

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOW POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK POŁOWICZNEGO ZANIKU TWARZY

(*hemiatrophia facialis*)

podał

S. Goldflam.

Wprawdzie przypadek, który opisać zamierzam, nie stanowi nowego przyczynku do rozjaśnienia istoty tego ciekawego cierpienia, ze względu jednak, że w naszej literaturze z podobnemi spostrzeżeniami spotykamy się nader rzadko, o ile wiem, jedno zostało ogłoszone przez Brunnera jeszcze w 1869 r. (Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego, T. 61, str. 273), następnie, że w zagranicznej literaturze przypadki tego rodzaju skrzętnie są notowane, do 1889 roku było ich 89, ośmielałem się i przezemnie spostrzegany ogłosić. ¹⁾

S. S. lat 24, zgłosiła się do mnie 13. IV. r. b. z powodu schudnięcia prawej połowy twarzy. Już przed 8 laty zauważyła, że ta strona twarzy jest chudsza, i że na niej pod okiem zaczynają się wytwarzać dołki, co matka przypisywała żołądkom. Sama chora martwiła się swoim stanem li tylko z powodów estetycznych, nie zasięgała zaś dotąd rady lekarskiej, ponieważ bólów, ani innych dolegliwości nie doznawała, czasem tylko słabe darcie w prawym policzku, na które uwagi nie zwracała. Dopiero zwiększające się od 2 miesięcy zniekształcenie połowy twarzy, skłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

Do 16 r. życia, to jest do czasu zauważenia zmian w twarzy, miała chora wysypkę na głowie, uważaną za żółtawą. Przed 6 laty, a więc już w czasie istnienia obecnej choroby, przebyła szczęśliwie tyfus, oprócz którego żadnej innej choroby nie ulegała. Zwraca tylko uwagę okoliczność, że miesięczkowanie wystąpiło nader późno, bo dopiero w 23 roku życia, zjawia się co 5–6 tygodni, chora doznaje przed tem silnych po kilka razy dziennie uderzeń krwi do głowy, do-

¹⁾ Chora ta była przezemnie demonstrowaną w Towarzystwie lekarskim dnia 6 V. 90.

chodzi nieraz do tego, że przez chwilę nie wie, co się z nią dzieje. Miesiączkowanie trwa 2 dni, jest dość obfite i wtedy chora doznaje ulgi.

S. S. ma pięciu zdrowych braci i jedną 16 letnią siostrę, o której nie wie, czy już miesiączkuje. Matka ma lat 54, jest wątłą i cierpiącą od ostatniego porodu. Ojciec zmarł po długiej chorobie w 47 roku na gościec. W rodzinie nie ma ani choroby, na którą S. S. się skarży, ani żadnej innej nerwowej. O wpływie przymiotu mowy nie ma, chora jest dziewczicą.

Jest to osoba dobrze zbudowana i odżywiana, u której w wewnętrznych organach zmian żadnych nie ma, mocz białka lub cukru nie zawiera. Już na pierwszy rzut oka uderza niejednakowy wygląd obu połów twarzy: gdy lewa jest pełną, pulchną, żywym pokryta rumieńcem, to prawa jest znacznie chudsza, wpadłą, bledszą, o starczym wyglądzie. Na tle tego ogólnego schudnięcia prawej połowy twarzy, obejmującego głównie obręb rozprzestrzenienia się II i III gałęzi nerwu trójdzielnego, spostrzega się kilka mniej lub więcej głębszych dołków: na podbródku blisko linii środkowej, gdzie wychodzi n. mentalis i gdzie skóra jest mocno pofalowana i ciemniej zabarwiona, obok skrzydła nosa, w miejscu odpowiadającym wyjściu nerwu szczękowego górnego, na górnym brzegu wyrostka licowego i u dolnozewnętrznego kąta dolnej powieki. Fałda nosowargowa prawa ma więcej fałd i o wiele głębszych, niż po stronie lewej, koniec nosa jest w prawą stronę zwrócony. Fałd po stronie prawej twarzy jest w ogóle więcej, aniżeli po lewej. Dolny kontur twarzy jest po stronie lewej bardziej wypełniony i okrąglejszy, aniżeli po prawej, prawa skroń głębsza, okolica prawego żwacza bardziej płaska, aniżeli po stronie lewej. Na prawej połowie twarzy widać podskórne żyły, których po stronie lewej się wcale nie spostrzega, mianowicie na dnie dołków, na podbródku, na łuku licowym i linii skroniowej. Dolna warga przy prawym kącie ust jest cieńsza, błona śluzowa pomarszczona, a poniżej ostatniej w skórze na dnie małego płaskiego zagłębienia jest mała podłużna $\frac{3}{4}$ ctm długa cienka blizna, o której chora nie wie, w jaki sposób powstała. W spokojnem położeniu twarzy wargi z prawej strony nie są przyknięte. Miejscami tak na prawej górnej jak i dolnej powiece brak rzęsów, te które zostały i włosy na głowie mają po obu stronach jednakową barwę. Od dość dawnego czasu

chora doznaje nieprzyjemnego drgania wprawiej górnej powiece.

Schudnięcie twarzy spowodowane jest głównie zanikiem części miękkich, zwłaszcza tkanki tłuszczowej. Wprawdzie fałda skóry na policzku, podbródku, przed uchem jest cieńsza, aniżeli po stronie lewej, to różnica ta spowodowaną jest mniej przez zanik samej skóry, aniżeli tkanki tłuszczowej. Na dotyk skóra po stronie prawej przedstawia się równie miękką, gładką jak po stronie lewej, nie ma na niej plam, z wyjątkiem ciemniejszego grafitowego zabarwienia skóry na podbródku, o którym była już mowa, nie jest do kości przyrośniętą, tylko mniej rumianą. Różnica ta w unaczynieniu występuje jeszcze jaskrawiej, gdy chora się rumieni, ale zaraz dodać należy, że reakcja na bodźce termiczne, mechaniczne występuje także po stronie chorej. Poci się jednakowo na obu połowach twarzy. Czucie we wszelkich gatunkach zachowane jednakowo po obu stronach. Bolesności na ucisk nie ma, ani bólów spontanicznych, tylko czasem występuje owo nieznaczące darcie, o którym już wyżej była mowa. Czy mięśnie biorą udział w zaniku, na pewno trudno rozstrzygnąć, ale jest prawdopodobnem, że dotkniętymi nie są, bo ruchy mimiczne są jednakowe po obu stronach, a oddziaływanie nerwu twarzowego i mięśni na strumień faradyczny i galwaniczny prawidłowe, takie same jak po stronie lewej. Odnosi się to także do mięśni utrzymujących gałązki od części ruchowej nerwu trójdzielnego: żwacze kurczą się dobrze po obu stronach, ruchy boczne szczęką dolną są silne, tylko prawy mięsień skroniowy wydaje się cieńszym, aniżeli po stronie lewej.

Co się tycze kości twarzy, to wprawdzie zdają się one na dotyk mniejsze po stronie prawej, ale należy uwzględnić, że z powodu zaniku części miękkich są dostępnejsze obmacywaniu. Jedno tylko przemawia za udziałem także kości, mianowicie płaskie zagłębienie w łuku licowym, wy czuwalne na dnie dołka opisanego wyżej. Różnicę w długości części poziomej szczęki dolnej, wynoszącą 1 ctm (11 ctm po stronie lewej, 10 po prawej) należy przedewszystkiem kłaść na karb zaniku części miękkich. Uszy są jednakowe.

Gałki oczne są jednakowej wielkości, ruchy ich prawidłowe, źrenice równe, wybornie oddziaływają na światło. Krótki wzrok istnieje od dzieciństwa. Łzawienie po obu stronach jednakowe. Węch, smak nienaruszone. Brakuje po obu stronach wielu zębów tak w górnej, jak i w dolnej szczęce, pozostałe są po większej części zepsute; dopiero

przedostatniej i ostatniej zimy zęby zaczęły próchnieć i wypadać. Prawa połowa języka wydaje się nieco węższą, ale jest jak i lewa strona pokryta równą i gładką błoną śluzową, a wszystkie ruchy języka są prawidłowe, języczek wisi w środku, podniebienie dobrze się kurczy, Wydzielanie śliny jednakowe z obu stron.

Ucisk okolicy zwojów szyjowych niebolesny. Żadnych objawów ze strony kończyn nie ma. Odruchy kolanowe prawidłowe.

Rozpoznanie w ogóle połowicznego zaniku twarzy, jak i danego przypadku nie przedstawia żadnej trudności: znaczne schudnięcie twarzy w obrębie rozgałęzienia nerwu trójdzielnego przy zachowaniu czucia, ruchów mimicznych, długoletni rozwój cierpienia nie pozostawiają żadnej pod tym względem wątpliwości. Nie sędzę, żeby połowiczny zanik twarzy można było wziąć za sklerodermię, w której skóra jest twardą, suchą, zgrubiałą, lśniącą, trudno w fałdę się ujmującą, przylegającą i ściśle obciążającą kość, otwory nosa, ust się zmniejszają, ruchy mimiczne są ograniczone (masque sclérodémique, Ollier), wreszcie sklerodermia ogarnia znaczne przestrzenie skóry tułowia, kończyn i t. d.

Połowiczny zanik twarzy występuje w młodym wieku, często bardzo początek rozwoju sięga dzieciństwa 3, 4 roku, a tylko w rzadszych przypadkach rozwój się zaczął w wieku późniejszym, np. w przypadku Ruhemana ¹⁾ w 50 roku. Płeć żeńska jest uprzywilejowana, na 68 przypadków zebranych przez Lewina ²⁾ wypada 41 kobiet i 27 mężczyzn. Dziedziczność nie gra żadnej roli, w jednym tylko przypadku ciotka pacjenta miała też samo cierpienie (Gowers ³⁾). Przyczyny najczęściej wykryć się nie daje i choroba występuje jakby spontanicznie. W mniejszości przypadków rozwój cierpienia udało się związać z pewnymi szkodliwościami, na 86 przypadków znanych do roku 1888 Mendel ⁴⁾ mógł znaleźć mniej lub więcej prawdopodobną przyczynę w 23, mianowicie 9 razy uraz głowy, 4 razy angina i tonsillitis, 3 próchnienia zębów, 7 przypadków po chorobach zakaźnych (3 różę, tyfus, szkarlatyna, dyfteryt). W niektórych przy-

1) Centralblatt f. Klin. Med. 1889 Nr. 1.

2) Charité Annalen 1884.

3) Manual of diseases of the nervous system str. 804.

4) Neurol. Centralblatt 1888 Nr. 14.

padkach obwiniają ciążę (Nicaise ¹⁾, połóg (Karewski ²⁾, nawet strach (Bechterew ³).

Początek cierpienia jest często nieznaczny, żadnymi dolegliwościami się nie zdradzający, tylko chudnięcie twarzy zwraca uwagę chorych. W licznych jednak przypadkach istnieją na początku mniej lub więcej wyraźne objawy czuciowe, od słabej parestezyi aż do nerwobólu. W przypadku Nicaise'a np. zaczęło się od bólu głowy, Penzoldta ⁴⁾ od bólu i uczucia chłodu w lewej połowie twarzy, toż samo u Banhama, Wolffa i t. d. Nie zawsze pierwszym przedmiotowym objawem jest schudnięcie w obrębie jednej z gałęzi, lub wszystkich trzech, nerwu trójdzielnego, często pokazywały się przed tem na skórze ograniczone plamy białawe, żółtawe lub brunatne (Penzoldt, Banham, Bernhardt ⁵⁾, Rona, Herz ⁶⁾, poczem w tych miejscach występował zanik w kształcie mniej lub więcej płaskich zagłębień, dołów, rowków lub rynien, niekiedy odpowiadających przebiegowi gałęzi nerwu trójdzielnego (Mendel, Suckling ⁷⁾). W rzadkich przypadkach zaczęło się od wypadania, lub siwienia włosów na głowie i rzęsów (Brunner, Eulenburg ⁸⁾.

Cierpienie rozwija się nader powoli w ciągu lat kilku, nawet kilkunastu, a doszedłszy do pewnego natężenia sprawa się zatrzymuje. W rzadkich przypadkach już po 2 latach choroba była zupełnie rozwinięta, tak w przypadku Eulenburga, Bechterewa ⁹⁾. Niekiedy rozwija się niejednostajnie, to wolniej, to szybciej, to ostatnie najczęściej spowodowane jest przypadkową chorobą, tak np. w przypadku Wolffa ¹⁰⁾ u 24 letniej kobiety, u której zanik zaczął się w 6 roku życia i rozwijał powoli w ciągu lat 17, po przebytych tyfusie daleko szybsze przyjął tempo i doszedł do znacznego natężenia; u tej samej chorej po drugim tyfusie zaczął się zanik w drugiej połowie twarzy.

Nie zawsze zanik dotyczy całej połowy twarzy, nie-

¹⁾ Revue de Médecine 1885 p. 690.

²⁾ Deut. Med. Woch. 1883, Nr. 7.

³⁾ Referat w Neurol. Centr. 1888 str. 579.

⁴⁾ Münch. Med. Woch. 1886 Nr. 14—16.

⁵⁾ Centralblatt f. Nervenheilkunde 1883, Nr. 3.

⁶⁾ Wiener Med. Presse 1886, Nr. 46.

⁷⁾ Brit Med. Jour. 1886, p. 925.

⁸⁾ Zeitschrift f. Klin. Med. Bd. V S. 485.

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ Virch. Arch. Bd 94, Str. 393.

kiedy ogranicza się do obrębu, odpowiadającego jednej z trzech gałęzi nerwu trójdzielnego, lub dwu z nich, np, w przypadkach Nicaise, Mierzejewski i Erlicki ¹⁾, Ester ²⁾. Od połowy zdrowej zanik twarzy często ostro się odgranicza, nawet rodzajem wału, wystającego od strony zdrowej (Herz). W zaniku bierze udział głównie tkanka łączna podskórna, ale często także sama skóra, która staje się cieńszą i bledszą, a temperatura niekiedy niższą (Brunner, Suckling). Cucie jest niezmienione, pocenie jednakowe po obu stronach. Często spostrzegano udział mięśni w zaniku, chociaż ruchy mimiczne były prawie zawsze zachowane, a oddziaływanie elektryczne tylko nader rzadko zmniejszone. Nie tylko właściwe mięśnie twarzy znajdowano zanikłemi, ale także te, które otrzymują gałązki od części ruchowej nerwu trójdzielnego, a więc żwacze, skrzydlate, skroniowe, tak w przypadku Warfvinge ³⁾. W niektórych też przypadkach zaznaczono zanik połowy języka po tejże stronie. Spostrzegano także skurcze włókienkowe w żwaczu, kloniczne i toniczne skurcze w nim i mięśniu skroniowym (Spitzer ⁴⁾, Warfvinge, Mendel, Bechterew, Herz). Dość często i koście twarzy brały udział w zaniku (Rona ⁵⁾, Bechterew, Suckling, Warfvinge, Mierzejewski i Erlicki, Mendel itd). W wyjątkowym przypadku zanotowano exophtalmus, rozszerzenie zrenicy, trudne jej oddziaływanie na światło itd. (Brunner), Seeligmüller zaś w jednym przypadku rozszerzenie zrenicy po jednej stronie. Częściej już widziano wgłębienie gąłki w orbitę z powodu zaniku tłuszczu oczodołowego. W niektórych przypadkach wymiar czaszki po stronie chorej był mniejszy (Herz), to znowu, oprócz twarzy, dotkniętą była zanikiem górna kończyna, nawet cała połowa ciała (Mendel, Henschen ⁶⁾). W ostatnich 2 przypadkach istniała, obok zaniku, psychoza. W rzadkich spostrzeżeniach zanik zajmował obie połowy twarzy (Wolff, Eulenburg). Smak, węch jak i inne zmysły były prawie zawsze nienaruszone.

Rokowanie dla połowicznego zaniku twarzy jest złe. Wprawdzie zdrowie na szwank narażone nie jest, ale sama

¹⁾ Ref. w Neurol Centr. 1884 p. 107.

²⁾ Revue de Medecine 1888, p. 800.

³⁾ Ref. w Neurol. Centr. 1885, str. 513.

⁴⁾ Wiener Med. Blätter 1885 Nr. 1.

⁵⁾ Neur. Centr. 1889.

⁶⁾ Neur. Centr. 1883, str. 374.

sprawa zaniku twarzy powstrzymać się nie da. Wyjątkowo i ostrożnie wzmiankują niektórzy (Penzoldt, Bärwinkel) o nieznaczej poprawie.

Jeżeli strona kliniczna połowicznego zaniku twarzy jest dostatecznie znaną, to inaczej się rzecz ma z patogenezą tego cierpienia. Istnieją dwie teoryje, jedna (Bitot, Lande, Gintrac) przyjmuje pierwotne cierpienie tkanki łącznej podskórnej, t. zw. aplasie lamineuse progressive, od którego jako następstwo wyprowadza wszystkie objawy, co oczywiście jest naciąganem i krytyki nie wytrzymuje; druga teoryja, mająca daleko liczniejszych zwolenników i z faktami zgodniejsza, uważa zmiany w nerwach za sprawę pierwotną. Pierwsi mianowicie badacze tego cierpienia, Romberg, później Samuel, Frémy odnosili je do zaburzeń w nerwach troficznych (trofoneuroza). Wprawdzie ani ośrodków, ani nerwów troficznych dotychczas dowieść się nie udało, to jednak wszystko skłania do przyjęcia istnienia ich, a zmiany troficzne tkanek nie ulegają najmniejszej wątpliwości w niektórych cierpieniach mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych. Nie ma tylko zgody pomiędzy autorami co do nerwu, który ma być w połowicznym zaniku twarzy dotkniętym, bo gdy jedni przyjmują zaburzenie nerwów naczynioruchowych, opierając się na tym zresztą nader rzadkim objawie, że tętnica domózgowa po stronie chorej była mniej napiętą i dawała słabsze tętno (Bergson, Stilling), inni nerwu współczulnego (Seeligmüller, Brunner), to inni szukają przyczyny w nerwie twarzowym, trójdzielnym, nawet w rdzeniu przedłużonym.

Szukanie pierwotnych zmian w nerwie twarzowym najmniej ma podstawy, przy cierpieniu jego bowiem mamy zmiany w oddziaływaniu mięśni, skóra zaś i tkanka tłuszczowa pozostają niezmienione. Więcej zwolenników liczy nerw współczulny (jego część szyjowa), a opierają się głównie na niektórych spostrzeżeniach ¹⁾, w których obok objawów wskazujących na podrażnienie tego nerwu (rozszerzenie szpary powiekowej, wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie źrenicy, rzadziej błądliwość twarzy), lub porażenie (zwężenie szpary powiekowej, wpadnięcie gałki ocznej, zwężenie źrenicy, rzadziej zaczerwienienie skóry) widziano także spłaszczenie odpowiedniej strony twarzy. Przedewszystkiem ostatni ten ob-

¹⁾ Eulenburg Real-Encyclopedie T. VIII, str. 383.

jaw przy afekcjach nerwu współczulnego występuje najrzadziej, następnie spłaszczenie twarzy nie jest obrazem połowicznego jej zaniku, a dla podrażnienia nerwu współczulnego daje się wytłumaczyć zwężeniem naczyń i mniejszym ich wypełnieniem, wreszcie tylko w wyjątkowym przypadku połowicznego zaniku twarzy widziano objawy zależne od nerwu współczulnego, na pierwszym miejscu pomiędzy którymi stoją gałko-zrenicowe. Takim wyjątkowym był przypadek Brunnera, w którym obok zaniku twarzy istniało jeszcze wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie zrenicy i trudne jej oddziaływanie na światło, bladość skóry i łącznicy, mniejsze pocenie się i łzawienie po stronie chorej, nawet nieprzyjemne uczucie przy ucisku zwoju szyjowego górnego, wskutek czego Brunner przyjmuje dla swego przypadku stałe podrażnienie nerwu współczulnego.

Najprawdopodobniejszym do przyjęcia był nerw trójdzielny, przede wszystkim dla tego, że połowiczny zanik twarzy rozprzestrzeniła się w obrębie rozgałęzienia jego, następnie, że znane są oddawna objawy troficzne przy jego cierpieniu jak herpes Zoster, Keratitis neuro-paralytica i t. d., a ostatnio Ruhemann spostrzegał obok innych niewątpliwych objawów zależnych od tego nerwu, jak znieczulenie, zaburzenia smaku i t. d., jeszcze połowiczny zanik twarzy. Rozumie się, że tylko ściśle wykonana sekcja mogła wątpliwości rozstrzygnąć. Dotąd istnieją trzy przypadki sekcyjne, Pisslinga z 1850 r. zupełnie niedokładna (massa nowotworu na wypukłej powierzchni mózgu), Jolly'ego z 1872, w którym połowiczny zanik twarzy wystąpił w przebiegu sclérose en plaques, ale nerwy obwodowe badane nie były, a jądra nerwów czaszkowych okazały się bez zmian. Wreszcie najważniejszy przypadek Mendela z 1888, którym, ponieważ czyni zadość wszelkim wymaganiom stawianym obecnie tego rodzaju badaniom, tutaj nieco obszerniej się zajmujemy.

