujemy ilość wodań węglą do połowy, następnego zaś zupełnie usuwamy je z pokarmów, zamieniając brakującą ilość ciepłostek przez zwiększony dowóz białka i tłuszczów. Jeżeli po takiej próbie cukier w moczu zniknie, lub zmniejszy się do $\frac{1}{4}\%$, to mamy do czynienia z postacią lekką moczówki cukrowej; stała zaś obecność cukru w moczu dowodzi formy ciężkiej. Jeżeli nadto w moczu wykryć można obecność kwasu acetoctowego za pomocą odczynu GERHARDT'a [ciemno-brunatne zabarwienie po dodaniu półtora chlorku żelaza], dowodzi to wzmożonego rozpadu białka ustrojowego i zbliżania się groźnych objawów śpiączki cukrowej. Wtedy należy dyetę natychmiast odmienić i wyznaczyć pożywienie bogate w wodany węglą; w ten sposób można, zdaniem autora, pomimo stałej obecności w moczu kwasu acetoctowego, niebezpieczeństwo t. zw. *coma diabeticum*, jeżeli nie całkowicie odwrócić, to przynajmniej na cały szereg miesięcy odroczyć.

W lżejszych przypadkach cukrzycy, dopóki ilość cukru w moczu nie przenosi $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$, należy choremu pozostawić możliwą swobodę w wyborze pokarmów, bacząc uważnie, aby nie przekroczył pewnych granic. W tym celu zabraniamy choremu spożywania cukru, pieczywa słodkiego, kompotów i napojów słodkich, potraw i zup mącznych, ryżu i kartofli. Cukier zastąpić można przez sacharynę. W spożywaniu chleba nie należy zbyt krępować chorego, o ile zachowuje przepisy co do innych pokarmów, zawierających wodany węglą.

Inaczej rzecz się ma z ciężką postacią cukrzycy. W tym przypadku musimy wyznaczyć choremu pewne *minimum* pokarmów, zawierających wodany węglą, t. j. taką ich ilość, aby w moczu nie występowały produkty rozpadu białka. Wybieramy zatem takie pokarmy, które zawierają stosunkowo najmniej wodań węglą. Pozwalamy na spożywanie 50—100 grm. chleba, bez względu na to, czy to będzie chleb pszenny, czy żytni. Z wielkim pożytkiem dla dyabetyka możemy chleb zwykły [zawierający 52% wodań węglą] zamienić na chleb aleuronowy [27% wodań węglą]. Wyznaczywszy choremu taką ilość chleba, musimy odpowiednio zmniejszyć ilość innych pokarmów za wodany węglą. Wogóle dla dobrego odżywiania dyabetyka ważną jest rzeczą urozmaicenie i smaczne przyrządzanie potraw. Zalecamy zatem choremu spożywanie rozmaitego rodzaju pokarmów mięsnych, wędlin, szynki. Jako dobre używki wymienić należy ryby, szczególnie wędzone: śledzie, sardele, szprotki, sardynki i t. d., a dla zamożniejszych: ostrygi, raki, homary. W dowolnej ilości może dyabetyk spożywać: jaja, sałatę, ogórki, szpinak, szparagi; w umiarkowanej ilości: marchew i kapustę; zupełnie zabronić należy spożywania kalarepy, dyni, grochu, bobu, rzodkwi. Owoców, szczególnie surowych, należy się wyrzec. Z tłuszczów zalecić można masło, oliwę, a ze względu na dużą zawartość tłuszczu, również sery: *Neuchâtel*, *Rama-lour*, *Roquefort*, *Gervais*. Czekolada w umiarkowanej ilości, więcej kawy, mleka

od $\frac{1}{2}$ do 1 litra. Jako napój, oprócz wody zwyczajnej, dozwolone być mogą: wody mineralne, płyny kwaskowate, piwo [nie więcej niż $\frac{1}{2}$ litra], wina białe i czerwone w umiarkowanej ilości. Nie należy zabraniać choremu używania alkoholu w ilości 30—40 grm..

W celu zwalczania cukromoczu proponowano rozmaite środki farmakologiczne, jako to: makowiec i różne alkaloidy, antypirynę, salicylan sodu, jodoform, kwas karbolowy, mleczny, amoniak, a w ostatnich czasach, jako specyfik, *syzygium jambulanum*. Środki te, rzecz prosta, nie mogą mieć znacznego wpływu na samą chorobę; nie tylko bowiem nie powstrzymują wytwarzania cukru w ustroju, lecz nawet stałego zmniejszenia cukromoczu wywołać nie są w stanie. Do tej kategorii środków zaliczyć można i przetwory trzustki, których wartość lecznicza wydaje się problematyczną; dotychczas przynajmniej nie zanotowano ani jednego przypadku wyleczenia cukrzycy za pomocą tego środka.

Zalecają również przy cukrzycy leczenie wodami alkalicznymi [Karlsbad, Neuenahr i t. p.]. Wprawdzie nikt jeszcze dotąd nie wykazał specyficznego wpływu tych wód na cukrzycę, doświadczenie jednak uczy, że dyabetycy wracają z powyższych miejsc kąpielowych ze znaczną poprawą. Na polepszenie przeto wpływają, być może, dość ścisła dyeta, oderwanie się od zajęć zawodowych, czyste powietrze i t. p. czynniki.

Z. Rom.

Wiadomości drobne.