Przypadek ten jest historyczny, bo znanym już był Rombergowi, Remakowi starszemu, wreszcie przedstawiony był w 1880 r. przez Virchowa w berlińskim towarzystwie lekarskim. Tyczy się on kobiety lat 50 (w 1887 r.), u której w połogu, w 25 r. życia, wystąpiły po różny twarzy bóle w lewym oku i policzku i prawie jednocześnie w lewym przedramieniu. Już po roku zauważyła schudnięcie lewej połowy twarzy, a kiedy ją Virchow demonstrował, objawy poło-

wicznego zaniku twarzy były klasyczne, oprócz tego istniał zanik w lewej górnej kończynie, głównie w obrębie nerwu promieniowego. W 1887 r. stan jej był następujący: zanik tyczy się wszystkich 3 gałęzi nerwu trójdzielnego, a najmocniej wyrażony jest w obrębie drugiej, gdzie wzdłuż nn. palpebrales, nasales subcutanei istnieją rowki wyglądające jak blizny, także na czole wzdłuż rozgałęzienia n. frontalis, najslabiej objawy były wyrażone w obrębie III gałęzi, gdzie istniało zagłębienie odpowiadające n. mentalis. Skóra żółtoszara, cienka, mięśnie zależne od nerwu twarzewego i trójdzielnego, przednia część języka cieńsze, oddziaływanie tych mięśni zmniejszone, lewa gałka oczna głębiej osadzona z powodu zaniku tłuszczu oczodołowego, osłabienie zwieracza powiek. Oprócz tego istniał zanik skóry, tkanki tłuszczowej i mięśni na grzbiecie i w lewej górnej kończynie. Chora zmarła na gruźlicę. Zbadano mikroskopowo mózg, rdzeń, nerwy obwodowe, skórę, mięśnie, nietylko strony chorej, ale także homologiczne części zdrowej. Niestety, wypadek nie dozwolił zachować nerwu współczulnego, co w obec rezultatu badania o którym niżej, ma być, według Mendela, bez znaczenia.

Z nerwów obwodowych zbadano przedewszystkiem trójdzielny, w którym znaleziono jednakowe zmiany we wszystkich gałęziach, ale największe w nerwie szczękowym górnym, mianowicie znaczne, 3—4-krotne, zgrubienie perineurii, od którego odchodzą wgłąb nerwu beleczki tkanki łącznej, pomiędzy którymi leżą włókna nerwowe niezmienione, jądra neurilemy nie pomnożone. Na niektórych cięciach większa część włókien nerwowych zdawała się zachowaną, w innych widać było tylko małe ich wysepki wśród grubych beleczek tkanki łącznej.

Te same zmiany znaleziono w samym korzeniu nerwu trójdzielnego po wyjściu jego z mostu. W przebiegu jego wewnątrz mostowym, obok włókien dobrze zabarwionych, widziano białe, które się nie zabarwiły, a w zwoju Gassera tylko rozrost tkanki łącznej. Mendel określa rezultat mikroskopowego badania jako neuritis interstitialis prolifera wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego, poczynawszy od jego jąder aż do obwodowego rozgałęzienia.

Od tylnego końca III komórki do najdalszego punktu jądra nerwu podjęzykowego przygotowano 419 skrawków, które wykazały mniejszą ilość włókien nerwowych w ko-

rzeniu zstępującym nerwu trójdzielnego i mniejszą ilość komórek w *substantia ferruginea* po stronie lewej. Zresztą, ani w jądrach nerwu trójdzielnego, lub w pęcherzykowatych komórkach naokoło wodociągu Sylwiusza, od których korzeń zstępujący ma brać początek, ani we wstępującym korzeniu nerwu trójdzielnego, lub w innych jądrach na dnie IV komórki położonych, zmian nie znaleziono. Nie było ich także w nerwie twarzowym.

Zmiany w skórze polegały na znacznem ścięczeniu *corii*, braku brodawek; tkanka łączna była mniej falista, naczyń mniej i węższe, były pozbawione wstępujących gałęzi. Włókna mięsne okazały się tylko węższemi.

W nerwie promieniowym lewym znaleziono także *neuritis interstitialis*, a w lewym przednim rogu na wysokości V szyjowego mniej komórek zwojowych. Korzenie nerwowe prawidłowe.

Mendel uważa tedy, że w jego przypadku połowiczny zanik twarzy miał za anatomiczny podkład *neuritis interstitialis prolifera nervi trigemini*, następstwem czego ma być zanik zstępującego korzenia i *substantiae ferrugineae*. Jest on skłonny przypuścić, że pewna część przypadków połowicznego zaniku twarzy, w których etjologii gra rolę uraz, próchnienie zębów, choroby zakaźne, zawdzięczają swe powstanie właśnie takiemu obwodowemu zapaleniu nerwu. Przecież znamy obecnie dobrze cierpienia nerwów obwodowych na skutek chorób zakaźnych, Mendel przypuszcza, że i inne sprawy patologiczne, nietylko zapalenie nerwu trójdzielnego w obwodowym przebiegu, jeżeli dotkną odpowiednie włókna nerwowe w ośrodku, lub komórki zwojowe, z których ostatnie biorą początek—mogą dać obraz połowicznego zaniku twarzy.

Jeżeli więc uznać *neuritis trigemini* za przyczynę wielu przypadków połowicznego zaniku twarzy, to powstaje kwestya, dla czego tylko te włókna cierpią, które są w związku z czynnością odżywczą, a czuciowe, ruchowe pozostają po największej części nienaruszone. Przedewszystkiem, jak już wiemy, na początku rozwoju choroby istnieją w pewnej liczbie przypadków objawy czuciowe, od parestezyi do nerwobólu, dalej spostrzegano zanik w obrębie żwaczy, skrzydlatych, skroniowych, a także skurcze kloniczne i toniczne w nich, co służy za dowód, że przynajmniej czasowo i włókna czuciowe i ruchowe nerwu trójdzielnego były dotknięte. Wreszcie wiemy z analogii z innemi cierpieniami, że pewne

szkodliwości mogą podziałać tylko na włókna nerwowe czynnościowo jednorodne np. wyłącznie ruchowe w zatruciu ołowianem, czuciowe w leprze i t. d.

Mendel wreszcie, jest skłonny do przypuszczenia, że w korzeniu zstępującym, jak widzieliśmy, jedynym z sześciu znanych korzeni nerwu trójdzielnego, w którym zmiany były widoczne, przebiegają włókna, będące w związku z czynnościami odżywczeimi.

GŁÓWNIJSZE RODZAJE SZWU CHIRURGICZNEGO*)

podał

W. Matlakowski.

Główniejsze rodzaje szwu są następujące:

Szew supełkowy, czyli przerywany (Suture à points séparés, entrecoupée, interrupted suture), (Fig. 1) najprostszy ze wszystkich polega na tem, że nawleczoną igłą przebija się od powierzchni skóry lub błony śluzowej jeden brzeg rany i wykluwa w samej ranie, poczem na odwrót wkluwa się w drugi brzeg rany i wykluwa na jego powierzchni skórnej lub śluzowej. Jeżeli się szyje jedwabiem, a brzegi rany dają się zbliżyć bez żadnego naprężenia, wiąże się końce nitki na pojedynczy supeł, w przeciwnym razie na supeł chirurgiczny, który różni się od pojedynczego tem, że pierwsze półzawiazania składa się z podwójnej pętlicy, czyli z podwójnego okręcenia nitki naokoło nitki. Supeł chirurgiczny konieczny jest przy wiązaniu kutgutu, lub włosia, zwyczajny bowiem węzeł łatwo puszcza skutkiem śliskości nitki. Jeżeli części zeszywane są bardzo elastyczne i napięte, naprzykład grube brzegi ściany brzusznej, wypada nieraz pierwsze półwęzle szwu zrobić z trzykrotnego okręcenia jednej nitki około drugiej. Jakikolwiek jednak byłby szew użyty, prosty, czy chirurgiczny, czy potrójny, należy drugie półwęzle, czyli dokończenie supła tak zrobić, ażeby wiązane końce skrzyżować; wtedy po zawiązaniu i obcięciu końce leżą prostopadłe do kierunku rany, nie wlepiają się w nią i przy zdej-

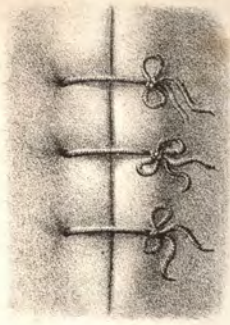
*) Redakcja otrzymała list, czyniący nam w imieniu pewnej grupy kolegów propozycję wyjednania u którego z naszych chirurgów artykułu o szwach chirurgicznych. Czyniąc z. dość temu żądaniu, zwróciliśmy się do kol. Matlakowskiego, który spełniając nasze życzenie, nadesłał nam powyższy artykuł.

stawianiu rana się nie rozkrwawia; w przeciwnym razie, lud zowie zawiązaniem „na babskie ucho“, a przy nim końce nitki, zwłaszcza przy szyciu jedwabiem, układają się wzdłuż rany, skleją się z nią, a przy wyjmowaniu niepodobna uniknąć roztwarzania rany.

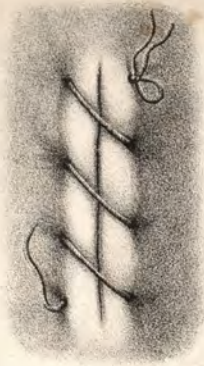
Jeżeli rana jest dłuższą, najlepiej przy szyciu przepołąwić ją pierwszym szwem, potem każdą połowę znowu na pół następnymi szwami i t. d., w ten sposób osiąga się dokładne zamknięcie rany; w przeciwnym razie może się zdarzyć, że jeden brzeg rany będzie ku końcowi szycia za długi i trudno będzie dobrze dopasować brzegi. Jeżeli rana jest kątowatą lub zygzakowatą, należy celem dobrego dopasowania brzegów najprzód zeszywać ząbek z jego wcięciem, wklęsły łuk z jego wypukłością, a potem dopiero pozoszywać pozostałe luki.

Doświadczenie tylko daje ręce chirurga tę potrzebną miarę, ażeby brzegi rany przy wiązaniu dobrze dały się dopasować; musi być zachowana pewna proporcycja między paskiem skóry objętym linją cięcia i linją wkluc a grubością, czyli głębokością zajętych szwami części: jeżeli się daleko wkluło igłę od linii cięcia, czyli dużo zajęło w szew skóry, a wykluło na powierzchni rany blisko skóry, to jest zajęło ciała płytko, przy ściągnięciu szwu supłem skóra się pomarszczy i niepodobna uniknąć wwijania się brzegów rany. Naodwrot jeżeli wkluwało się w skórę tuż przy linii cięcia, a zajęło się dużo ciała w takim razie po zawiązaniu okrwawione części będą się wypuklać, wyparskiwać i trudno będzie dopasować brzeg skóry do skóry. Dopasowywanie najlepiej skutecznia się paznokciami i palcami wiążącego; bez porównania gorzej idzie przy dociąganiu szczypcykami; wraze wywijania się brzegów i wyparskiwania rany, dobrze jest krwawiące ciało wciskać podczas wiązania igłą, lub szczypcykami. Praktyka również daje tę konieczną miarę co do stopnia ściągnięcia węzła: jeżeli szew zawiązany za luźno, powierzchnie ranne zbliżone trzeć się będą o siebie i opóźnić sprawę zrośnięcia, naodwrot jeżeli za ściśle objęte w pętlice szwu brzegi, zanadto ściśnięte, a przez to pozbawione dopływu krwi, albo obumrą, albo nie skleją się i po zdjęciu nitek w linii szwu pozostanie szczelinka; przy dłuższym leżeniu szwu, zwłaszcza w okolicach delikatniejszych (np. przy peryneorafii) szew zaciasno nałożony może część poprzerzynać.

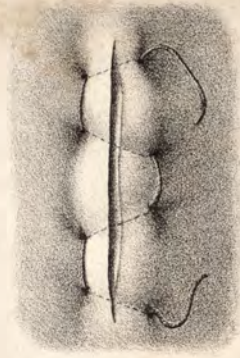
1.



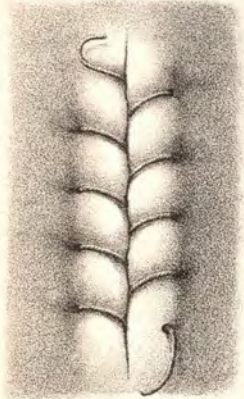
2.



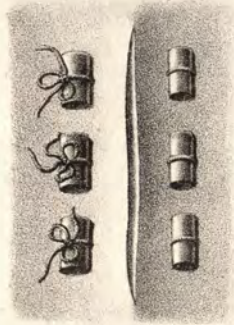
3.



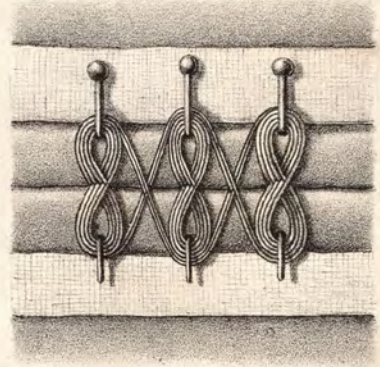
4.



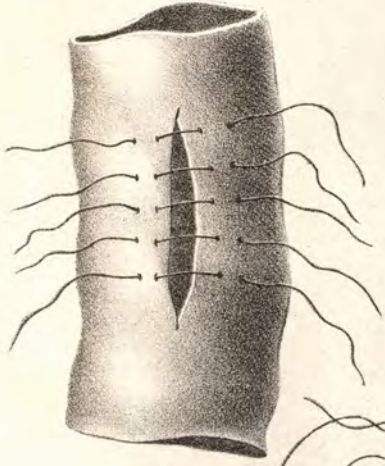
5.



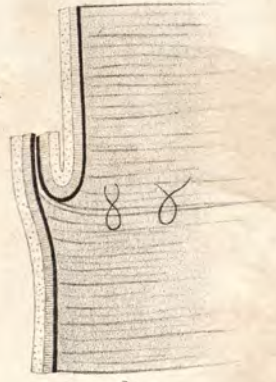
6.



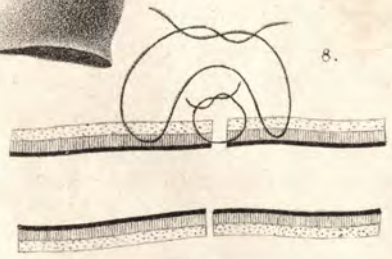
7.



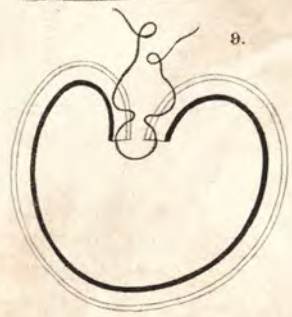
10.



8.



9.



Gdy skóry do przykrycia zbyt obszernej rany (np. po wycięciu sutki) jest przyskąpo i zeszyte brzegi byłyby zbyt naciągnięte, przez co niemożliwem byłoby zetknięcie się rannych powierzchni, które w tym razie rozszedłszy się potworzyłyby owalne szczeliny między szwami, dobrze jest dodawać zwalnające (Entspannungsnähte, sutures of relaxation), przy których wklucia i wyklucia znajdują się na $1-1\frac{1}{2}$ cala lub dalej od linii cięcia; zapomocą nich znosi się naciągnięcie samych brzegów rany i ułatwia rolę szwom brzeżnym (Vereinigungsnähte). Szwy głębokie należy zdejmować wcześniej, łatwo bowiem naokoło nich powstają kanały nekrotyczne. Przy zdejmowaniu szwów należy szczypczkami ująć za koniec supła, szew lekko unieść, i wtedy nożyczkami ostrokończastymi nitkę przeciąć, a pociągając za supel w kierunku strony rany po której była nitka przecięta delikatnie ją wyciągnąć. Jeżeli się na to nie zważa, można przy wyciąganiu supła brzegi rany, zwłaszcza jeżeli zdejmuje się szwy po dobie, rozlepić.

Sz w u c i ą g ł ę g o jest kilka gatunków:

a) Szew na okrętkę albo obrzucający (Fig. 2) (suture en surjet, stitch of the seamstress) przebija się oba brzegi rany jak w poprzednim szwie, przyczem przeciąga się nitkę aż do końca, na którym zrobiony supelek niepozwała nitki wywlec zupełnie, potem w pewnej odległości od wklucia pierwszego, wkluwa się w ten sam brzeg igłę i przebija przez oba brzegi rany itd. W ten sposób wszystkie wklucia leżą po jednej stronie rany, wszystkie wyklucia po drugiej, a ścięgi nici w ukos krzyżują się z linią cięcia. Jest to dobry sposób szycia, bardzo oszczędzający czas, lecz mojem zdaniem nie tak ściśle pozwalający dopasować dwa pożądane punkty, jak poprzedni, chociaż autorowie właśnie wręcz odmiennego są zdania. Ma on swą złą stronę w tem, że jeżeli nastąpi ropienie około jednego ścięgu, to przecinając rozluźnia się cały szew; dalej trudno jest jednostajnie zaciskać wszystkie ścięgi, oraz, że podczas gdy się zaciska ścięg ostatni, rozpuszcza się nieco ścięg przedostatni. Przy wyjmowaniu nigdy się nie postępuje tak jak robią szwaczki, chcąc wyciągnąć fastrzygę — owszem należy każdy ścięg z osobna przeciąć i kawałki nitki oddzielnie powywłóczyć. Szew ten różni się od fastrzygowego tem, że przy tym ostatnim brzegi szyte pozostają wywiniete i szyje się inaczej.

b) Szew c e r u j ą c y (Fig. 3) (suture en zigzag, v. en

faufils, fold suture v. darning stitch of the seamstress) nakłada się w ten sposób, że przebija się igłą oba brzegi rany, poczem odstąpiwszy na pewną odległość od punktu wyklucia pierwszego ściegu, przebija się oba brzegi w kierunku odwrotnym, itd. w ten sposób ściegi nitki znajdują się naprzemian to z jednej, to z drugiej strony rany, i nie krzyżują się z linią cięcia, lecz są do niej równoległe. Ten rodzaj szwu nadaje się do zeszywania bardzo cienkich brzegów rany, kiedy skóra ma dążność wwijania się.

c) *Szew kuśnierski* (Fig. 4) (suture du pelletier, glover's stitch, v. herring-bone stitch), przebija się dajmy na to, lewy brzeg rany, wkluwając od powierzchni rannej, a wykluwając na skórze, poczem krzyżuje się nitkę z tymże lewym brzegiem, podprowadza igłę pod prawy brzeg rany i przebija go również, wkluwając od strony rannej, a wykluwając na skórze itd. W ten sposób osiąga się dość ściśle dopasowanie, lecz ściegi nitki leżą między brzegami rany.

d) *Szew kapciuchy* (suture en bourse) nadający się do ran okrągłych lub do otworów przetok; przesywa się skórę igłą równoległe do brzegu rany i wykluwa się na 3—4 m m. od punktu wklucia; następnie wkluwa się przez dziurkę wyklucia i znowu wyprowadza o kilka milimetrów dalej i tak dalej, aż póki nie okrąży się całego otworu, poczem ściągając nitkę zamyka się ten ostatni jak kapciuch.

Jako odmiany szwu przerywanego można uważać:

a) *Szew wałeczkowy* (Fig. 5) (suture enchevillée, quilled suture). Igłę posiadającą uszko w ostrym końcu, nawleczoną nitką jedwabną lub drucianą przebija się oba płaty rany u samej ich podstawy, zatem dość daleko od brzegu, wykluwa się tyle igły, aby ukazało się uszko: wtedy chwytta się pętlicę nitki i wyciąga, cofając, igłę. W pętlicę wkłada się, jak dawniej kawałek bougie, jak dziś dla czystości lepiej kawałek drenu, poczem pomiędzy końce nici po drugiej stronie rany drugi kawałek drenu: napchnąwszy oba kawałki drenu, przyciska się płat do płatu i zawiązuje końce nitki naokoło drenu. W ten sposób nakłada się drugi i trzeci szew. Można też w oczka pętlic wszystkich szwów znajdujące się po jednej stronie rany wsunąć jedną świeczkę, a końce szwów zawiązać po drugiej stronie rany naokoło drugiej świeczki. Szew ten pozwala doskonale dopasować powierzchnie blisko dna głębokich ran i z ulubie-

niem był dawniej stosowany przy plastycznej operacji kroczka. Same brzeżki rany nadto łączy się szwem węzełkowym lub na okrętkę.

b) **Szew guziczkowy** (Knopfnaht, button suture) bardzo chętnie dziś używany w charakterze szwu zwalniającego, gdy chodzi o naciągnięcie skóry celem pokrycia dużych braków. Można go nakładać w dwójaki sposób: albo bierze się igłę nawleczoną drutem w podwójkę, przeprowadza przez tarczkę metalową, poczem na jeden koniec naniżawszy śrucinę przedziurawioną zawiązuje końce metalowej nitki, a wtedy dopiero przebija oba mające być zbliżonymi płaty skóry u samej podstawy, lub w każdym razie na cal do dwóch od brzegów rany, poczem przewleka przez drugą tarczkę i przez śrucinę, ściąga mocno tarczki, a zatem i płaty do siebie, poczem zgniata się drugą śrucinę kleszczami odpowiedniami i odcina koniec drutu z igłą; jestto zatem, jak widzimy, odmiana szwu wałeczkowego; albo też trzeba wziąć guziczki owalne od $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ cala na długość mające, dziureczką w środku, a skrzydełkiem z boku opatrzone. Mając igłę nawleczoną drutem srebrnym, przewleka się ją przez dziurkę guziczka, koniec nitki obwija około skrzydełka, poczem przebija oba płaty rany, przewlekając zdala od linii cięcia, w końcu przeciąga przez drugi taki sam guziczek i zbliżywszy dostatecznie powierzchnie obu płatów rany do siebie obwija drugi koniec drutu około skrzydełka drugiego guziczka. Jestto wyborny szew, może być doskonale i łatwo wyjałowiony, akuratnie pozwala dopasować ranne powierzchnie, zwalnia napięcie w zeszywanych częściach i jest nieodzowny jako środek pomocniczy do szwu supełkowego lub obrzucającego przy zakryciu dużych braków skóry np. po odjęciu sutki z powodu raka. Szwy te zdejmuje się wcześniej 2-go lub 3-go dnia.

c) **Szew ósemkowy** (Fig. 6) (suture entortillée, twisted suture), z predylekcyjną dawniej używany przy operacji plastycznej wargi zajęczej, a i dziś jeszcze napotykamy w szpitalach naszych, a nakładany przez felczerów na mięście. Przez oba brzeżki rany przebija się szpilkę karlsbadzką, poczem zesunąwszy ku sobie obie ranne powierzchnie i ścisnąwszy je, oplata się w osemkę koniec szpilki nitką lub drutem srebrnym, w końcu ostry koniec szpilki obłamuje i pod oba końce podsuwa, aby nie gniotły skóry silk-protective lub gazę. Szew ten może i dziś z pożytkiem odgrywać rolę

szwu zwalniającego, lecz łatwo sprawia odgniecinę lub obumarcie brzegów rany w razie najłżejszego opuchnięcia zapalnego.

Nie możemy też pominąć rozmaitych zastosowań wymienionych szwów, które noszą nazwy od swoich wynalazców, a znajdują zastosowanie przy leczeniu ran kiszek i żołądka.

1. Szew *Lembert'a* (Fig. 7). Najcieńszą możliwie igłę, nawleczoną najcieńszą niteczką wkładamy na $\frac{1}{4}$ cala od linii cięcia w błonę surowiczą i przebijamy ją, oraz bł. mięsną — poczem wykładamy przez błonę podśluzową w samej powierzchni rany jelita; następnie naodwrot wkładamy w błonę podśluzową drugiego odcinka кишки wykładamy na błonę surowiczej; takich szwów nakłada się do około światła jelita kilkanaście do kilkudziesięciu, poczem wiąże się nitki na zwyczajny, nie na chirurgiczny szew; w ten sposób zbliżone zostają powierzchnie surowicze jelita do siebie, a szwy nie dochodząc do światła кишки i nie stykają się z jej septyczną zawartością, szwy bowiem nie zajmują błony śluzowej.

2. Szew *Czerny-Lembert'a* (Fig. 8) różni się od poprzedzającego tem tylko, że do szwu poprzedzającego daje się drugie piętro szwów węzełkowych, które zajmują tylko błony surowicze i mięsne zeszywanego jelita; szew ten daje większą pewność przeciw wylaniu się zawartości kiszki między szwami do jamy otrzewnej.

3. Szew *Gussenbauer'a* (Fig. 9) spełnia to samo zadanie co poprzedni, lecz w nieco inny sposób. Wkłada się igielkę w bł. surowiczą w pewnej odległości od linii cięcia i wykluwa na bł. surowiczej lecz bliżej tejże linii, poczem powtórnie wkłada w ścianę кишки przez surowiczą i mięsną i wykluwa w powierzchni rany kiszki; to na jednym z zeszywanych odcinków jelita; teraz robi się to samo, tylko w odwrotnym porządku, na drugim odcinku, a mianowicie wkłada się w powierzchnię rany, wykluwa na błonie surowiczej, odstępkuje kilka milimetrów, wkłada powtórnie w ścianę кишки, a przejąwszy bł. surowiczą i mięsną, znowu wykluwa na błonie surowiczej drugiego odcinka, poczem ściągawszy oba odcinki кишки wiąże na supeł końce nici.

Szew *Madelung'a* różni się tyle tylko od szwu *Lembert-Czerny'ego* że drugie piętro składa się zamiast ze szwów węzełkowych zwyczajnych, ze szwów płytkowych, czyli guziczkowych (*Plattennaht*), których płytki przygotowane są

z dezynfekowanej chrząstki cielejącej (Patrz streszczenie z rysunkami Gaz. Lekarska 1882 str. 590).

4. Szew Ramdohr-Jobert'a (Fig. 10) nakłada się w ten sposób: mając nitkę przewleconą przez dwie igielki, przebija się te ostatnie przez całą grubość ściany jelita doprowadzającego, czyli górnego, wkluwając obie igły od strony błony śluzowej i to jedną bliżej, drugą nieco dalej od brzegu czyli od przecięcia kiszki; następnie wwiija się pewien odcinek kiszki odprowadzającej w nią samą i dopiero utworzone w ten sposób dwie warstwy ściany kiszki odprowadzającej przebija się owemi obiema igłami, które wyklują się w odległości $\frac{1}{2}$ ctm. jedna od drugiej na błonie surowiczej jelita odprowadzającego. W taki sam sposób przeprowadza się kilka takich szwów, które w końcu się wiąże na supeł, przyczem oczywiście oba zeszyte jelita stykają się ze sobą powierzchniami surowiczymi; ściślej jeszcze zetknięcie zapewnia się dodatkowemi szwami Lembertowemi.

5. Szew Gely'ego różni się od dotychczasowych tem, że jest szwem ciągłym, gdy tamte były typu węzłkowego. Nawłoczy się nić w uszka dwóch igielek, z których jedną wklują się w pewnej odległości od brzegu rany kiszki i równolegle do tego brzegu, a wyklują w odległości kilku milimetrów od punktu wklucia; to samo robi się drugą igielką na drugim brzegu rany kiszki (albo na drugim odcinku w poprzek przeciętej kiszki), poczem ściąga się brzegi jeden do drugiego, krzyżując nitki w ten sposób, że lewa igła przechodzi na prawą stronę, a prawa na lewą, a wtedy przetyka się igielki przez te same otworki, któremi wykluło się je poprzednio, i znowu wyklują o parę milimetrów dalej. Powtórzywszy to samo skrzyżowanie kilkakroć, póki nie zamknie się całej rany, wiąże się nitki na supeł; pod wpływem tego szwu brzegi rany wwijają się, a przez to w zetknięcie przychodzą same tylko powierzchnie surowicze kiszki, o co właśnie chodzi.

6. Szew Stanmore Bishop'a jest właściwie szwem węzłkowym, lecz ma dobre strony szwu ciągłego. Weź długą nitkę i nawlecz ją w igłę tak, żeby ta ostatnia wypadła w środku nitki, ujmij oba brzegi rany kiszkowej tak, aby przylegały do siebie powierzchniami surowiczymi, i teraz przebij przez oba złożone brzegi, (resp. przez całą grubość obu ścian kiszki) i przewlec tyle nitki, aby pozostanie

stało po 6 ctm obu końców nitki po prawej stronie; przeciągnąwszy np. z prawej strony na lewą, przetnij na lewej stronie jedną z przeciągniętych nitek w odległości 6 ctm od miejsca wyklucia. Pociągając za ten obcięty lewostronny koniec, spostrzeżesz który z dwóch prawostronnych się porusza, ten ruszający się koniec schwyć i z lewostronnym ujmij w kleszczyki Péan'a. Teraz wróciwszy do swojej igły przebij znowu przyłożone do siebie ściany zeszywanej kieszki lecz w kierunku oczywiście odwrotnym t. j. z lewa na prawo, poczem na prawej stronie pociągając to za jedną to za drugą z tylko co przewleczonych nitek przekonaj się, która jest dalszym ciągiem swobodnego końca zostawionego na prawej stronie przed poprzednim przekłuciem i tę nitkę z tym końcem zwiąż na supeł, a po związaniu końce krótko obetnij. I znowu teraz odstąpiwszy o kilka milimetrów obie przylegające do siebie ściany kieszki przebij igłą, teraz znowu z prawa na lewo, przekonaj się która z nitek na lewo tylko co przewleczonych stanowi dalszy ciąg końca lewostronnego powstałego od drugiego przekłucia i ją z nim zwiąż itd. aż do końca obwodu zeszywanych kieszek. Szew ten przed zastosowaniem radzę wypróbować na dwóch serwetach lub czem innem, gdyż opis nie może dać jasnego obrazu, i trzeba się go wyuczyć, co jest łatwiejsze, niż sobie według opisu wyobrazić.

Za daleko by nas zaprowadziło opisywanie materyjałów używanych do szycia, igieł i trzymadeł (*acutenacula*), oraz mnóstwa przepisów technicznej i rzemieślniczej, że tak rzekę, natury. Dodam tylko, że u nas najniesłuszniej zaniedbane jest szycie palcami bez trzymadła. Tak świetny operator jak Langenbeck szył często trzymając igłę w palcach, jak to nieraz widziałem. Do tego najodpowiedniejsze są igły proste. Najgorsze są igły właśnie najbardziej rozpowszechnione, i u nas prawie wyłącznie używane, mianowicie spłaszczone w ostrym końcu na płask (w płaszczyźnie prostopadłej do płaszczyzny zgięcia, jeżeli igła krzywa), gdyż po związaniu nitek szczelinki po nakłuciu powstałe rozdziwiają się od ciągnięcia szwu i otwierają drogę dla zarazków około nitek. Bez porównania lepsze są igły, jakich używają w Anglii, mianowicie mające końce lancowate (trójkąt w przecięciu), lub igły kol. Wolberga (szablownate).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

156. Dr. W. B. NEFTEL. *Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migraine. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1889, Bd. XXI, H. 1.*

Etiologia migreny w wielu razach jest bardzo niejasną, co prowadzi za sobą chwiejność przy jej leczeniu. Nie rzadko cierpienie to napada ludzi zupełnie zdrowych, u których migrena przyłącza się do normalnych funkcji—spółkowania, mięsaczkowania itd. Napady mogą się zjawić także wskutek jakichkolwiek wpływów zewnętrznych,—np. nieznaczne obstrukcje, zaziębienie, przerwany sen, które dla innych osobników pozostają bez znaczenia. U takich ludzi, cierpiących na migrenę, można znaleźć niekiedy usposobienie dziedziczne do tej choroby; w innych zaś razach, w braku tegoż, choroba nabytą została przez nieprawidłowy sposób życia, nadużycia w dzieciństwie i młodości. Ostatniego rodzaju przypadki są według zdania Neftel'a zupełnie wyleczalne przez dłuższy pobyt na wsi, ruch na powietrzu, regularne życie.

Daleko częściej zjawia się migrena u ludzi cierpiących przez lat wiele na przewlekłą niestrawność, przewlekłe cierpienie wątroby, zastoje w układzie żyły wrotnej, dalej u bledniczych i anemicznych osobników, szczególnie kobiet. Malaryja, reumatyzm, syfisz, podagra odgrywają jeszcze ważniejszą rolę w etiologii migreny. Różnorodne zatrucia mają nie mniejsze znaczenie: mogą one powstać wskutek długotrwałego wprowadzania nieznacznych ilości trucizny przez drogę oddechową lub pokarmową, lub też wskutek upośledzonego wydalania z organizmu materij szkodliwych wskutek cierpienia organów wydzielniczych, także krążenia.

Neurastenicy dają nie mały procent cierpiących na migrenę. Nareszcie autor wie z własnego doświadczenia, że długotrwałe cierpienie na napady migreny może być poprzednikiem jeszcze cięższych cierpień układu nerwowego — paraliżu postępowego lub władu rdzeniowego. Z nieznanych dotąd objawów przy migrenie Neftel zauważył zwiększenie pobudliwości galwanicznej i zmniejszenie oporu przy przewodnictwie prądu na stronie, zajętej migreną. Ten ostatni objaw zauważonym był już przez Charcot i Vigouroux przy morbus Basedowii.

Leczenie migreny polega na leczeniu samych napadów i leczeniu pomiędzy napadami. Autor zaczyna od ostatniego. Ogólną zasadą powinno być nie tylko polepszanie składu krwi, ale i jej normalnego krążenia. Jednym z momentów, utrudniających to ostatnie, jest uporczywe zaparcie stolca, które towarzyszy prawie zawsze migrenie i trwa od dość długiego czasu. Niekiedy tacy chorzy nieważają wypróżnienia codziennie, a mimo to kał nie pozostaje zupełnie wydalany i badanie

przez kiszkę stolcową może przekonać o zastoju masz kałowych. Systematyczne używanie codziennie naczczo wody gorzkiej (Hunyadi, Friedrichshall i t. p.) w przeciągu kilku miesięcy, lub tygodni, dopóki zaparcie stolca nie będzie uleczonem, oddaje według N. znakomite usługi. Woda gorzka tylko pierwszego, drugiego dnia powinna być używaną w ilości wywołującej płynne wypróżnienia (pół szklanki lub więcej): dni następnych ta ilość może być zredukowaną do użycia kieliszka lub nieco więcej. Nawet dłuższe użycie wody gorzkiej nie pociąga za sobą szkodliwych następstw. Dzielnym środkiem, już bezpośrednio pobudzającym krążenie jest działalność mięśniowa. Cierpiący na migrenę zwykle posiadają słabo rozwiniętą muskulaturę i przytem wskutek choroby są niezdolni do pracy fizycznej. Takich chorych Neftel stopniowo przyucza do ruchu. Po śniadaniu chory powinien przejść pewną oznaczoną przestrzeń, w przeciągu,—stosownie do sił i indywidualności,—kilku minut do pół godziny, Codziennie lub co kilka dni przestrzeń do przejścia powinna się zwiększać: w ogóle wtedy chorzy powinni chodzić dopóty, póki nie zjawi się pewna reakcja ze strony organizmu—zaczerwienienie, poty i t. d. O ile można, chory powinien odbyć dziennie dwa podobne spacerory. Chód w początkach może być bardzo wolnym i dopiero po pewnem przyzwyczajeniu się do spacerów stawać się coraz szybszym. Takie metodyczne ćwiczenie chorych bardzo szybko wydaje owoce i nawet bardzo słabi pacjenci prędko nauczą się chodzić po kilka godzin dziennie i czują się znacznie lepiej, niż przy ciągłym spoczynku. Zamiast chodzenia w niektórych razach można zalecać inne mechaniczne czynności—wiosłowanie, ślizganie się i t. p.; w każdym razie ruch na świeżem powietrzu jest najpożyteczniejszym.

Po spacerze należy przynajmniej pół godziny wypoczywać i nigdy natychmiast nie przyjmować posiłku. Natomiast należy,—i Neftel gorąco zaleca tę metodę,—wypić szklankę gorącej (a nie ciepłej) wody. Znakomity wpływ picia gorącej wody obserwował Neftel początkowo u neurasteników, i następnie zaczął stosować tę metodę u cierpiących na migrenę.

Gorąca woda ma według autora skutecznie wpływać na krążenie, transpirację i ogólny stan chorego. Chorzy bardzo chętnie przyzwyczajają się do podobnego leczenia i wkrótce z własnej woli po kilka szklanek dziennie gorącej wody wypijają. Metodę swą autor przywiózł ze stepów środkowej Azji i przekonał się wkrótce o jej pożytku; gorąco też zaleca ją przy leczeniu cierpiących na migrenę, a także i innych nerwowych stanów—niestrawności nerwowej, neurastenii, hypochondryi. Picie gorącej wody nie można, lub trudno, zastąpić gorącymi wannami lub parówką. Bardzo często chorzy na migrenę nie mogą znosić ciepłych kąpiei, które tylko ich stan pogarszają.

Obok wspomnianych ogólnych metod należy przy leczeniu migreny usuwać szkodliwe wpływy—głównie zaś te, które się przyczyniły do powstania choroby (np. zatrucie), walczyć z bezkrwistością, podagrą, malaryją i t. d.

Przy podobnem postępowaniu napady u ludzi nie obarczonych dziedzicznością nerwową wkrótce mogą zupełnie zniknąć; u obarczonych zaś, jeśli nie znikają, to stają się łagodniejszymi, rzadszemi, zmieniają swój charakter poprzedni, tak że chory nawet podczas napadu będzie pracować, dobrze spać i jeść.

Umiejętne leczenie elektrycznością daje dobre rezultaty nie tylko pomiędzy napadami, ale nawet podczas samego napadu migreny. Wprawdzie to ostatnie rzadko ma miejsca: ale niekiedy prąd galwaniczny (katoda na karku, anoda ostrożnie przesuwana po cierpiącej stronie — po powiece, skroni;—prądy słabe stopniowo zwiększane i następnie zmniejszane) w stanie jest przerwać napad. Zdarza się niekiedy i odwrotnie: podczas samego napadu elektryczność zwiększa tylko ból,—ale mimo to stosowana w przerwach—ulecza cierpienie. U podobnych osobników przynosi ulgę częstokroć elektryczność stosowana na początku lub w końcu napadu, a podczas—szkodzi. Niektórzy chorzy nadzwyczaj są wrażliwi na elektryczność i przy galwanizacji głowy nawet stosunkowo słabemi prądami uczuwają zawrót głowy, nudności. Wtedy należy stosować jak najslabsze prądy, które pożytecznie wpływają, i unikać poprzecznego prowadzenia strumienia przez głowę. Ciekawą jest rzeczą, że podobni osobnicy, wrażliwi nader na elektryzację mózgu, znoszą z najlepszym skutkiem i samoczuciem bardzo silne prądy na innych częściach ciała, np. na brzuchu.

Wybór rodzaju elektryczności w każdym oddzielnym przypadku zależy od indywidualności. Pod tym względem już dawniej Engelskjön zauważył, i teraz Neftel potwierdza to, że u jednego osobnika dobroczynnie wpływa galwaniczny prąd, a szkodzi silnie przerywany,—u innego—na odwrót. Istnieje niewątpliwie taki ciekawy antagonizm pomiędzy dwoma gatunkami prądu. Trudno dać wskazówki, kiedy używać tą, kiedy inną elektryczność. W ogóle Neftel zauważył, że pełnokrwisci nie znoszą prądu przerywanego,—a małowkrwisci—prądu galwanicznego. Nie brak jednak wyjątków z tego prawidła. W każdym pojedynczym przypadku zaczynać trzeba od prądu galwanicznego: jeżeli po tygodniu leczenia niema rezultatu, przechodzimy wtedy do elektryczności przerywanej. Bywa zresztą wielu chorych, którzy oba gatunki prądu dobrze znoszą.

Co się tyczy leczenia oddzielnych napadów, to jeżeliśmy się raz przekonali o dobrym wtedy wpływie elektryczności, używamy jej dalej podczas napadów. Chorzy często sami sobie radzą, by osłabić siłę bólu i cierpienia. U pełnokrwistych neurasteników Neftel używa podczas napadu dużych dawek ergotyiny, co w wielu razach przerywa napad; u anemicznych — skutecznym się okazuje salicylan sodu. Jeśli oba te środki zawiodą, to większe dawki chininy łagodzą cierpienia. Antypiryna, antyfebryna, fenacetyna również mogą okazać się pożytecznemi. Nie należy jednak mniemać, by leczenie oddzielnych napadów migreny stanowiło całe leczenie cierpienia; i tylko przedstawiona ogólna metoda daje przy dłuższem zastosowaniu pomyslnie wyniki.

E. Biernacki.

157. R. GODET. **Różniczkowe rozpoznanie rzekomego bezwładu wysokowego** (*pseudo paralysie alcoolique*) od właściwego bezwładu postępującego. (Rev. Med. de la Suisse Romande 1889).