—x—x—

— REVERDIN zaleca siarczan sodu w małych dawkach [po 0,1 co godz.], jako dobry środek hemostatyczny przy uporczywych krwawieniach z naczyń włosowatych. Z doświadczeń na zwierzętach R. przekonał się, że hemostatyczne działanie siarczanu sodu występuje tylko wtedy, jeżeli wprowadzamy go *per os*, wstrzykiwania podskórne takiej własności nie posiadają.

(*Allgem. med. Centralzeitung. Nr. 94. 1896 r.*)

Z. R.

— GREIDENBERG opisuje 7 obserwowanych przez siebie przypadków ostrej psychozy, której nadaje nazwę: *paranoia acula recurrens*. Przebieg tej formy chorobowej następujący: w krótkim przeciągu czasu rozwijał się typowy obraz ostrego obłędu—ogólne podniecenie, bredzenie, omamy wzrokowe i słuchowe. Stan taki bez zmiany trwał od 5—14 dni, rzadko dłużej, poczem nagle chory się uspakajał; po jednym lub dwu dniach poprawa tak była wydatną, że pacjenta można było uważać za zupełnie zdrowego. Lecz poprawa ta trwała niedługo, od kilku dni do dwóch lub trzech tygodni i znowu występował szybko stan ekscytacji, a chory przedstawiał ten sam, co i poprzednio, obraz. Powtarzało się to kilkakrotnie [od 2—5 razy], zanim nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Zazwyczaj każdy następny napad był krótszy i słabszy od poprzedniego. Przypadki autora dotyczą chorych w wieku od 16 do 21 lat, 4 mężczyzn, 3 kobiet. Obarczenie dziedzicznością autor notował w 3 przypadkach.

(*Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie. 1896. Hft. 4.*)

L. D.

— LUZENREGER spostrzegł na samym sobie zaburzenia czuciowe w obrębie nerwu skórniego zewnętrznego uda (*n. cutanei femoris ext.*). Zaburzenia podobne pierwszy raz opisał BERNHARDT (*Neur. Centr. N. 6. 1895*), a ROTH nazwał je *meralgia paraesthetica* [streszcz. w *Gaz. Lek. Nr. 44. 1895*]. U L. we wskazanem wyżej miejscu wystąpiły parestezye [uczucie tarcia, palenia], wskutek urazu [uderzenie o kant biurka]; w początkach były one nieznaczne i tylko przy zmianie pogody; po-

tem, gdy autor uległ zakaźnej chorobie, nastąpiło znaczne pogorszenie. Prócz porażenia L. obiektywnie stwierdził, we wskazanej okolicy, zwiększenie się wrażliwości na ból [lekkie uklucie wywoływało piekący ból; przy faradyzacji prąd, który w innych miejscach powodował uczucie lekkiego swędzenia, w miejscu porażonym wywoływał ból] i termanalgezyę na zimno [cieplotę niżej 14° C. czuł jako obojętną]. Autor sądzi, że zwykle przyczyną omawianego cierpienia bywa uraz, który na razie przechodzi niepostrzeżony; potem zaś, pod wpływem zakażenia lub zatrucia, występuje w miejscu poprzedniego urazu zapalenie nerwu z wyżej podanymi objawami.

(*Neur. Centr. Nr. 22. 1896.*)

K. S.

— HOFMEISTER podaje następujący sposób wyjalawiania katgut, stosowany na klinice BRUNS'a: 1) nawinięty na szpulki katgut należy trzymać w ciągu 24 godzin w 4% roztworze formaliny; 2) następnie tenże katgut gotuje się w wodzie w ciągu 10 minut, poczem 3) przenosi się dla stwardnienia i przechowania do alkoholu, zawierającego 4% gliceryny i 10/0, sublimatu. Przy moczeniu w roztworze formaliny należy się starać usunąć z powierzchni katgut wszystkie pęcherzyki powietrzne. Przed wkładaniem do formaliny powinien być katgut nawinięty na szpulki, gdyż inaczej skręca się w trudne do rozplątania kłęby. Przyrządzony w ten sposób katgut ma zachowywać swoją moc i nie rwać się tak łatwo, jak po zastosowaniu sterylizacji KOSSMAN'a. Inaczej wyjalawiają katgut w klinice GUSSENBAUER'a, o czem pisze KOFEND. Najprzód należy katgut wymyć mydłem szarem i włożyć do eteru, który wypada dotąd zmieniać, dopóki tenże nie przestanie mętnieć. Następnie przenoszą katgut do bezwodnego spirytusu, który winien wyciągnąć resztki wody i pęcherzyki powietrzne, poczem ostrożnie zawijają tenże katgut w gazę i pomieszczają w suszarni, którą ogrzewają do 130°—140° w ciągu dwóch lub trzech godzin. W końcu wyjalowiony w ten sposób katgut kładą na 1 lub 2 doby do 10/00 wodnego roztworu sublimatu, poczem przechowują w 10/0, alkoholowym roztworze sublimatu, do którego dodają 5% gliceryny.

Br. S.

(*Centrbl. f. Chir. 1896. Nr. 9. — Therapeut Monats. 1896. April. S. 243.*)

Od Wydawcy.

— 4 —

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1897 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

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

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

W r. 1897 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do Tomu XVI Gazety Lekarskiej za 1896 rok.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава, 11 Декабря 1896. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8