Autor rozbiera szczegółowo wszystkie objawy chorobowe. Drżączka nie jest według niego stałym objawem przy otruciu wysokowym, z drugiej strony spostrzega się w różnych postaciach bezwładu postępującego. Zaburzenia mowy napotyka się też u alkoholików; amnezja jakoteż wszelkie postacie niemoty (afazji) zdarzają się częściej u dotkniętych alkoholizmem aniżeli u paralityków, zachowanie się zrenie i odruchów waha się w obu chorobach zależnie od okresu choroby. Zeszywnienie mięśni, zanik ich i odczyn zwyrodnienia (zwłaszcza w mm. wyprostnych kończyn dolnych) znajdujemy częściej u alkoholików; również częściej spotykamy u ostatnich zaburzenia w czuciu (znieczulenie i t. p.). Halucynacje częstsze są u alkoholików, niekiedy jednak brak ich, natomiast bywają u paralityków w razie nadużyć wysokowych. Osłabienie władz umysłowych, pomieszanie, niezdolność orientowania się i apatya w początkach bezwładu postępującego nie są tak wydatne jak w przewlekłym otruciu wysokowym oraz z powikłaniami tegoż. Poczucie szczęścia, idee wielkości przeważają u paralityków, — natomiast idee prześladowcze, nieufności małżeńskiej oraz płciowe wyobrażenia obłudne główne zajmują miejsce w obłędzie wielkości alkoholików. Napady wrzekomo padaczkowe pojawiają się jednakowo w obu chorobach z tą atoli różnicą, iż u alkoholików nie wywierają tak donośnego wpływu, gdy paralitycy tracą władze umysłowe a objawy porażenia powoli tylko przemijają. Zwyczajka ciepłoty ciała daje się zawsze stwierdzić przy bezwładzie postępującym i zyskuje tu znaczenie rozpoznawcze. Bezwład ogólny odznacza się przebiegiem postępującym, bezwład zaś alkoholistyczny wstecznym. Zaburzenia mowy przy alkoholizmie znikają szybko, natomiast przy bezwładzie ogólnym spostrzegać się dają w nieznacznym stopniu stale nawet w okresach remisji, których trwanie nie przechodzi 1—2 lat. Bezwład alkoholistyczny nie zawsze jednak kończy się wyzdrowieniem, niekiedy prowadzi do upadku sił fizycznych i umysłowych. Zmiany anatomiczne w obu chorobach są też różne, jakkolwiek siedlisko choroby toż same. W postaci alkoholistycznej przyczyną choroby jest bodziec z zewnątrz do ustroju wprowadzony; w zwykłej postaci bezwładu postępującego wewnętrzne przeciążenie i wyczerpanie stanowi przyczynę cierpienia. Wraz z Ballem, Regil sądzi autor, iż wyskok zarówno jak przymiot, zatrucie ołowiem i t. p. spowodować mogą jedynie wrzekomy nigdy zaś istotny bezwład ogólny. Nigdy nie spotykamy u alkoholików właściwej periencephalitis chronica diffusa. Do pewnego stopnia alkohol zabezpiecza od istotnego bezwładu, przeciwdziałając przyczynom tegoż (wpływy psychiczne, wrzuczenia, przeciążenie itp.) W rzadkich tylko wypadkach do bezwładu usposobiony podlega tej chorobie pod wpływem alkoholizmu; wtedy oprócz Meningo encephalitis znajdujemy zmiany właściwe alkoholizmowi. *A. Rosental.*

158. J. CHRISTIAN. **O związku obrażeń czaszki ze zбочeniem umysłu.** (*Annales Med. Psychol.* 1889).

Autor odróżnia 3 grupy objawów, spowodowanych obrażeniem czaszki: pierwotne, wtórne i trzeciorzędne. Do pierwotnych odnoszą się objawy występujące bezpośrednio po uszkodzeniu czaszki. Są nimi w sferze czuciowej: mniejszy lub większy ból, iskry lub błyskawice przed oczami, szum i dzwonięcie w uszach, niekiedy hulacynacje powonienia itp. w sferze ruchowej: przemijające porażenia oraz drgawki w kończynach, tam gdzie nastąpiło wgłębienie się kości z uciskiem na mózg—porażenie połowicze (hemiplegia) może być zupełnem, stałem i tylko w skutek operacyi zniesionem. Objawy psychiczne wahają się pomiędzy zawrotem głowy a zupełną utratą świadomości. Wreszcie może też nastąpić śmierć natychmiastowa wskutek wstrząśnienia mózgu. Do objawów pierwotnych należy zaliczyć jeszcze amnezyę oraz automatyzm pochodzenia traumatycznego. Amnezja wyraża się mniej lub więcej długotrwałą, od kilku godzin do kilku dni trwającą utratą pamięci faktów poprzedzających i towarzyszących wypadkowi. Automatyzm zaś przedstawia się tak: ranny wraca pozornie do świadomości i wykonywa czyny skomplikowane lub wykończy robotę przed wypadkiem rozpoczętą—lecz czyni to wszystko w stanie nieświadomości, nie zachowując w pamięci rzeczy dokonanych. Oto są objawy bezpośrednie po uszkodzeniu; dodać należy, iż na powstawanie ich wstrząśnienie moralne, przestrasz—zgoła nie wywierają wpływu; uszkodzenie bowiem ma miejsce nagle, niespodziewanie; dotknięty niem traci wpieryw przytomność zanim przestrasz mógłby nastąpić. Objawy wtórne następują na drugi lub 3 dzień i spowodowane są odczynem zapalnym uszkodzenia mózgowego itp. Wielu z tych chorych ginie, wielu jednak po szczęśliwej operacyi przychodzi do zdrowia. Pytanie tylko czy wyzdrowienie to jest trwałem?... Objawy trzeciorzędne występują po dłuższym czasie po uszkodzeniu u osób, u których były już objawy pierwotne a niekiedy i wtórne. Należą tu objawy przewlekłego zaburzenia mózgu. Przyczynę ich stanowią następne skutki uszkodzenia jakoto: ciało obce, blizna, wylew krwawy itp. które długo istnieć mogą zanim spowodują zбочenia umysłu. Bywają też przypadki, w których uszkodzenie nie wywołało rany, złamania kości itp. a postać trzeciorzędna mimo to następuje—tu przyjąć należy wstrząśnienie mózgu (*commotio*). Badanie mózgu osób dotkniętych zбочeniami umysłowemi pochodzenia traumatycznego wykazało: zapalenie opon, zrosty tychże z kością, skostnienie opony twardej. Kliniczne postaci trzeciorzędne odznaczają się różnorodnością. U dzieci obrażenie głowy zwykle przechodzi bez następstw; jeśli zaś następują objawy trzeciorzędne, to w postaci wstrzymania się rozwoju umysłowego dochodzącego do idyotyizmu; obok tego spostrzega się: jednostronny rozwój umysłu, zmiana charakteru, popędy niepohamowane. U dorosłych zmiana sposobu życia, nietolerancja alkoholu, utrata wzroku i słuchu, porażenia i zanik mięśni, utrata powonienia

i smaku itp. Najczęściej występują napady wrzekomo padaczkowe lub padaczka. Autor obserwował 100 obłąkanych, w anamnezie których wspomnianem było obrażenie głowy. Autor przyznaje przyczynie tej ważne znaczenie ponieważ czyni z układu nerwowego locus minoris resistentiae. Obłąkanie występuje tu najczęściej w postaci porażenia postępującego lub stopienia umysłu, a właściwie jako Encephalitis chronica traumatica. Prognoza w tych wypadkach niepomyślna. Autor nie uznaje specjalnego obłąkania traumatycznego.

A. Rosental.

159. A. MERCKLIN. **O leczeniu ginekologicznem zbożeń umysłowych.** (St. Peters. Med. Wochen. 1889. Nr. 16 i 17).

W większości przypadków zbożenia w miesiączkowaniu spowodowane są chorobą umysłową; taż sama sprawa ośrodkowa jest przyczyną zaburzeń psychicznych zarówno jak i miesiączkowania. Ostre zbożenia umysłowe zwykle występują w parze ze zbożeniem w miesiączkowaniu a zwłaszcza z utratą miesiączki (amenorrhoea); widzimy to przy melancholii, obłąkaniu pierwotnem ostrem oraz w stopieniu umysłu ostrem. Utrata miesiączki może też poprzedzać wybuch obłąkania, jak to ma miejsce w zbożeniach umysłu rozwijających się z hysteryi, neurastenii; niekiedy też utrata ta pojawia się w przebiegu zbożenia umysłowego czasowo lub stale. Przy manii utrata miesiączki jest rzadką; przy bezwładzie postępującym autor nie spostrzegął jej wcale; przy przewlekłych i wtórnych zbożeniach umysłu miesiączkowanie zazwyczaj bywa prawidłowem. Pojawianie się miesiączki ma pomyślne znaczenie w tych ostrych zbożeniach umysłu, w których towarzyszy mu polepszenie stanu psychicznego; jednakże wystąpienie miesiączki już po rekonwalescencji choroby umysłowej nie wpływa na niepomyślne rokowanie.

Leczenie ginekologiczne usprawiedliwionem jest z dwóch przyczyn; raz gdy zbożenia narządów płciowych z przyczyn fizycznych wymagają interwencji; po drugie, gdy zbożenia te stanowią prawdopodobną przyczynę zbożenia umysłowego.

U osób z nerwowem usposobieniem długotrwałe leczenie ginekologiczne może stać się powodem do wybuchu nerwicy lub psychozy a istniejące już te zbożenia może spotęgować. W wielu przeto przypadkach należy leczenie ginekologiczne odłożyć do rekonwalescencji, jeśli zaburzanie narządu płciowego dzięki ogólnemu leczeniu układu nerwowego nie zostały usunięte. Psychoza jest najczęściej wpływowem wielorakich przyczyn. Zaburzenia narządu płciowego mogą wskutek krwotoków, zwiększonych wydzielin, bólów itp. osłabiając ustrój, usposobić go do nerwicy i psychozy; częściej jednak pojawiają się one przy istniejącem już usposobieniu nerwowem; stanowią moment chorobę wywołujący. Ginekologiczne leczenie miejscowe usuwa nie-raz jedną ważną przyczynę psychozy, podczas gdy inne przyczyny pozostają. Z treści i zabarwienia wyobrażeń obłądnych niepodobna sądzić o istnieniu lub znaczeniu zaburzeń narządu płciowego. Niepomyślne wyniki kastracyi zaznaczone są przez

wielu autorów (Flechsig, Hitzig, Mendel, Forel itp.). Choroba umysłowa spowodowana nawet cierpieniem miejscowym (plciowem) staje się samodzielną; najczęściej więc leczenie miejscowe usuwa tylko powikłania. Wskazania do interwencji ginekologicznej winny być jeszcze ściślej określone, aniżeli to dotąd miewało miejsce.

A. Rosental.

II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

160. Dr. H. NEUMANN. **Wyniki dotychczasowych badań bakteriologicznych w celu wykrycia zarazka grypy.** (*Berliner Klin. Wochenschr. Nr. 7. 90*).

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną grypy jest pewien zarazek uorganizowany, chodzi tylko o to w jaki sposób nagabuje on organizm zwierzęcy, jakie są jego własności biologiczne, wogóle, do jakiego działu odnośnych chorób należy zaliczyć grypę, jest li ona chorobą miazmatyczną, kontagijną czy wreszcie kontagijno-miazmatyczną. Badaczom usiłującym rozwiązać tę zagadkę nasuwało się też pytanie, czy czasem zmiana pewnych danych klimatycznych nie potęguje zjadliwości (virulenz) zwykłych chorobotwórczych drobnoustrojów w ten sposób, iż rozwinięszy się nadmiernie w osłabionym ustroju zwierzęcym wywołują omawiany stan chorobowy. A że wpływy te działają na wielkich przestrzeniach więc nie trudno o epidemiją. Poszukiwanie zarazka grypy napotykało jeszcze i inne trudności. Dotychczas bowiem nie wiemy jaką drogą dostaje się zarazek do organizmu, przez kanał pokarmowy, czy przez drogi oddechowe; a wreszcie, jak odróżnić go od całej masy innych drobnoustrojów rojących się w tych miejscach organizmu? Kiedy nakoniec ustaje działanie zarazka grypy, a występują do boju inne chorobotwórcze mikroby z osłabionym przez tę chorobę ustrojem? W obec tylu trudności nie dziw, że nie zupełnie zagadka została rozwiązana,

U chorych i zmarłych na grypę najczęściej znajduwano znany działkogrzybek *streptococcus pyogenes*. Wskutek tego Ribbert i Finkler przypuszczają możliwość, że on właśnie wywołuje ten stan chorobowy. Ribbert znalazł go w sluzie tchawicy i tkance płucnej dwóch zmarłych na grypę bez powikłań. W innych przypadkach mniej wyraźnie zarysowywał się związek przyczynowy pomiędzy tym mikroblem, a chorobą. Przeważnie wykazywano jego obecność w plwocinie (Ribbert raz jeden, Finkler 12, Du Casal 14, znajdowali go też Bouchard, Laveran, Vaillard). Dalej napotymano go przy różnych powikłaniach: w zapaleniu płuc mianowicie Ribbert znalazł go 2—3 razy, Finkler 8, często też bywał wykrywany przy empyema, meningitis, arthritis, angina (Bouchard) i otitis (Finkler).

Rzadziej niż pierwszy napotymano był *staphylococcus*.

Mianowicie Ribbert i Finkler znajdowali go w płucu gryposwego uległemu zapaleniu, w otitis (Finkler), w herpes labiali (Bempard). Godnem uwagi jest rozpatrzenie stanowiska, jakie w patologii zajmuje streptococcus pyogenes. Oto rzadziej pierwotnie (w macicy po porodzie), a najczęściej wtórnie wywołuje on zapalenie ropne pełzające (fortkriechende) podobne do róży. Rozwija się w gardzieli przy błonicy i płonicy, we wrzodach błony śluzowej w durze brzuszny i kile dziedzicznej, w płucach uległych pneumonii, gruźlicy, a także nieżytom towarzyszącym różnym chorobom zakaźnym, a przeniknąwszy głębiej wywołuje empyema, albo dostaje się do krwioobiegu i sprowadza zakażenie ogólne. Ze zdrowej jamy ustnej i gardzieli, zapęłza przez trąbkę Eustachego do ucha wewnętrznego i tam wywołuje zapalenie, mogące przejść na sąsiedztwo. Nie więc dziwnego że w grypie, chorobie cechującej się par excellence nieżytem dróg oddechowych, mikrobia ten wnika często do tkanek sąsiednich, a nawet może dostać się i do obiegu krwi, gdzie go też i znajdowano jak również i w ropie w jamie opłucnowej (Ribbert, Vaillard). To samo można powiedzieć i o staphylococcus.

Wobec tego częste występowanie tych dwu drobnoustrojów przy grypie ważne jest pod względem patologicznym, ale, zdaniem Neumann'a, nie można mu przypisywać znaczenia patogonomicznego, a tem mniej etiologicznego.

Zdaniem Finklera i Ribbert'a może streptococcus wywoływać przy grypie sobie właściwe zapalenie płuc (Streptococcus pneumoniae), którego przebieg ma się różnić od zwykłego zapalenia. Autor referowanego artykułu nie uważa tego za rzecz dowiedzioną. Z prac Finkler'a i Ribbert'a bowiem nie widać, aby nieobecność zwykłego pneumococcus Friedländera stwierdzili oni dowodnie np. przez przeszczepienie na zwierzęta. Wiadomo zresztą z jakiemu trudnościami połączone jest poszukiwanie tego grzybka, szczególnie jeśli znajduje się on wśród innych drobnoustrojów, więc nie dziw, że go czasem nie znajdowano. Du Casal nie znalazł go w 11 grypowych pneumoniach tylko 4 razy, często też spotykany był przez Leyden'a, Bempard'a, Krehl'a i Weichselbaum'a; a Netter znalazł w pneumonia lobularis i bronchopneumonia pneumococcus obok streptococcus.

Trzecim chorobotwórczym drobnoustrojem jamy ustnej jest właśnie wymieniony dopiero co pneumococcus, który może wywoływać nie tylko zapalenie płuc krupowe, ale i różne sprawy chorobowe w sąsiedztwie jamy ustnej. W czasie panowania ostatniej epidemii grypy w Wiedniu Weichselbaum badając 10 trupów zmarłych na tę chorobę u wszystkich napotkał zapalenie ropne dodatkowych jam nosowych, a w treści ich w 8 przypadkach znalazł się pneumococcus. Netter napotykał go w otitis media, a raz nawet w urynie chorego na zapalenie nerek. W płwocinie 21 chorych badanych przez W. grzybek ten znajdował się u wszystkich (w zwykłych warunkach można go wykazać w jamie ustnej w 15–20% badań).

Mimo powyższych danych Weichselbaum i Netter utrzymują, że tak streptococcus jak i pneumococcus wywołują tylko wtórną infekcję w przebiegu grypy.

Nakoniec, Jolles licznie przez siebie spotykane w płocinie i urynie chorych na grype, a niezem nie różniące się od Friedländer'owskich pneumococci, napotkał raz we wodzie wodociągowej Wiednia. I on również nie zdecydował się uznać tego mikroba za swoisty zarazek grypy.

Poszukiwania tego ostatniego we krwi chorych nie doprowadziły Weichselbaum'a, Lavevan'a, Chautemesse'a i Vidal'a do pomyślnych wyników. Badali oni krew w początku choroby, później bowiem jak wiemy, może tam krążyć streptococcus.

Szczęśliwszym od innych był zdaje się Klebs. Badaczowi temu udało się podobno znaleźć we krwi grypowych twory protoplazmatyczne posiadające wyrostek (mit einem stielartigen Forsatz) i obdarzone ruchem. W przyszłej epidemii grypy jeśli będziemy posiadali dokładniejsze sposoby badania drobnoustrojów, uda się zapewne krytycznie ocenić odkrycie Klebs'a.

W. Świątecki.

161. H. BUCHNER. O zakażeniu wąglikowem powstrzymanem w rozwoju i gorączce aseptycznej (*Berl. klin. Woch. 1880, Nr. 10*).

Po zaszczepieniu laseczników czarnej krosty zwierzęciu usposobionemu do przyjęcia zarazka oddalić śmierć niechybną zwierzęcia było do niedawna rzeczą niepodobną do urzeczywistnienia. Emmerich przez szczepienie streptokoków ropy zwierzętom zakażonym wąglikiem otrzymywał wyleczenie; do takiegoż zamego wyniku dochodzi Pawlowsky drogą szczepienia sa-profitów.

Autor w myśl bakteryoterapii zastrzykiwał zwierzętom uprzednio zakażonym wąglikiem nie bakterye, jak to czyniono dotąd, lecz ciała chemiczne, będące wytworem pewnego rodzaju bakteryj. Do swych prób użył autor hodowli koków Friedländer'a. Bakterye te wyhodowane na sztucznym podłożu zabijane były przez ogrzewanie w ciągu godziny do 60°C; a następnie zawiesinę zabitych bakteryj zastrzykiwano pod skórę zwierzętom, którym uprzednio zaszczepiono karbunkuł. Zastrzykiwania dokonywane były bądź w miejscu szczepienia karbunkułu bądź też gdzieindziej. Wynik otrzymano taki: z 21 królików użytych do doświadczeń u wszystkich zauważano powstrzymanie sprawy wąglikowej; w 10 przypadkach śmierć opóźniła się o 1—dni. w 11 zaś czyli w 52,4% otrzymano trwałe wyleczenie. Takie same działanie wyjałowionych hodowli koków Friedländer'a stwierdził B. na 5 świnkach morskich.

Jak mamy rozumieć działanie tych ciał chemicznych na bakteryje karbunkułowe?

Przy tak znacznem rozcieńczeniu owego ciała chemicznego, używanego do zastrzykiwań, nie może być mowy o bezpośredniem antyseptycznem działaniu, pozostaje więc jedynie możliwość oddziaływania pośredniego, reaktywnego.

Emmerich przy leczeniu zwierząt chorych na karbunkul przez zastrzykiwanie streptokoków róży widział zawsze na miejscu szczepienia róży odczyn zapalny. Dalej wiadomo, że te zwierzęta giną niewątpliwie od karbunkułu, u których na miejscu szczepienia brak wszelkiego odczynu zapalnego: przy występowaniu odczynu (np. u człowieka) objawy są mniej groźne; Dyplokok Pasteur'a (Fraenkel'a, Weichselbaum'a) sprowadza u królików septycemią, bez odczynu zapalnego, kończącą się śmiercią, u ludzi zaś zapalenie płuc z b. częstym zejściem w wyzdrowienie. B. przekonał się, że wyjałowione hodowle koków Friedleander'a sprowadzają ropienie.

Wszystkie dane doprowadzają autora do snucia następującej hipotezy: w surowicy krwi znajdują się, jak to od niedawna wiadomo, pewne ciała w stanie rozpuszczonym, nieprzyjazne bakteryjom; być może że pod wpływem ropienia, wywołanego przez zastrzyknięcie wyjałowionych hodowli koków Fr., ilość tych ciał nieznaną powiększa się i przez to walka z lasecznikami wąglkowymi staje się więcej owocną. Tak tedy przez wprowadzanie do organizmu królików i świnek morskich wyjałowionych hodowli koków Fr. osiągamy w walce z karbunkulem to, co Species homo ma sobie dane od natury. Tyle co do zastrzykiwań owych wyjałowionych hodowli w bliskości miejsca szczepienia karbunkułu.

Jak jednak wytłomczyć sobie skuteczność tychże zastrzykiwań dokonanych w pewnej odległości od miejsca szczepienia karbunkułu?

Po zastrzyknięciu zdrowym królikom wyjałowionych hodowli Friedlaenderskich bakteryj ciepłota ciała królików podnosi się o 2°C. Dla przekonania się, czy i u człowieka coś podobnego występuje, B. zastrzyknął pod skórę samemu sobie 0,5 ctm. sterylizowanej emulsyi koków Fr.

W 1½ godziny potem wystąpiła bolesność pod pachą, i na przebiegu dróg limfatycznych; po 2 godzinach — dreszcz, następnie uczucie gorąca i ból głowy; maximum podwyższenia ciepłoty zanotowano w pięć godzin po iniekcji mianowicie 38,6°C. przy tętnie 108: nocą mocne poty, następnego dnia wyraźne miejscowe objawy róży i lymphangoitidis, 3-go dnia B. zdrów zupełnie.

Tak tedy przechodził autor aseptyczną różę, aseptyczną lymphangitis, aseptyczną wrzescie gorączkę. Wniosek: koki Fr. wytwarzają nie tylko flogogenne substancje, lecz także i pyrogenne; jedne i drugie pomagają ustrojowi w walce z bakteryjami czarnej krosty.

A. Chelmoński.

162. Prof. EWALD. Ueber Enteroptose und Wanderniere. Opadnięcie kiszki i nerka wędrująca. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890. Nr. 12. *La médecine moderne*, Nr. 13, 14, 15. 1890. Sprawozdania z posiedzeń 12, 19 i 26 marca Berlińskiego towarzystwa lekarskiego.

W 1885 roku Glénard opisał nową formę chorobową pod nazwą enteroptozy — opadnięcie kiszki. Forma ta rozbierana była następnie przez Férsoł'a, Dujardin-Beaumetz'a, a także

w Belgii i we Włoszech. W Niemczech dopiero pierwszy Ewald zajął się opracowaniem nowego pytania i świeżo przedstawił wyniki swych badań.

Według nauki Glénard'a znaczna ilość przypadków rozpoznawanych jako dyspepsia intestinalis nervosa, polega na charakterystycznej, namacalnej, łatwej do rozpoznania zmianie w lokalizacji anatomicznej trzewi jamy brzusznej. Niestrawność żołądkowa i kiszkowa w połączeniu z uporczywym zaparciem stolca, ogólne objawy nerwowe — zawroty głowy, przygnębienie umysłowe, uczucie znacznego osłabienia, następnie bladłość i znakomite wychudnięcie stanowią objawy zewnętrzne enteroptozy. Przy badaniu Glénard u znacznej ilości chorych z takimi objawami mógł skonstatować przez ścianki brzuszne łatwo pulsacyę aorty, i przy obmacywaniu nieco powyżej pępka sznur, idący poprzecznie przez kolumnę kręgową. Glénard mniema, że sznur ten jest ściągnięciem colon transversum; skąd i nazywa go „corde coulique transversale“. Według Glénard'a ma miejsce opadnięcie okrężnicy poprzecznej w okolicy flexurae colico hepaticae, z kąd powstaje zagięcie okrężnicy, prowadzące do zastoju mass kałowych i następnie do opróżnienia pozostałej części okrężnicy. Część ta ściąga się i daje się wyczuwać przez ścianę brzuszną jako ów sznur poprzeczny. Jednocześnie słabnie i rozciąga się całe mesenterium, opada, rozciąga się równie lig. gastro-colicum żołądka. W następstwie takich procesów zjawia się opuszczenie trzewi brzusznych, — kiszek, żołądka, wątroby, — nareszcie nerek: mamy wtedy według Glénard'a splachnoptozę. Opuszczenie i ruchomość nerki — czyli nerka wędrująca jest dla tego autora objawem wielkiej wagi: nephroptosis nie istnieje nigdy bez enteroptosis, chociaż to ostatnie może istnieć bez pierwszego. Glénard twierdzi, że pomiędzy 1310 przypadkami cierpień organów trawienia napotkał enteroptozę 404 razy, t. j. 30,8%.

Potwierdzając w zasadzie i głównych zarysach spostrzeżenie Glénard'a, uznając że splachnoptoza istnieje, jako morbus sui generis, Ewald mimo to twierdzi, że nie jest ona tak częstą chorobą, jak mniema Glénard, — i następnie daje inne objaśnienie namacalnym objawom, niż ten ostatni. Sznur poprzeczny nad pępkiem jest według Ewald'a trzustką, wyczuwalną nad krzywizną małą żołądka w razie, jeśli ten jest opuszczonym, lub też pars horizon-inferior duodeni. Pulsacyji aorty nie można przytem uważać za objaw patognomiczny dla enteroptozy, ponieważ zależy on wprost od wychudnięcia i wiotkości ściany brzusznej i można go obserwować w różnorodnych stanach. Wątpi dalej Ewald, by proste opuszczenie okrężnicy mogło sprawić zamknięcie światła teje, a następnie stagnacyę kału na miejscu zgięcia: przeszkadza bowiem temu brak nieruchomości kiszki zagiętej. Jeżeli zaś obserwujemy zaburzenia w funkcyi kiszek przy ich opuszczeniu, to są one zależne od zaburzeń krążenia w naczyniach kiszkowych, od zaburzeń w funkcyjach ruchowych, nareszcie wydzielniczych, — kiszek. Trzeba także przyjąć pod uwagę, że wskutek opusz-

czenia okrężnicy poprzecznej jest rozciągany także żołądek, a z nim pociągana na dół pars horizontalis duodeni superior: taka zmiana prowadzi za sobą przeszkody do prawidłowego wydalania zawartości żołądka i kiszek. Przez napełnienie powietrzem z jednej strony żołądka, a z drugiej — kiszek udało się Ewaldowi wielokrotnie stwierdzić opuszczenie opisane trzewi brzusznych.

Nareszcie szereg innych objawów przy enteroptozie należy przypisać samozatruciu zależnemu od wejścia do organizmu produktów gnicia i działalności życiowej mikrobów w przewodzie pokarmowym.

Co do nerki wędrującej, Ewald uważa również, że jest ona cierpieniem częstym i na swej poliklinice w przeciągu ostatnich kilku miesięcy widział taką nerkę więcej, niż 100 razy. Autor odróżnia: 1) nerkę w pozycji normalnej, lecz zmieniającej swe położenie przy ruchach oddechowych, 2) nerkę nie na swem miejscu, lecz możebną do odprowadzenia, 3) nerkę ze zmianą normalnego położenia i unieruchomioną w nowej pozycji. Najlepszy sposób badania i znajdowania nerki wędrującej jest w pozycji grzbietowej lub bocznej osobnika; jeżeli zaś przy tych warunkach Ewald nie odszukiwał wędrującej nerki, to udawało mu się znaleźć przy pozycji stojącej chorego z tułowiem nachylonym nieco naprzód.

Nerka wędrująca według zdania Ewald'a może istnieć bez enteroptozy. Niema zupełnie związku przyczynowego pomiędzy opuszczeniem nerki i rozszerzeniem żołądka; jeśli zaś napotykamy niekiedy oba cierpienia razem, to jest to tylko zbiegiem okoliczności. Przytem rzadko bywa rozszerzenie żołądka przy nerce wędrującej. Wprawdzie, zauważyć należy, na 89 wypadków nerki wędrującej żołądek był opuszczonym (ale nie rozszerzonym) 79 razy, i tylko 10 razy znajdował się w miejscu normalnem. Co do leczenia entero — i nephroptosis Ewald zaleca noszenie pasa i peloty Glénard'a i zwykle następne zabiegi lecznicze.

W każdym razie Ewald uważa, że enteroptoza znacznie zmniejsza zakres cierpień nerwowych, żołądka i kiszek.

W dyskusji nad odczytem Ewald'a zauważył Virchow, że ważną nader rolę w przemieszczaniu trzewi brzusznych odgrywają częściowe zapalenie otrzewnej. Takie przemieszczenie, resp. opuszczenie, najczęściej obserwuje się na okrężnicy poprzecznej, dalej na S. romanum, a najrzadziej na kiszce ślepej. Zresztą zmiana pozycji kiszek może polegać nie tylko na ich opuszczeniu, ale także i na podniesieniu: np. S. romanum może się znaleźć nad śledzioną. Przemieszczenie kiszek, zależne od zapaleń otrzewnej i zrostów, nie mogą pozostawać bez wpływu na trawienie. Są to procesy bardzo częste, ale Virchow wątpi, by enteroptozę można uważać za cierpienie pierwotne.

Również i Landau nie przyjmuje opuszczenia kiszek za cierpienie pierwotne, mimo to że przyjmuje fakty kliniczne

Ewald'a i uznaje częstość nowo opisywanego cierpienia. Landau zwraca uwagę, że wszystkie przyczyny zwiększające objętość bezwzględną lub względną jamy brzusznej — duże przepukliny wyniszczające choroby, przy których ginie tkanka tłuszczowa, osłabienie ściany brzusznej przez jej rozciągnięcie (po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej, po wyłuszczeniu guzów) — łatwo wywołują opuszczenie kiszek, — jednocześnie także nephroptosis lub hepatoptosis.

Ewald zauważa, że w typowej chorobie Glénard'a (enteroptosis) ma miejsce tylko osłabienie i rozciągnięcie więzów otrzewnej bez udziału jej zapaleń i zrostów. Obstaje przeto za samodzielną patologiczną tego cierpienia. *E. Biernacki.*

163. ROSENHEIM. Przyczynek do nauki o wrzodzie okrągłym żołądka z następczym rakiem. (*Zur Kenntniss des mit Krebs complicirten runden Mogenschwürs*). *Zeit f. Klin. Med.* T. 17. Z. 1 i 2.

Autor w obszernej swej pracy podaje literaturę przedmiotu i szereg przypadków chorobowych spostrzeganych na klinice i poliklinice Senatora. Ograniczamy się na podaniu za autorem rezultatów, do jakich dochodzi. Dokładnie badane przypadki wrzodu okrągłego z następczym rakiem tem się różnią od zwykłych przypadków raka, że w pierwszych zawsze prawie znajdujemy normalne wydzielanie soku żołądkowego, a więc inaczej zgoła zachowuje się czynność wydzielnicza niż w przeważającej większości przypadków zwykłego raka (nie powstającego z wrzodu). Jak anatomopatologiczne badania przekonują jest to możliwe dla tego, że w przypadkach wrzodu skomplikowanych rak rozwija się w głębi wrzodu, a błona śluzowa pozostaje na wielkiej przestrzeni nienaruszona. Zdaje się że nowotwory twarde cyrrotyczne różnią się pod tym względem od miękkich (carcinoma medullare, cylindrocellulare, colloidem), w tych ostatnich bowiem wcześniej i szybciej przylączy się sprawa nieżyłowa błony śluzowej wraz z upośledzonym wydzielaniem soku żołądkowego.

Dla rozpoznania podwójnego cierpienia (wrzód i rak) jest to objaw ważny, ponieważ tylko w mniejszości przypadków będziemy w stanie na zasadzie anamnezy i przebiegu rozpoznać pierwotny wrzód, gdy tymczasem w większości przypadków pewnych oznak wrzodu nie będziemy posiadali. Albo wrzód chroniczny przebiega skrycie i dopiero pierwsze objawy cierpienia rozpoczynają się z chwilą powstawania raka albo też wrzód okrągły przy swoim powstawaniu już jest w połączeniu z rakiem, którego objawy wówczas występują na pierwszy plan, zaciemniając objawy wrzodu okrągłego.

Zdaniem autora z badań, jakie przeprowadził, należy wyciągnąć następujące wnioski:

1) Jeżeli posiadamy niewątpliwę (? Ref) oznaki raka (tumor, cachexia) wówczas obecność wolnego kwasu solnego na szczycie trawienia resp. nadkwaśność miazgi pokarmowej (hyperaciditas digestiva) przemawiałoby za powstawaniem nowotworu złośliwego na tle wrzodu okrągłego, rozpoznanie to bę-

dzie w przybliżeniu pewnem, gdy z anamnezy dowiemy się, że istniały przez czas długi niewątpliwe oznaki wrzodu (krwotoki, stałe bóle po jedzeniu, ograniczona bolesność na ucisk w dolku i t. d.).

2) Z drugiej strony brak wolnego kwasu solnego obok niewątpliwych oznak raka nie przemawia przeciwko powstawaniu tegoż raka z wrzodu okrągłego, gdyż inne powikłania (bezkrwistość np.) mogą sp. kwasność znacznie obniżyć, a dalej, nowotwór złośliwy może przyjąć w krótkim czasie takie rozmiary, że wrzód ginie bez śladu, nowotwór rozszerza się po błonie śluzowej i upośledza wydzielanie w znacznym stopniu, jak to czyni zazwyczaj. Również zdarzyć się może że wrzód okrągły przebiegał przy zmniejszonym wydzielaniu soku żołądkowego, przyłączony zaś w następstwie rak tylko obostrza i przyspiesza sprawę nieżyty zanikowego błony gruczołowej.

3) Jeżeli istnieją niewątpliwe objawy wrzodu obecność kwasu solnego nie przemawia stanowczo przeciwko rakowi, który się manifestuje przez rosnący szybko guz. Z drugiej znowu strony brak wolnego kwasu solnego przy innych niewątpliwych objawach wrzodu nie wyłącza możliwości istnienia wrzodu, jednakże w przypadkach tych trzeba będzie z dużem prawdopodobieństwem przypuszczać, że oprócz wrzodu istnieje już złośliwy guz, szybko rozwijający się po powierzchni błony gruczołowej.

J. Grundzach.

III. Chirurgija.

164. LANDERER. O suchej metodzie operowania i gojenia ran. (*Trockenes Wundverfahren. Wiener Kl. 2*).

Autor zgadza się ze zdaniem starych chirurgów, że użycie płynów antyseptycznych, nie jest tak obojętnem dla rany, jakby się na pozór zdawać mogło; twierdzi on, że przy użyciu przez długi czas 5/0, a nawet słabszego roztworu kwasu karbolowego, po pierwsze: rana wygląda jakby ugotowaną, roztwór taki działa bowiem na nią chemicznie, pomijając działanie czysto mechaniczne; powtórę następuje pod działaniem kwasu zbyt obfita wydzielina z rany, co stanowczo przeszkadza rychłozrostowi (*prima intentio*), w ogóle szybkemu gojeniu się rany; po trzecie przy takiej ilości wydzieliny, na ranie spoczywa masa płynu, który ulegając łatwo rozkładowi, powiększa niebezpieczeństwo infekcyi. Od materyjałów opatrunkowych, służących do wysysania za wiele się tu wymaga, a wskutek ciągłego przesiąkania, potrzebną jest częstsza zmiana opatrunku, niepotrzebna praca i koszta. Te i tym podobne strony ujemne, dały powód już od lat wielu do zamiany metody antyseptycznej na aseptyczną. W Anglii przeciwnicy Lister'a nie zaniechali swojej opozycyi przeciwko metodzie antyseptycznej i w Niemczech wielu się przyłączyło do Neuber'a, który pierwszy walczył w tym kierunku. Działo się to nie z opozycyi, co do po-

glądów genialnego wynalazcy antyseptyki, lecz tylko co do dalszego wykonania takowej. Metoda aseptyczna nie jest w stanie obalić idei Listera.

Aseptyczne traktowanie ran miało zawsze zastrzeżoną sterylizację, ażeby uchronić ranę od wszelkich zarazków chorobotwórczych. Wygotowywano instrumenty, rany przemywano wodą destylowaną lub przegotowaną, w podobny sposób czyszczono ręce i pole operacyjne. Rozumie się samo przez się, że metoda ta mogła mieć miejsce tylko przy ranach świeżych (chirurgicznych). Lecz aseptyka zależna jest także od warunków. Przypuszczając nawet wielką skrupulatność w wyborze płynów i naczyń, takowa może być urzeczywistnioną w klinikach, prowadzonych ściśle, inaczej się dzieje w praktyce prywatnej a szczególnie wiejskiej. Tutaj kontrola potrzebnych naczyń i płynów jest prawie niemożliwą i chociaż znajdujące się tam grzybki chorobotwórcze są w małej ilości, pozostają jednak niebezpiecznymi. Wyżej cytowane uwagi naprowadziły autora na myśl, ażeby rana z płynami nie miała żadnej styczności; nie chce on twierdzić, żeby przez to miał wprowadzić do praktyki absolutnie coś nowego, tłumaczy się tylko, że doświadczenie lat ostatnich, zmusiło go do tej konieczności.

Antor sądzi, że ten opatrunek jest najlepszy, który ranę najprędzej wysusza i który ją utrzymuje suchą stale i bezpiecznie. W osnowie tego leży myśl ta, że rana jest zabezpieczoną najlepiej wtedy, kiedy pozostaje zupełnie suchą i kiedy nie ma żadnej styczności z płynami łatwo ulegającymi rozkładowi. Wiadomo bowiem, że bez pewnej wilgoci, gnicie jest niemożliwym. Suche drzewo nie gnije. Suszenie jest najlepszym środkiem konserwowania. Wychodząc z tego założenia, autor wprowadza myśl podobną co do postępowania przy samej operacyi a mianowicie: obok absolutnie suchego opatrunku, rana od początku do końca swego egzystowania nie powinna mieć najmniejszej styczności z płynem.

Pomijając szczegółowy opis przygotowania do operacyi, co jest rzeczą powszechnie znaną, zaznaczą tylko, że do dezynfekcyi rąk i pola operacyjnego używa Landerer roztworu sublimat w wysokoku (0,5 i 1000), do opatrunków zaś gazy sublimatowej, którą przygotowuje ze zwykłego muslinu, roztwór sublimatu do gazy następujący: Hydrarg. bichlor. 5,0. Spirit vini 2300. Glycerini 200.

Od chwili oczyszczenia pola operacyjnego nie używa żadnych płynów, tak podczas operacyi, jak i po jej ukończeniu. Tam gdzie krwawią małe naczynia nakłada pincety Köberlé, jeżeli zaś po zdjęciu takowych w kilka minut, krwawienie nie ustaje, skręca je. Landerer kładzie nacisk na to dla tego, żeby jak najmniej pozostawało w ranie ligatur, wogóle ciał obcych; rozumie się o tyle, o ile nie cierpi na tem dokładność tamowania krwotoku, dla tego też naczynia większe zawsze wymagają podwiązania. Do tamponowania rany używa małych kawałków gazy sublimatowej, lub wełny drzewnej, na wypadek

większego krwawienia rodzaj sztucznych gąbek, (włókna drzewne owinięte w gazę) które mu służą i do jamy brzusznej, gąbek zaś nie używa wcale, są one bowiem zdaniem jego zawsze źródłem infekcyi. Tamponowanie rany winno być robione z pewną siłą, od niego bowiem zależy ograniczenie utraty krwi, szybkość i pewność tamowania. W ten sposób przy wielu operacjach krwawienie miał zawsze tak małe, że ilość użytej do tamponowania gazy była nieznaczną. Można wyciąć sutkę z wyluszczeniem gruczołów pachowych, a podłożona serweta nie powinna być krwią przesiąknięta.

Podstawą suchego operowania, jest dążenie, by po przecięciu skóry i powięzi operować dalej na tępo, mięśnie i tkanki podatne rozseparowywać palcami lub trzonkiem noża, a guz wyluszczać jak orzech. Ten rodzaj operowania wygląda mniej elegancko, jak operowanie nożem, ale wynagradza się to operatorowi przez mniejsze krwawienie, krótszy czas operacyi i uspienia. Udaje się w ten sposób daleko łatwiej podwiązać podwójnie większe tętnice przed ich przecięciem, a przez to uniknąć owej wstrętnej i czas zajmującej sceny—szukania minutami kurczących i cofających się tętnic. W ten sposób jest bardzo dogodnie robić tracheotomię: po przecięciu skóry, tkankę łączną i mięśnie rozseparować na tępo, a wtedy pozostaje przeciąć tylko w poprzek nożem listek powięzi, która łączy gruczoł tarczowy z tchawicą, ażeby mieć swobodny przystęp do samej tchawicy.

Część rany, już zoperowana, winna być zatamponowaną mocno gazą, naczynia przez to są ucisnięte a rana zabezpieczoną od infekcyi. Jeżeli jakiś zarazek zabłądzi do rany, prawdopodobniej łatwiej przyłgnie do suchego tamponu, jak wypłynie przy polewaniu; zresztą, jak twierdzi Senger, czy zarodki in loco przez użycie płynów antyseptycznych zostają zabite, jest jeszcze bardzo wątpliwem. Przy procesach gruźliczych można bardzo łatwo dokładnie granulujące i zserowaciałe masy usuwać suchymi tamponami.

W wypadkach, gdzie anatomiczne orientowanie się w ranie jest nieco trudne, przy głęboko leżących naczyniach (lingualis) lub nerwach, zarządzenie sobie jest o wiele lżejsze w suchej ranie, jak w zalanej. Już dotykanie mokrym tamponem, lub gąbką zaciera szczegóły. Skoro tylko operacyja jest ukończoną całą ranę tamponuje przez minut kilka i nakłada szwy, a rana pozostaje całkiem suchą do gojenia. Autor zwykle zasztywa całą ranę, a szczelina jej połączona daleko sięgającymi szwami skleja się w kilka godzin; nie używa drenów, ani kontrapertury, w razie zaś, gdzie się spodziewać można obfitszej wydzieliny, pozostawia kąty rany otworem. Małą przypisuje wartość posypywaniu rany pudrem jodoformowym, za to kładzie na nią kilka warstw gazy sublimatowej, a dopiero na nią materiał wysysający, wybór którego pozostawia do woli. Sam zwykle stosuje impregnowane preparaty drzewne (watę drzewną, szarpie drzewne, zaszyte w gazę). Zmiana opatrunku powinna być robioną o ile można najpóźniej po 6, 8, 10 dniach,

stosownie do potrzeby, w ciągu których brzegi rany są już zupełnie skleione.

Sucha metoda operowania i gojenia ran, może być uważaną jako istotny postęp w stosunku do metody irygacyjnej, lecz naturalnie wymaga pewnej szkoły. Temu, kto pierwszy raz w podobny sposób operuje, można by radzić, ażeby najpród upewnił się przez drenowanie rany, później przez pozostawienie otwartych kątów rany, w końcu dopiero przeszedł do zupełnego zaszycia, całkowitego zamknięcia.

Korzyści suchego traktowania występują już w zachowaniu się rany: nie dotknięta żadnym medykamentem, rana w znakomity sposób jest przysposobioną do rychłozrostu. Przez zatamowanie krwi i zupełne wyschnięcie takowej, wstrzymuje się tworzenie skrzepów i przez to jest ułatwione bezpośrednio zetknięcie się brzegów rany, co, jak wiadomo jest pierwszym warunkiem do spieszego zasklepienia się. Ponieważ liczba podwiązek (ligatur) jest małą, przez to ilość ciał obcych w ranie jest mniejszą, a zatem niebezpieczeństwo infekcyi mniejsze, a łatwość zagojenia większą. Drenowanie nie jest koniecznem; przy pewnej zręczności i wprawie, można uniknąć tworzenia się obfitej wydzieliny i nie rezykuje się nie, zaszywając ranę całkowicie; przeciwnie po kilku godzinach rana jest powierzchownie zasklepioną i przez to niebezpieczeństwo wtórnej infekcyi, przy zmianie opatrunku wykluczone, gdzie zaś są dreny, ma ona miejsce jak widzimy z zaczerwienienia skóry około miejsc drenowanych. Większą korzyścią jak pierwsza jest oszczędzanie ogólnego stanu chorego: wysysanie płynów antyseptycznych jest wykluczone i przez to usunięta możność zatrucia. Utrata krwi stosunkowo mniejsza i dla tego siły chorego mniej cierpią. Jak oszczędzają się siły chorego w ten sposób, pokazuje się dopiero po operacyi. Skoro chloroform przestanie działać (2-go dnia), chorzy mogą wstawać, co ma doniosłe znaczenie u osobników starych, którzy przez długie leżenie są zawsze narażeni na zapalenie płuc opadowe. Autor operując w ten sposób w ciągu 1½ roku nie miał ani jednego wypadku zaczerwienienia rany i podwyższenia ciepłoty po nad 38°.

T. Faytt.

IV. Akuszeryja.

165. Alfred HEGAR. Przyczynę do zakażenia połogowego jakoteż do celów nowoczesnego położnictwa. (*Zur puerperalen Infektion und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe*). Volk. Samml. Klin. Vortr. N. 351.

Na wstępie H. konstatuje smutny fakt, że cyfra śmiertelności w połogu (a właściwie w ciągu pierwszych 21 dni po połogu) w wielkiem ks. Badeńskim od 40 lat pozostała prawie zupełnie ta sama; również część przypadająca na tak zw. gorączkę połogową nieznacznie się zmieniła, H. stara się zbadać przyczynę, dla której

wprowadzona w tym czasie antyseptyka nie wywarła żadnego lub nawet zły wpływ na pogołę w praktyce prywatnej, jakkolwiek w klinikach pomimo wielu nieprzyjaznych okoliczności otrzymano lepsze wyniki. Następnie H. rozpatruje kwestyją „samozakażenia“. Wiadomo, że wyraz ten pochodzi od Semmelweis'a. S. sądził, że gorączkę pogołą powodują rozpadłe zwierzęco-organiczne materyje rozmaitego rodzaju, które w przeważającej liczbie wypadków zostają wprowadzone od zewnątrz, co nazywa zakażeniem od zewnątrz. W rzadkich wypadkach rozpadłe zwierzęco-organiczne materyje zostają wytworzone wewnątrz chorego organizmu i to jest samozakażenie. Ostatnie ma szczególnie wtedy miejsce, gdy w kanale rodnyim zostały zatrzymane łatwo rozpadające się ciała stałe lub płynne., jak odchody pogołe, resztki błon płodowych, łożysko, krew, zgangrenowane kawałki tkanki i t. d. Obecnie wiemy, że gorączkę pogołą powodują drobnoustroje, które zużywają dla swego rozwoju organiczne materyje jako materyjał odżywczy i i sprowadzają coraz nowy rozpad. Drobnoustroje te muszą w jakikolwiek sposób i w jakimkolwiek czasie przedostawać się do organizmu. Zatem wyrażenie „samozakażenie w ściśle etymologicznem znaczeniu nie ma racyi bytu. Jednakże zatrzymano je w położnictwie w tem znaczeniu, że im prędzej i łatwiej materyje organiczne zatrzymane w organizmie podlegają rozpadowi i im większa jest ich ilość, tem większą jest skłonność do gorączek przyrannych. Od czasu badań Pasteur'a zmieniono pogląd na samozakażenie w ten sposób, że materyje te tak łatwo podlegają rozpadowi i są o tyle dobrym gruntem odżywczym dla zarazków, że wystarczają znajdujące się wszędzie grzybki rozszczepkowe, które zresztą przez swe własność i małą ilość mało same szkodzą, a których nie można w zupełności ustrzedz od przenikania do kanału rodnego. Podług najnowszych poglądów na samozakażenie rozpad powodują bakteryje i kokki, które już przedtem przedostały się do kanału rodnego i tam się usadowiły. W zwykłych warunkach są one nieszkodliwe, gdy jednak znajdą odpowiedni materyjał, lub też gdy podczas porodu zostaną przeniesione w miejsce odpowiednie dla swego rozwoju, jak np. z pochwy do macicy, wówczas powstaje niebezpieczeństwo choroby. W dalszym ciągu H. zastanawia się nad dwoma pytaniami a mianowicie: czy nowy pogląd na samozakażenie jest dość ugruntowany i jaki ma wpływ samozakażenie na śmiertelność i zachorowanie (morbidität) położnic?

Na pierwsze pytanie mogłaby dać odpowiedź bakteryjologia, co jednak dotychczas jeszcze nie nastąpiło. Właściwie chorobotwórcze drobnoustroje można znaleźć w kanale rodnyim po za i podczas okresu ciąży. Istniejące przytem anatomiczne zmiany błony śluzowej albo są wyraźne, tak że niema wątpliwości co do istnienia choroby, albo też nie są bardzo znaczne, mało dokuczają kobiecie i zostają rozpoznane przez lekarza często dopiero przy staranniejszem badaniu. Nie podlega wątpliwości, że zarówno przy wyraźnej jakoteż ukrytej sprawie pa-

tologicznej, pod wpływem sprzyjających warunków (podrażnienia różnego rodzaju, przekrwienie, obrażenie, przeniesienie wydzieliny w inne miejsce kanału rodnego) mogą się rozwinąć obszerne i poważne stany chorobowe; zaś takie sprzyjające warunki istnieją po za ciążą podczas rzerączki, spółkowania, rękoczynów ginekologicznych, a podczas porodu już to wskutek badania i rękoczynów operacyjnych lekarzy i akuszerok. już też wskutek naturalnego uszkodzenia porodowego (Geburtstrauma) i następstw takowego. Lecz znaleziono w kanale rodnym jeszcze drobnoustroje wątpliwego charakteru, które zdaniem jednych nie dają się pod względem formy odróżnić od streptokokków, inni znowu pod względem formy uważają je za identyczne z chorobotwórcami, z powodu zaś ujemnych wyników przy szczepieniu przypisują im osłabioną zaraźliwość. Resztę drobnoustrojów, znajdujących w kanale rodnym, uważają bakterjologowie za nieszkodliwe i sądzą, że mogą one co najwyżej posiadać własności powodujące gnicie. Tym sposobem można wytłumaczyć gnilne zakażenie, jakie często się obserwuje przy zatrzymaniu łożyska, całego płodu lub znacznych części jaja płodowego po odejściu wód płodowych. Z tem wszystkiem we wszystkich tych wypadkach nie jest wykluczoną możliwością przenikania drobnoustrojów z zewnątrz. Widzimy więc, że nowy pogląd na samozakażenie nie jest jeszcze ugruntowanym.

Na drugie pytanie, jaki wpływ ma samozakażenie na zdrowotność położnic, statystyka daje dość ścisłą odpowiedź, przynajmniej odnośnie śmiertelności. Przeciętna śmiertelność w W. Ks. badeńskim za czas od 1880—1887 roku wynosi 0,74, z czego 0,40, a raczej 0,5 przypada na gorączkę połogową. Większość z tych 5 śmiertelnych wypadków na 1000 porodów przypada bezwątpienia sa zakażenie od zewnątrz. Z raportów badeńskich widać, że porody, ukończone przy pomocy sztuki lekarskiej, dawały poważny przyczynek do ogólnej śmiertelności. Zakażenie po operacjach jest daleko częściej następstwem przeniesienia zarazków od zewnątrz, niż samozakażenia. Zwolennicy samozakażenia wskazują na czynniki przeszkadzające zakażeniu, jak splukanie wodą płodową i krwią, starcie wydzieliny przez poprzedzającą główkę. Bądź co bądź niebezpieczeństwo zakażenia przez drobnoustroje, zawarte w kanale rodnym, nawet chorobotwórcze, nie wydaje się, przynajmniej przy prawidłowym przebiegu porodu, zbyt wielkiem, w przeciwnym bowiem razie więcej kobiet musiałoby chorować i umierać.

W nowszych czasach przedsięwzięto badanie kliniczne celem ustalenia stosunku samozakażenia do zachorowania, włączając w to ostatnie przemijające podniesienie temperatury. Porody podzielono na dwa rodzaje. Jedni pozostawili wolne pole samozakażeniu, starali się tylko najtroskliwiej o wyłączenie przeniesienia od zewnątrz i dla tego też powstrzymywali się zupełnie od badania wewnętrznego. Inni znowu starali się przez wycieranie pochwy i szyi macicznej palcami i rozczykami antyseptycznymi, zniszczyć i usunąć drobnoustroje z kanału rodnego. Wyniki pierwszych są bardzo pomyślne. Badania te

nie pozwalają jeszcze dotychczas dojść do stanowczego wniosku. Historia antyseptyki w położnictwie wskazuje, o ile wszystkie rękoczyny w kanale rodnym u położnicy ułatwiają przyjęcie zarazków, tak że trzeba było zarzucić lub ograniczyć dezynfekcyjne przestrzykiwania w położu, jakoteż miejscowe leczenie tak zwanych owrzodzeń położowych. Z przeglądu statystyki bałeńskiej widać, że wprowadzenie antyseptyki dla akuserek nie miało dotychczas poważnych skutków. Śmiertelność w położu w ciągu ostatnich 40 lat pozostała prawie ta sama; tymczasem śmiertelność po porodach ukończonych przy pomocy sztuki lekarskiej, od r. 1883 znacznie spadła; większy za to procent śmiertelności przypada na porody, ukończone wyłącznie w obec akuserek. H. upatruje powód tego w zalecanych w celach antyseptycznych przestrzykiwaniach, które ułatwiają przenikanie chorobotwórczych drobnoustrojów do kanału rodnego, oprócz tego w zbytnej czynności akuserek w celach dezynfekcyj (Vielthuerei).

Pogląd na samozakażenie ma nie tylko wysoce naukowe, ale i bardzo ważne praktyczne znaczenie. Zwolennicy tego poglądu postępują bardzo czynnie, gdyż oczyszczają wewnętrzną powierzchnię pochwy i szyi macicznej, jak pole operacyjne i usuwają starannie lekko rozkładające się materyje. Zwolennicy zakażenia od zewnątrz starają się wszelkimi sposobami powstrzymać przeniesienie zarazków od zewnątrz, przeto ograniczają, o ile możliwości, wprowadzanie palców i narzędzi do kanału rodnego, oraz nie pozwalają na zetknięcie rozdziawionego i łatwo dostępnego wejścia do pochwy z szkodliwymi substancjami. Historia położnictwa wskazuje coraz wyraźniej ten ostatni kierunek. Od czasu Boer'a starano się coraz bardziej ograniczać interwencję przy naturalnym przebiegu porodu. Metodę wyściskania łożyska Credégo trzeba uważać za poważny postęp w tym kierunku, a jednak ostatecznie doszliśmy do przekonania, że i takowe często okazuje się zbytęzną lub też co najwyżej powinna być dokonana w łagodny sposób po upływie pewnego czasu od porodu. Za wielki krok naprzód H. uważa zaprzestanie badania lub też możliwe ograniczenie takowego przy porodach o prawidłowym przebiegu. Gdy akuszerka zna przebieg poprzednich porodów, gdy zbada budowę kości, zwróci uwagę na stan ogólny, na oddech, puls, ciepłość ciała, przebieg bólów porodowych, odpływ wód płodowych i zbada dokładnie rodzącą od zewnątrz, wówczas łatwo się zorjentuje, czy i kiedy jest potrzebne badanie wewnętrzne i czy potrzeba pomocy akuszerza.

H. jest zdania, że akuszerki w ogóle mało są obeznane z badaniem wewnętrznym, przez co przynoszą więcej szkody, niż pożytku rodzącym. Badania zewnętrznego daleko łatwiej się nauczyć i łatwiej się w niem można wprawić bez szkody dla rodzącej. Większa uwaga, zwrócona na budowę ciała i stan ogólny ciężarnych i rodzących, pozwoli akuszerce dojrzeć stany nieprawidłowe, które nie mają wprawdzie związku bezpośredniego

dniego z organami rodnymi, a które jednak często stają się przyczyną groźnych objawów podczas porodu.

Również nieprawidłowości i chorobliwe stany, będące w związku z objawami porodowymi, jak zwiastuny drgawek porodowych, stan małokrwisty, wąska miednica, będą rozpoznane w właściwym czasie i pozwolą zwrócić się o pomoc wczasu. Czynna działalność akuszerki, przekraczająca stopień wykształcenia i przygotowanie ich, odwraca ich uwagę od ważnych okoliczności, do których są przeznaczone. Dbalność o czyste powietrze, odpowiednia temperatura mieszkania, czystość ciała rodzących i położnic, ułożenie, dobre pożywienie, dokładne określenie ciepłoty ciała podczas porogu winny być głównymi czynnikami ich działania. Akuszarki są doradczyniami kobiet na wsi i w wielu warstwach ludności miejskiej nie tylko w kwestyjach życia płciowego, ale i w innych zбочzeniach zdrowia kobiet i dzieci. Radzi tedy H. zapoznawać akuszarki z małą higieną, jakoteż z higieną życia płciowego kobiet. Ta ostatnia bez pierwszej trudną jest do zrozumienia.

Stanisław Huzarski.

166. MARTIN. O leczeniu gorączki połogowej wysokiem (*Berliner klinik 1889*).

Pierwszym, który przy leczeniu gorączki połogowej robił ścisłejsze próby z wysokiem i następnie gorąco zachwalał jego użycie był Breisky zachęcony przez pracę swego ucznia Conrada ¹⁾; opierał się on przy tem na wielokrotnie stwierdzonem zniżającym ciepłotę działaniu wielkich dawek wysokiu.

Następnie Runge ²⁾ w 1886 r. na kongresie ginekologów w Monachium na nowo podniósł sprawę leczenia gorączki połogowej wielkimi dawkami wysokiu. Pomimo to dotąd nie nastąpiło ogólne wprowadzenie tej metody leczniczej do terapii gorączki połogowej.

Podług Breisky'ego wysok ma działać przy gorączce połogowej przeciwgorączkowo. Runge widzi w wysokiu lek, który czyni ustrój odporniejszym, tak, że może on się oprzeć gorączce i działaniu jadu chorobowego. Runge współcześnie i w tym samym celu do leczenia wysokiem dołącza leczenie kąpielami, które mają w szczególny sposób pobudzać lanknienie i w ten sposób podnosić odporność ustroju.

Autor wielokrotnie posługiwał się przy leczeniu gorączki połogowej wysokiem. Materyjał jednak spostrzegawczy autora różni się tak od Breisky'ego jak i Rungego. Ci ostatni bowiem robili swe spostrzeżenia w klinice i to w przypadkach, w których od samego początku choroby wysok był stosowanym. Materyjał zaś własny autora stanowią przypadki z praktyki prywatnej; w pojedynczych tylko przypadkach miał autor spo-

¹⁾ Ueber Alkohol und Chinin behandlung bei Puerperalfieber. Bern 1875.

²⁾ Samlung Klinischer Vorträge Nr. 247, 1886 (Patz sprawozdanie moje w Nr. 5 Kroniki Lekarskiej z r. 1887).

sobność stosować wyskok w samym początku choroby; w większej zaś części przypadków autor był przywołanym w dalszych okresach gorączki połogowej.

W pracy niniejszej autor zajmuje się ciężkimi postaciami zakażenia posoczniczego połączonego z zapaleniem otrzewnej lub też ropnicą z przerzutami. Autor naturalnie uwzględnił nie tylko przypadki ciężkie, w których jednak jeszcze leczenie było możliwym, przypadki w których gorączka była silnego natężenia, ilość tętna znaczna, wymioty, wzdęcie, bezsenność i zapad, przypadki w których zresztą miejscowe objawy mniej lub więcej ustąpiły. W przypadkach tych wszystkie poprzednio używane środki szczególnie przeciwgorączkowe pozostawały bez skutku.

Z 18 ciężkich przypadków cierpień połogowych, których szczegółowe historie choroby autor podaje w 15 miała miejsce posocznica, w 3 ropnica (podług klasyfiacyi Schröder-Olshausena) w 5 przypadkach wyskok był stosowanym przed 10 dniem choroby, w 6 po 20 dniach.

Obok leczenia wyskokiem były niejednokrotnie wskazane różne miejscowe rękoczyny, jak usunięcie pozostałych części jaja płodowego z następczem przemyciem macicy (4 razy); stale drenowanie macicy; najczęściej jednak sprawy miejscowe na tyle były usunięte, że były tylko dokonywane przestrzykiwania pochwy, przyżegania miejscowe i t. p.

Wyskok podawanym był w postaci koniaku, rumu, starego burgundzkiego wina, starego Bordeaux, ciężkiego szampańskiego wina; obok tego podawano chorym beafta, jaja i t. p.

Z 18 chorych umarło 5. Jest to stosunek bardzo pomysłny; uwzględnić bowiem należy, że przypadki autora należały do bardzo ciężkich. Z 5 umarłych 3 uległy bezpośrednio zakażeniu połogowemu; jedna z tych 3 chorych umarła po 4 dniowem, jedna po 6 dniowem, jedna po 8 dniowem użyciu wielkich dawek wyskoku. 2 z tych chorych uległy zakażeniu po sztucznem poronieniu, a pozostałe zgnile części jaja płodowego były późno usunięte. Pozostałe dwie chore umarły skutkiem cierpień płuc.

U w a g i e p i k r y t y c z n e. Spostrzeżenia swoje autor uważa za uzupełniające pod pewnym względem spostrzeżenia Rungego, a to dlatego, że ten ostatni otrzymał pomyslnie wyniki w przypadkach spostrzeganych w klinice i leczonych z samego początku zakażenia połogowego, gdy autor te same wyniki otrzymał w przypadkach spostrzeganych w praktyce prywatnej i to w późnych i najpóźniejszych okresach choroby.

Autor nie czyni zależną wartość leczniczą wyskoku od jego działania przeciwgorączkowego, jak to twierdził Breisky i Conrad; w przypadkach bowiem autora działanie przeciwgorączkowe wielkich dawek wyskoku było prawie żadnem. Autor widzi skuteczność wyskoku przy gorączce połogowej zgodnie z poglądem Rungego w jego działaniu wzmacniającem na serce, w podniesieniu odporności ustroju i przeciwdziałaniu wpływowi zakażenia. Autor nie stosował zachwalanych przez Rungego

kąpieli letnich; nie może więc wydać sądu o ich skuteczności; sądzi jednak na mocy własnych spostrzeżeń, że nie są one koniecznymi.

Na mocy własnych spostrzeżeń autor przyłącza się do zwolenników obszernego i energicznego stosowania wysokoku w leczeniu gorączki połogowej. Szkody z użycia wielkich dawek wysokoku autor nie widział, nie spostrzegł też objawów otrucia, jakichby się można po tak wielkich dawkach spodziewać.

Nakoniec autor twierdzi, że leczenie wysokiem nie wyklucza bynajmniej konieczności miejscowego leczenia, jak usunięcia pozostałych części jaja płodowego, dezynfekcyi części rodnych, przyżegania i t. p. Wyskok winien odgrywać tylko rolę leku wzmacniającego, podnoszącego odporność ustroju.

Postać, w jakiej ma być podawanym wyskok, jest rzeczą obojętną.

Pod względem praktycznym zaznaczyć należy, że leczenie wysokiem jest właściwem przy wszelkich postaciach zakażenia połogowego, szczególnie w przypadkach ciężkich, rozpaczliwych wyskok przynosi oczywistą korzyść. *Feliks Arnctein.*

167. Dr. Adolf SCHMITT. **Przyczynę do znajomości rzerzączki jajowodów.** (*Zur Kenntniss der Tuben gonorrhoe*). *Arch. f. Gyn. T. XXXV. Z. 1.*

Przed pojawieniem się pracy Nöggerath'a „o skrytej postaci rzerzączki u kobiety“ zaledwie podejrzewano, że rzerzączka nadzwyczaj często rozszerza się z macicy na przydatki jej i że ma ona tak wybitne znaczenie w etiologii wielu chorób kobiecych. N. odróżnia trzy postacie zapalenia otrzewnej miedniczej pochodzenia rzerzączkowego: 1) ostre zapalenie okołomaciczne (z towarzyszeniem zapalenia przymacicznego lub bez takowego), 2) powracające zapalenie przymaciczne (*perimetritis recurrens*) w związku z rzerzączkowym zapaleniem jajowodów) i 3) przewlekłe zapalenie przymaciczne. Za punkt wyjścia i przyczynę trzech tych postaci, a przedewszystkiem zapalenia przymacicznego powracającego, N. uważa rzerzączkę jajowodową; zaś *salpingitis gonorrhoeica* uważa za nadzwyczaj częstą i prawie stałą komplikację rzerzączki. Według Fritsch'a może powstać zapalenie przymaciczne w następstwie rzerzączki jajowodów w trojaki sposób: 1) przez zapalenie przestrzeni chłonnej (*Lymphraum*) jamy otrzewnej, 2) zapalenie przez cienką ścianę jajowodu może przeniknąć na pokrywającą go otrzewną i 3) ropa rzerzączkowa z jajowodu sływa do jamy otrzewnej i wywołuje tu przez zaszczepienie zapalenie przymaciczne.

Z badań Bumm'a i innych wypływa, że możliwość przenikania gonokokków związana jest z obecnością nabłonka cylindrycznego; przenikanie grzybków kończy się tam, gdzie ma miejsce przejście nabłonka cylindrycznego w płaski. Dotychczas nigdy jeszcze nie udało się znaleźć gonokokków w błonie śluzowej jajowodów resp. ich nabłonka; za to obecność ich w ropie z jajowodów została napewno stwierdzoną. Co się tyczy

sposobu rozszerzania się zakażenia po błonie śluzowej, to tylko na łącznicy oka możliwem jest równoczesne i równomierne zakażenie całego worka łącznicowego, na innych błonach śluzowych zapalenie zaraźliwe stopniowo postępuje od miejsca pierwotnie zajętego. Zdaje się, że przeszkodą do dalszego rozszerzania się sprawy rzerzączkowej na całej przestrzeni kanału wysłanego błoną śluzową stanowią leżące po drodze tu i owdzie anatomiczne wąskie miejsca, jak np. orificium internum uteri i ujście maciczne jajowodów. Lecz gdy sprzyjające warunki (podrażnienia różnego rodzaju, nadużycia in venere et baccho, wpływy mechaniczne) umożliwią przewyciężenie tych przeszkod, wówczas sprawa postępuje po za niemi w ten sam sposób, jak na błonie śluzowej pierwotnie zajętej. Dawniej, gdy rzerzączkę uważano za cierpienie kataralne, przyjmowano zwyczajne rozprzestrzenianie się na raz zajętej błonie śluzowej, obecnie zaś za przyczynę rozszerzania się sprawy rzerzączkowej po kanale wysłanym błoną śluzową trzeba uważać posuwanie się naprzód specyficznych drobnoustrojów.

Schmitt zbadał dokładnie pod mikroskopem preparaty z jajowodu, usuniętego wraz z jajnikiem na drodze operacyjnej z powodu pyosalpinx i znalazł następny obraz anatomiczny: na wszystkich preparatach ściany jajowodu są zgrubiałe, jakkolwiek nie zbyt znacznie, co zależy od przerostu tkanki łącznej surowiczej, a przedewszystkiem warstwy mięśniowej, dalej infiltracja warstwy mięśniowej okrągłemi komórkami dotyczy częścią najbardziej głębokich warstw okrągłej muskulatury, częścią przestrzeni pomiędzy oddzielnemi pęczkami mięśniowemi. Wyniosłości błony śluzowej mają rozmaitą postać, czasami są one bardzo rozwinięte i wypełniają całą jamę jajowodu, gęsto się rozgałęziając, innym znowu razem są one bardzo niskie, wyglądają niby zgniecione i rzadko się rozgałęziają, rozgałęzienia te często są kolbowato zgrubiałe. Uderzającym jest mocne usianie błony śluzowej okrągłemi komórkami, które w wielu miejscach zakrywają prawie zupełnie warstwę łącznotkankową błony śluzowej, a przedewszystkiem kosmków (Zotten). Pomiedzy pojedynczemi rozgałęzieniami znajdują się obficie grudki ropy, na wyniosłościach kosmków jako też na środkowych częściach tychże widać wiele miejsc zupełnie pozbawionych nabłonka, w miejscach nie pozbawionych nabłonka prawidłowy układ takowego jest mocno zmieniony, pojedyncze komórki są usunięte z szeregu i leżą w nieładzie jedna na drugiej, rzęski na wielu z nich zanikły. W tych miejscach gdzie zaczęło się gojenie, widać młody nowowytworzony nabłonek składający się z wielu warstw, leżących jedna nad drugą o komórkach okrągłych, spłaszczonych i kubicznych, leżących w nieładzie jedne nad drugimi, a na granicy zdrowych miejsc przechodzi nabłonek znowu stopniowo w typowy, jednowarstwowy cylindryczny z rzęskami. Ten prawidłowy układ warstwy nabłonkowej znajduje się prawie zawsze w zagłębieniach pomiedzy pojedynczemi wyniosłościami błony śluzowej, zupełnie zdrowy nabłonek cylindryczny w wyraźnem po większej części rzę-

skami znajduje się także w pustych przestrzeniach, powstałych niewątpliwie przez zrosnięcie się dwóch lub więcej fałd błony śluzowej. Te puste zagłębienia, które niektórych badaczy doprowadzały na myśl o obecności gruczołów w tkance ścian jajowodów, znajdują się przeważnie w tych miejscach, w których fałdy podnoszą się z błony śluzowej, oprócz tego w warstwie włóknistej, nawet pomiędzy warstwami okrągłej muskulatury, w rozmaitej ilości i wielkości, powstały one prawdopodobnie wskutek zlania się pojedynczych fałd lub też ich rozgałęzień, zależnego od powiększonego ucisku zawartości. Że nie mamy tu do czynienia z gruczołami, tego dowodzi budowa warstwy nabłonkowej tych przestrzeni zupełnie identyczną z błoną śluzową jajowodów, a dalej znaczna ich ilość i rozprzestrzenianie się. Z powyższych badań wypływa, że obraz mikroskopowy błony śluzowej jajowodów podległej rzerzączce, zgadza się w głównych zarysach z tem, co znaleziono na innych błonach śluzowych podległych rzerzączce, a znajdujących się w tym samym daleko posuniętym okresie choroby. Stąd wniosek, że przebieg świeżej, ostrej rzerzączki na błonie śluzowej jajowodów podobny jest do tej samej sprawy na innych błonach śluzowych podobnej budowy i dostępnym zarazeniu. Jest jednak jedna ważna różnica; podczas gdy na innych miejscach błony śluzowej podległej cierpieniu ropa obficie zebrana ma swobodny odpływ, to odpływ ropy z jajowodów jest utrudniony w wysokim stopniu. Z jednej strony odpływ jest utrudniony przez zwężone wskutek zapalnego obrzmienia ujście maciczne jajowodu, które i w normalnym stanie jest ciasne, z drugiej zaś przez ujście brzuszne jajowodu, często zarosnięte; warunki te w wysokim stopniu ułatwiają wytworzenie pyosalpinx. Utworzenie się worka wypełnionego ropą może mieć miejsce zarówno wskutek bezpośredniego zlepiania się ścian jajowodu, jakoteż wskutek zrostu ujścia brzuszego z innymi organami miednicy, jak np. jajnikami. I jak nierzadko z salpingitis catarrhalis powstaje hydrosalpinx, a z salpingitis haemorrhagica — haematosalpinx, tak dość często pyosalpinx jest zejściem salpingitis purulenta. Gdy zamknięcie ujścia brzuszego jest niepełne lub też niezbyt mocne, wówczas przy działaniu mocnego podrażnienia (uderzenie, upadek, nadużycia, tańce i t. d.) może pewna część zatrzymanej w worku jajowodowym ropy spłynąć do jamy brzusznej i tu wywołać znane ciężkie komplikacje rzerzączek. S. dodaje, że nie udało mu się znaleźć gonokokków w tkance jajowodów.

Co się tyczy częstości rzerzączkowego zapalenia jajowodów względnie do innych działów kanału rodowego, to S. nie mógł dojść do pewnych wniosków, gdyż szczegółowe rozpoznanie zajęcia jajowodów jest nadzwyczaj trudne, a nawet niemożliwe, dopóki istnieje jedynie zapalenie błony śluzowej jajowodów, a nie doszło jeszcze do wytworzenia worka jajowodowego. Z 116 wypadków, w których napewno rozpoznano rzerzączkę na zasadzie znalezienia gonokokków, S. znalazł w 23 (a zatem 19,8%) objawy zajęcia przez rzerzączkę przydatków

macy. Trudno naturalnie powiedzieć, w ilu z tych wypadków napewno miała miejsce rzerzączka jajowodów; jeżeli jednak przyjąć pod uwagę, że w wielu z tych wypadków po stosunkowo krótkim czasie nastąpiło wyleczenie, że sprawy zapalne w parametrium i perimetrium mają często miejsce i bez rzerzączki jajowodów, a w szczególności u osób podległych częstym podrażnieniom (jak np. prostytutki), wówczas stosunek procentowy rzerzączki jajowodów do rzerzączki całego kanału rodnego będzie daleko mniejszy, i prawdopodobnie nie przyniesie 5%.

Co się tyczy czasu, kiedy występują objawy zapalne w przydatkach macicy po zarażeniu się rzerzączką, te naturalnie dokładnie trudno niezmiernie to określić. Z zestawienia wypadków S. widać, że rozprzestrzenianie się zarażenia tryprowego po całej błonie śluzowej organów rodnych kobiecych i na sąsiednie narządy w miednicy nie jest związane z ściśle określonym czasem, zdaje się jednak, że ma ono miejsce w większości wypadków w przeciągu dwóch pierwszych miesięcy; zdaje się również, że ostry okres choroby ma większą skłonność do rozszerzania się, niż chroniczny, przy którym zaraźliwość gonokokków jest znacznie mniejsza. W końcu S. zwraca uwagę na sposób powstawania perimetritis gonorrhoeica w następstwie rzerzączkowego zapalenia jajowodów. Z trzech sposobów, które cytuje Fritsch (patrz początek referatu). S. przyjmuje drugi i trzeci sposób, odrzuca zaś pierwszy. W każdym razie bezpośrednie działanie gonokokków jest wysoce nieprawdopodobne, gdyż płaski nabłonek, jakim jest pokryta otrzewna, przeszkadza mikrokokkom przenikać w głąb tkanki. S. uważa, że zapalenie przymaciczne, powstałe wskutek spłynięcia wydzieliny rzerzączkowej jajowodu do jamy otrzewnej, nie jest specyficzną chorobą powstałą przez zaszczepienie, ale raczej zwykłym tylko zapaleniem, powstałym wskutek podrażnienia przez ropę i wyrażającym się wytworzeniem wysięku, zrostów i t. d. Najlepszy dowód niezaraźliwego charakteru tej ropy stanowi fakt, że przy wycięciu jajowodów (salpingotomia) dość często zawartość pękniętego worka jajowodowego wylewa się do jamy brzusznej, bez widocznej szkody dla chorej. Nie podlega jednak wątpliwości, że dość często kobiety, cierpiące na chroniczne zapalenie przymaciczne, umierają nagle przy objawach gwałtownego septycznego zapalenia otrzewnej, a sekcya wskazuje jako przyczynę śmierci pęknięcie pyosalpinx—które występuje często bez żadnej widocznej przyczyny.

Stanisław Huzarski.

168. Dr. Alfred DÜHRISSEN. **O wartości głębokich nacięć szyi macicznej i pochwowo-kroczywych w położnictwie.** (*Ueber den Werth der tiefen Cervix- und Scheiden-Damn-Einschnitte in der Geburtshülfe.*) *Arch. f. Gynaecol.* T. XXVII. Z. 1.

W wypadkach niedostatecznego rozszerzania się wewnątrznych ust macicznych, wskutek czego poród się przedłuża, nasuwa się na myśl sztuczne rozszerzenie ujścia macicznego, to ostatnie ma na celu: 1) postęp porodu mocą naturalnych sił,

2) uniknięcie grożącego rozerwania szyjki, 3) możliwość natychmiastowego ukończenia porodu na drodze operacyjnej. Rozszerzenie zewnętrznego ujścia macicznego jest wskazanem: 1) przy zamknięciu takowego wskutek zarosnięcia, 2) przy zamknięciu wskutek zlepiania, 3) przy zamknięciu wskutek niepodatności ujścia macicznego, 4) przy niedostatecznym otwarciu w następstwie niepodatności całej części pochwowej, 5) przy niedostatecznym otwarciu w następstwie wadliwego działania bólów porodowych. Rozszerzenie zewnętrznego ujścia macicznego przez nacięcia ma tylko wówczas znaczenie, gdy nie tylko wewnętrzne ujście maciczne, ale i cała nadpochwowa część szyjki jest prawie rozszerzona. Stąd wniosek, że nacięcia przede wszystkim są wskazane u pierwiastek, gdyż u nich często już wskutek bólów w ciąży, a stale wskutek pierwszych bólów porodowych nadpochwowa część szyjki zostaje rozciągnięta. Hildebrandt zalecał powierzchowne nacięcia w wypadkach niedostatecznego rozszerzenia ujścia macicznego, pozostawiając dalszy przebieg porodu siłom natury. We wszystkich wypadkach, w których przy niedostatecznym otwarciu zewnętrznego ujścia macicznego wskazanem jest ze strony matki lub dziecka natychmiastowe ukończenie porodu, te powierzchowne nacięcia nie mają wartości. Gdy chcemy przy niedostatecznym otwarciu zewnętrznego ujścia macicznego zastosować rękoczyn, któryby pozwolił także ocalić dziecko, natenczas musimy usunąć wszelki opór ze strony obróbka ust macicznych, co można skutecznie jedynie przez nacięcia, sięgające do przyczepu pochwy, w liczbie czterech, z których dwa boczne, jedno przednie i jedno tylne. Oto jest strona teoretyczna zajmującego nas pytania. Co się tyczy wartości praktycznej takich głębokich nacięć, to dość jest rozpatrzyć używane dotychczas sposoby rozwiązania przy niedostatecznie otwartem ujściu macicznym, ażeby ocenić wartość tych nacięć. Gdy mamy w takim wypadku wskazanie do ukończenia porodu u pierwiastki ze strony dziecka, wówczas wielu akuszerów zachowuje się wyczekująco, inni znowu zakładają kleszcze lub przy położeniu nóżkowem wyciągają płód za nóżkę. W obu wypadkach dziecko prawie zawsze ginie, w pierwszym wypadku z powodu zbyt długiego trwania porodu, w drugim zaś—z powodu trudnej ekstrakcyi. W obu wypadkach życie matki jest także w niebezpieczeństwie, gdyż w pierwszym wypadku łatwiej może przyjść do zakażenia zewnątrz resp. samo zakażenie, w drugim zaś—gwałtowne ekstrakcyje przy niedostatecznie otwartem ujściu macicznym prowadzi prawie zawsze do rozerwania szyjki, sięgających w górę aż po za przyczep pochwy; przytem rozrywają się duże gałęzie art. uterinae lub też cała ta tętnica, co naraża położnicę na śmierć z upływu krwi. Gdy zaś mamy wskazanie do ukończenia porodu ze strony matki, to wielu akuszerów kończy poród kleszczami resp. ekstrakcyją za nóżkę z równie złym skutkiem dla matki i dziecka, inni znowu dokonywają perforacyi i wydobywają dziecko za pomocą kranioklastu. I w tym ostatnim wypadku, pomimo poświęcenia życia dziecka ma miejsce dość

często głębokie rozerwanie szyjki, zagrażające życiu matki. D. widzi się upoważnionym do twierdzenia, o ile te wypadki dotyczą pierwiastek z normalną miednicą i z czaszką prawidłowo ustawioną w miednicy dalej pierwiastek z prawidłową miednicą i poprzedzającą nóżką lub też z poprzecznem położeniem, pod warunkiem, że dziecko nie jest zbyt wielkie, że w razie śmierci matki lub dziecka, pomimo obecności od początku porodu wprawnego i ściśle antyseptycznego akuszerza, można uniknąć tego niepomyślnego zajścia przez głębokie nacięcia ust macicznych i krocza. Do tych wypadków zalicza także wypadnięcie sznurka pępkowego u pierwiastek, poprzedzające łożysko i drgawki porodowe (eclampsia). Wyłącza zaś wypadki guzów części rodnych, jakoteż wrodzone lub nabyte zwężenie pochwy, dalej wypadki skomplikowane z złośliwą niedokrwistością i płasawicą (chorea) lub też z przypadkowymi chorobami, jak: choroby serca, płuc, zakaźne, zimnica, żółtaczka, przymiot i chronicznie zapalenie nerek; nakoniec wypadki, w których przy pęknięciu pęcherza płodowego ma miejsce rozerwanie sznurka pępkowego przyzcpionego do błon płodowych (insertio velamentosa).

Ciekawy przyczynek do wypadków pierwszego rodzaju stanowią te porody, przy których ma miejsce przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, często wywołane sztuką, jakoteż porody u starych pierwiastek. W tych ostatnich stwierdzono większą prawie w dwójnasób śmiertelność dzieci i matek, co składano na karb leniwego działania bólów i na niepodatność miękkich dróg porodowych. Szkodliwe następstwa obu tych przyczyn dają się usunąć przy pomocy nacięć.

Co się tyczy zarzutów, to w czasach przedantyseptycznych przypisywano głębokim nacięciom wielki wpływ na powstawanie gorączki połogowej. Drugi zarzut dotyczył możliwości dalszego rozerwania naciętych miejsc, co mogło spowodować groźny dla życia krwotok. Oba te zarzuty D. odpiera. Co się tyczy niebezpieczeństwa zakażenia od zewnątrz, to łatwo go uniknąć przez ścisłą antyseptykę; zaś co do samozakażenia, to łatwo go uniknąć przez gruntowne wymycie pochwy i szyi macicznej 3% roztworem kwasu karbolowego pod przewodnictwem dwóch palców przed dokonaniem nacięć, gdy zaraz po nacięciach przystępujemy do wydobywania dziecka, a po odejściu łożyska przemijamy jamę maciczną 3% roztworem kwasu karbolowego. Gdy zaś mamy do czynienia z położnicą już zakażoną (gorączka, cuchnący odpływ z macicy), to i w takich wypadkach nie należy wahać się z dokonaniem głębokich nacięć, gdyż głęboka rana powstała po nacięciu trudniej jest dostępna septycznemu zakażeniu, niż obszerne rozerwanie szyjki o nierównych brzegach, jakie towarzyszą każdemu rękoczynowi lekarskiemu w tych wypadkach; zresztą można zmniejszyć niebezpieczeństwo wtórnego zakażenia nacięć gnijącą zawartością macicy przez wytamponowanie naciętej szyjki i pochwy bezpośrednio po porodzie 20% gazą jodoformową. Co się tyczy drugiego zarzutu, to głębokie nacięcia, sięgające aż do przy-

ezepu pochwy, nie rozrywają się dalej, gdyż przy ekstrakcyi takowe nie podlegają rozciągnięciu. D. zaleca głębokie nacięcia ust macicznych przy płaskiej miednicy i niedostatecznym otwarciu takowych, ażeby nie przepuścić chwili odpowiedniej do dokonania zapobiegawczego obrotu. Dalej zaleca je przy wypadnięciu sznurka pępkowego u pierwiastek, ażeby mózł natychmiast przystąpić do obrotu i ekstrakcyi. W ten sam sposób postępuje przy poprzedzającym łożysku u pierwiastek, naturalnie przy zupełnem otwarciu nadpochwowej części szyjki i dziecku donoszonym i sądzi, że wyniki dla dzieci będą lepsze, niż przy skombinowanym obrocie. Przy drgawkach porodowych u pierwiastek można przy pomocy nacięć ukończyć poród na drodze operacyjnej. Już na początku porodu a nawet w końcu ciąży, a mianowicie w tych wszystkich wypadkach, w których nadpochwowa część szyjki jest prawie rozszerzona. W tych właśnie wypadkach D. radzi zarzucić stosowaną dotychczas długotrwałą narkozę lub też sztuczne wywołanie porodu.

W pewnych warunkach nacięcia szyjki są wskazane nawet przy wąskiej miednicy, już to celem umożliwienia zapobiegawczego obrotu przy ruchomej główce, już też celem ukończenia porodu przy wskazaniu ze strony matki lub dziecka przy umocowanej główce, w obu wypadkach gdy niestosunek pomiędzy główką a miednicą nie jest zbyt wielki. Po nacięciach przy płaskiej miednicy często udaje się przepchnąć główkę (przez ucisk od zewnątrz jak radzi Homfeier) przez wąskie miejsce, a przy ogólnie zwężonej miednicy ustawić główkę odpowiednio (t. j. z mocno opuszczonem ciemieniem małym) ewentualnie w tem ustawieniu przepchnąć ją głębiej, poczem udaje się łatwo wydobyć ją kleszczami. Gdyby się ten rękoczyn nie udał, to nie tylko tem nie przeszkadzamy ale raczej ułatwiamy perforacją i wydobyć przy pomocy kranioklastu. Oprócz nacięć szyjki i ucisku od zewnątrz D. zaleca jeszcze przy wysokiem i poprzecznem lub też ukośnem ustawieniu główki, zakładanie kleszczy w kierunku ukośnym, co ma bardzo ułatwić ekstrakcyję.

U mnogorodzących nacięcia szyjki są wskazane tylko w wyjątkowych wypadkach, a mianowicie gdy część pochwowa jest niepodatna lub bliznowata; pierwsze ma miejsce w starszym wieku, dalej, przy raku i przymiotowem stwardnieniu części pochwowej, drugie zaś po amputacyi takowej, po poprzedzających ciężkich porodach lub też po gangrenie w następstwie chorób zakaźnych. W ogólności zaś D. przekłada u mnogorodzących mechaniczne rozszerzenie palcami niedostatecznie otwartego ujścia macicznego nad nacięcia.

Co się tyczy techniki głębokich nacięć szyjki, to D. zaleca w każdym wypadku doprowadzić je aż do przyczepu pochwy; dwa lub trzy nacięcia wystarczają zupełnie. D. nie widział znacznego krwawienia po nacięciach, co zależy od nieobecności w części pochwowej większych naczyń. Również nie używa zwierciadła. D. chwytą obrąbek ust macicznych pomiędzy

wskazujący i średni palec lewej ręki i nacina zwyczajnymi nożyczkami Siebold'a. Gdy obrąbek jest miękki i podatny, natenczas umocowujemy go w miejscu nacięcia zapomocą dwóch kulociągów (Kugelzange), a następnie pod przewodnictwem dwóch palców przecinamy naciągnięty obrąbek. Ponieważ ten rękoczyn ułatwia nacięcie, przeto D. zaleca go stosować w każdym wypadku. Nakładanie szwu na nacięte miejsca szyjki uważa D. za zbyt uczynne tak ze względu na zatrzymanie krwawienia, jakoteż ze względu na następce zagojenie. Następnie D. przechodzi do nacięcia krocza i pochwy. Gdy chcemy uniknąć u pierwiastek przy zakładaniu kleszczy na główkę stojąco wysoko (hohe Zange), a szczególnie w starych pierwiastek, znacznych uszkodzeń pochwy i jej otoczenia (levator ani), wówczas trzeba rozciąć ścianę pochwy w dolnej trzeciej części z obu stron. Nacięcie to D. radzi nazywać pochwowo-wejściowemi lub też pochwowo-kroczo-wemi; gdyż przy tem zostaje przeciętą nie tylko muskulatura wejścia do pochwy i mięsień ściągający srom (constictor cunni), ale oprócz tego zostaje nacięty pierścień mięsni unoszącego otwór stolcowy (levator ani), otaczający dolną trzecią część pochwy. Skutek tych nacięć jest zadziwiający. Głó-wka, która poprzednio była nieruchomą, postępuje teraz bardzo łatwo za lekkim pociąganiem kleszczy i zostaje wywiązaną przy pomocy jednej trakcyi. Co się tyczy techniki tych nacięć, to D. nacina głęboko z dwóch stron wejście do pochwy (introitus) w kierunku guzów kulszowych (tubera ischii) przy pomocy nożycek Cowper'a lub Siebold'a; gdy przy nowej trakcyi główka się nie podaje, wówczas przedłuża nacięcia ku górze i pogłębia je w górnej części. W ostatnich czasach D. dokonywa nacięcie pochwy nożem odrazu długości 4 ctm, przez co otrzymuje się ranę o gładkich brzegach. Krwawienie powstrzymuje się natychmiast przez tamponowanie główką, a następnie grzbietem dziecka. Po wydobyciu dziecka wystarcza zatamponować nacięcia tymczasem gazą jodoformową, a po wydaleniu łożyska powstrzymuje się ostatecznie krwawienie przez szew. Z powodu kurczenia się przeciętych mięśni obie powierzchnie cięcia podlegają poważnym zniekształceniom, na to trzeba zwrócić uwagę przy zakładaniu szwu.

Po ukończeniu szwu posypuje się rany jodoformem i wprowadza się do pochwy pasek gazy jodoformowej, który zakrywa także ranę na kroczu. Przed założeniem szwu należy zrezygnować otoczenie rany i zgolić włosy. Nacięciom pochwowo-kroczo-wym robiono te same zarzuty, co i nacięciom szyjki. Oba zarzuty, a mianowicie odnośnie krwotoku i możliwości zakażenia, D. odpiera. Gdyby nacięcia pochwowo-kroczo-we nie zrosły się po porodzie, natenczas z powodu rozdziawienia sromu i wypadnięcia ścian pochwy, należy dokonać zeszywania na drodze plastycznej (Lappendamm-spaltung). Nacięcia pochwo-wo kroczo-we mogą być również wskazane przy założeniu kleszczy na nisko stojącą główkę, a mianowicie wówczas, gdy mamy do czynienia z miednicą kyfotyczną lub lejkowatą, czyli miednicą zwężoną w wyjściu. Pochwica (vaginismus) jako prze-

szkoda przy porodzie łatwo i bez niebezpieczeństw usuwa się przez takie głębokie nacięcia, dochodzące aż do kurezowo ściągniętego mięśnia unoszącego otwór stolcowy (levator ani). W przyszłości D. zamierza zamiast dwóch nacięć we wszystkich wypadkach stosować jedno nacięcie odpowiednio głębokie, przez co otrzymuje się po zeszytciu lepszy rezultat kosmetyczny, niż po podwójnym nacięciu.

Co się tyczy postępowania przy rozmaitego rodzaju zamknięciu zewnętrznego ujścia macicznego, to należy usunąć to zamknięcie przez prosty ucisk lub też przez powierzchowne nacięcia. Często wkrótce potem usta maciczne zupełnie się otwierają; w przeciwnym zaś razie, gdy mamy wskazanie do ukończenia porodu, należy dokonać zaraz głębokich nacięć szyjki. W wypadkach, w których z powodu niepodatności części pochwowej ujście maciczne niedostatecznie się rozszerza i poród stanął, Hildebrandt szczególnie zalecał liczne powierzchowne nacięcia. D. uważa takowe za zupełnie zbyteczne w tych wypadkach, w których niema wyraźnego wskazania do ukończenia porodu, gdyż w takich wypadkach pod wpływem środków narkotycznych usta maciczne dość szybko się rozszerzają. W każdym razie takie nacięcia należy przedsięwziąć dopiero po pęknięciu pęcherza. Powierzchowne nacięcia w pewnych warunkach, gdy porod pomimo ich zastosowania się przeciąga, nie są bez niebezpieczeństwa, gdyż łatwo może nastąpić zakażenie ran po nacięciach. Należy przeto w wypadkach, w których po dokonaniu powierzchownych nacięć poród się jeszcze przeciąga, pamiętać o najściślejszej antyseptyce przez stosowanie tak na rany, jakoteż i na całą pochwę częstych przestrzykiwań dezynfekujących. W końcu D. zwraca uwagę, że tylko prawdziwie doświadczony akuszer ma prawo wykonywać tak powierzchowne, jak i głębokie nacięcia szyjki, jakoteż głębokie nacięcia krocza.

Stanisław Huzarski.

169. Dr. BENIKISER. O wyjąłwianiu katgut i gąbek. (*Über sterilisirtes Katgut und sterilisirte Schwämme*) Cntbl. f. Gyn. Nr. 31. 1889.

Jak wiadomo H. Thomson wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach (Centrbl. f. Gyn. Nr. 24. 1889) dla przekonania się o wartości używanych obecnie w chirurgii nitek do szycia. Z doświadczeń tych T. wyprowadza wnioski następujące: Katgut chromowy, przygotowany według metody Mikulicza, nie wsysa się, lub wsysa się bardzo powoli, w ciągu kilku miesięcy. Silkwormkatgut posiada także same własności. Katgut przygotowany w kwasie karbolowym wsysa się prawie zupełnie po upływie 8—10 dni. Jedwab także rozpuszcza się, ale dopiero po 2—3 miesiącach. Chromowy katgut, a także i karbolizowany wywoływały zmętnienie w jałowej żelatynie, jeśli nitki włożone były po uprzednim rozszczepieniu. Na zasadzie tego T. uważa jedwab za najlepszy materiał do szycia, gdyż może być on zupełnie wyjąłwionym i że z czasem wsysa się. Benikiser jest jednak przeciwnego zdania na zasadzie doświadczeń wykonanych z katgutem sterylizowanym według swojej

metody. Autor podaje surowy katgut działaniu suchej, wysokiej ciepłoty 130—140°C. w przeciągu 1½—2 godzin; pomieszczając takowy w sterylizator w papierowej kopereie, z kąd wyjmuje go przed samą operacją. Tak przygotowany katgut nie traci na trwałości, zbytnią zaś jego suchość i brak giętkości usuwa się przez zanurzenie go w roztworze kwasu karbolowego, lub przygotowanej wodzie. B. umyślnie zarażał nitki katgutu hodowlami staphylococcus pyogenes aureus et citreus, nigdy jednak po powyższej sterylizacji zmętnień na żelatynie nie otrzymał. Operacje wykonane z tak wyjałowionym katgutem dawały zawsze dobre rezultaty. Co się tyczy gąbek, to autor wymywa je w chłodnej, potem w gorącej wodzie z mydłem do możliwej czystości i wysusza. Po wyschnięciu obwija je w marłę i poddaje działaniu wysokiej ciepłoty. Mokrych gąbek nie należy poddawać działaniu wysokiej ciepłoty, gdyż psują się—suche zaś przyjmują tylko nieco żółtawy odcień nie tracąc nic ze swoich własności. Gąbki przechowują się następnie w roztworze kwasu karbolowego, lub sublimatu. *Kuniewicz.*

V. Wiadomości pomniejsze.

170. **Przy Błoniczy** zaleca Dr. Gross, na podstawie 280 obserwacji poczynionych nad ssawcami i dorosłemi, *tymol* do wewnątrz. Podaje się roztwór 0,1—0,3% w ilości 10—12 kropel co 5—10 minut w wodzie z syropem, koniakiem lub arakiem. Według zapewnienia autora już po upływie 24 godzin po zastosowaniu środka skutek ma być „zdumiewający“, miejscowe objawy w najcięższych przypadkach giną po dniach sześciu i chorzy poprawiają się w zupełności. Do środka tego nawet najwybredniejsi chorzy, nie wyłączając dzieci, przyzwyczajają się łatwo, znoszą go dobrze, a nawet i w większej ilości użyty tymol złych następstw nie sprowadza—przeciwnie poprawia łaknienie. Przy owrzodzeniach natury błonicowej autor podaje roztwór 0,3% co 5 minut po 5 kropel. Przy błonicy nosa ten sam roztwór kroplami wpuszcza się do nosa co godzinę. I przy krupie autor również stosuje też samo leczenie tymolem. (Allgem. Med. C Z. 34.90).

171. **Przy krwawej bieguncie** Dr. Cimbali zaleca kwas salicylowy do wewnątrz w połączeniu z makowcem:

Rp. Acidi Salicylici 10,00

Opii puri 0,2—0,4

M. f. p. divide in part. aeq. Nr. XX

S. co 3—4 godzin proszek.

W następstwie ilość wypróżnień znacznie się zmniejsza, a bóle i parcia ustępują. Wyzdrowienie po 3—4 dniach. By należycie utrwalić powrót do zdrowia należy podawać te same proszki przez dni kilka.

Autor stosował również omawiany środek i przy zwykłych chronicznych cierpieniach kiszek i to zawsze również z pomyślnym wynikiem.

(La Rif. Med. 90—71. N. T. N. 15).

172. **Przy zółtach u dzieci** oprócz tranu, stosowanego do wewnątrz, Dr. Pearse zaleca wcierania w skórę całego dziecka rano i wieczorem po je-dnej uncji tranu w przeciągu kilku miesięcy.

(Br. Med. Jour. 90. IV—15. N. T. 15).

173. **Przy szczepieniu ospy** Dr. Leach zaleca następujący sposób postępowania: 1) pole operacji, narzędzia i rurkę zawierającą limfę obmyć należy środkiem odkażającym, 2) po zaschnięciu ranek przysypać je proszkiem magisteri Bismuthi i przykryć świeżą szarpią, 3) poezawszy od dnia trzeciego po zaszczeniu kończynę oblewać strumieniem wody letniej raz dziennie. 4) Jeśli zaszczeniu znajduje się w złych warunkach higienicznych, to zaraz po zaszczeniu miejsce operacji pokryć należy cienką warstwą kolodyjonu. (Br. M.d. Jour. 90. IV—15. N. T. 15).

174. **Nowo wprowadzony** w użycie przez Prof. Penzoldt'a środek wzbudzający apetyt orexinum muriaticum (patrz Kron. Lek. Nr. 3, str. 142) zachwalany również przez Glückiegl'a okazał się bezskutecznym, a nawet szkodliwym jak o tem donosi Dr. Imrédi, który stosował go u 12 chorych w klinice Budapeszteńskiej. Apetyt u chorych nie poprawił się, lub bardzo nieznacznie, często jednak występowały wymioty, nudności i odbijanie się, szczególnie po dłuższem użyciu środka.

(Pest. med.-chir. Presse 90.17. N. T. 16).

175. **Sposób przepisywania kofeiny** według Dr. Huchard'a do wewnątrz:

Rp. Ceffeini 5,00
Natri benzoici 2,00—5,00
Aq. destillatae 300,00

Mds. 1—4 łyżek dziennie

do zewnątrz do zastrzykiwań podskórnych:

Rp. Coffeini 4,00
Natri salicylici 3,00
Aq. destillata 6,00 albo

q. sat. ad 10 cub. cent.

Roztwór powyższy przygotowywać należy na gorąco. Każdy centymetr sześcienny zawiera 40 centigr. kofeiny, albo

Rp. Coffeini 2,50
Natri benzoici 3,00
Aq. destillatae 6,00 albo

q. sat. ad 10 cub. cent.

Przygotować na gorąco, szpryczka Pravatz'a = 0,25 kofeiny

(Rev. gen. de chir. et de théér. 12 III Lyon Méd. 15.90).

176. **Przy ostrej rzeźączce** Dr. Magill zaleca *świeczki jodoformowe*. Każda świeczka zawiera 3 grany jodoformu, wprowadza się 3 razy dziennie co 8 godzin zaraz po oddaniu moczu. Pierwszego dnia kuracy chory powinien pozostać w łóżku. Skutek powyższej kuracyi, według autora, daleko jest pewniejszy i szybszy aniżeli przy wszystkich innych sposobach dotąd zalecanych. (Ph. Med. and Surg Jour. 90. II—22 N. T. N. 16).

177. **Przy świerzbie** Dr. Saalfeld zaleca obmywanie roztworem 1 części sublimatu w 300 częściach octu. (Mon. f. Der. 90. I—8).

Dr. Tresilian przy tem cierpieniu zaleca *olej karbolowy* (1 i 15 oliwy) swędzenie i wysypka giną szybko. Tradycyjjonalnie zachwalana siarka, według zdania autora, powoduje stan zapalny skóry.

(Br. Med. Jour. 90—IV—5).

K. W. Sierpiński.

Kronika miesięczna.

— Najwięcej jest jak mówią lekarzy, sądzilibyśmy jednak, iż więcej jest projektodawców. Oto przykład. Przed kilku miesiącami wyłoniła się na widownią publiczną kwestyja stosunku lekarzy do felczerów, wywołana skandalicznymi przejściami w kilku miejscowościach naszego kraju. Naturalnie natychmiast posypały się projekty naprawo i nalewo, mające na celu zawilą tę kwestyją rozwikłać. Każdy projektodawca broni naturalnie swego i sądzi, iż rozciął jednym pociągnięciem pióra węzeł gordyjski. Kwestyja to zbyt jednak ważna nie tylko dla lekarzy, ale i dla całego społeczeństwa, aby kilku pociągnięciami pióra można ją znieść zupełnie, projekty tworzyć należy dopiero po zbadaniu kwestyi, a ta jeszcze dotąd nie jest należycie zbadaną i na wysnuwanie wniosków nie pozwala. Na stosunek felczerów do lekarza i publiczności do obydwu wpływa wiele warunków, które same przez się są dla nas jeszcze jakąś niewiadomą matematyczną, a od której rozwiązanie kwestyi zależy. Przedewszystkiem nim wystąpimy z projektami należy samą kwestyją zbadać dokładnie. Nie zbadał jej kol. Szymanowski, pisząc artykuł do Dziennika dla wszystkich (Nr. 45—49) zbyt bowiem indywidualizował swoje spostrzeżenia. Starali się ją zagmatwać jeszcze bardziej w swej pompatyczno-humorystycznej odpowiedzi felczerzy warszawscy (Dz. dla Wsz. Nr. 69—72), pierwszy głosił za zniesieniem instytucyi felczerów, drudzy comme de raison za utrzymaniem status quo. Tak więc każdy pozostał przy swoim.

Z innego punktu widzenia traktował sprawę kol. J. Mierzyński w Nr. 83 Kuryera Codziennego chociaż sam praktykował na prowincyi lat 6 dość optymistycznie zapatruje się na stanowisko lekarza na prowincyi, zaznacza, iż minęły złote czasy robienia majątku, ale zarazem utrzymuje, iż na utrzymanie zarobić można. Nie tu jednak leży optymizm kol. M. ale w sposobie przewidywania wyników walki lekarza z aptekarzami, felczerami, znachorami i t. p. Jest on zdania, iż lekarz zawsze z walki takiej wychodzi zwycięzcą, ale pod następnymi warunkami: 1) zwrócić baczną uwagę na chłopów i starać się ich sobie pozyskać, 2) leczyć tanio (zbyteczne żądanie, i tak u nas honoraryja lekarskie są zbyt małe), 3) leczyć wszystkie choroby, a nie ograniczać się na chorobach wewnętrznych. Ostatnie to żądanie stosuje się prawie wszędzie, ale nie zawsze jest wykonalne, jak np. żądać od lekarza w miejscowości, gdzie niema wcale szpitala wykonywania lapaotomij, cięć cesarskich i t. p, a choćby nawet amputacyi szyjki macicznej. Obok techniki konieczne jest jeszcze stosowne otoczenie, którego brak na prowincyi. To też niesłusznie kol. M. zarzuca lekarzom prowincjonalnym, że pozbawiają się połowy praktyki, niechcąc podejmować się leczenia t. z. chorób specjalnych, sądzę że postępują oni uczciwie, odsyłając chorych do miast większych i dowodzi to tylko, iż mają na względzie nie tyle własny interes, ile interes chorych, których nie narażają na stratę czasu, nieraz bardzo drogiego, i ciężko zapracowanych pieniędzy. Lekarz w małym miasteczku z konieczności musi się ograniczyć do leczenia chorób niezawikłanych i do wykonywania mniej ważnych operacyi nie dla braku odpowiednich wiadomości, ale dla braku odpowiedniego otoczenia, które nie małą przecież rolę odgrywa. Artykuł swój kolega M. kończy słowami, że warunki pozyskania praktyki „nie są zbyt trudne i w zupełności od lekarza zależne“. Na ostatnie to zdanie nie możemy się zgodzić choćby z tego względu, iż w walce z ciemnotą i wyzyskującymi ją szalbierzami dotąd zawsze zwycię-

żali nie lekarze, nawet bowiem ludzie mający pretensyje do inteligencyi chętniej dziś jeszcze wierzą w cuda niż w naukę, ta bowiem nic nie ma w sobie tajemniczego, podczas gdy druga ma niemożliwość i tajemniczość. Przykładów na to niekoniecznie szukać należy na prowincyi, zbyt świeżo mamy w pamięci podobną walkę w Warszawie.

W tej samej kwestyi zabiera głos w Głosie (Nr. 10) p. Jan Niebor-ski. Pismo to w ogóle znane jest ze swych nieprzyjaznych wystąpień wzglę-dem lekarzy i od czasu do czasu raczy ich takiemi przysmakami jak np. że lekarzowi nie należy podawać inaczey ręki, jak wsuwając mu honoraryjum i t. p. Na podobne objawy kretynizmu *Kronika* nie zwracała uwagi, mając na względzie znane, bardzo znane przysłowie. Ponieważ jednak zdanie, wy-powiedziane obiektywnie i spokojnie, bez względu na źródło mamy zwyczaj szanować streszczamy poglądy autora artykułu. Żąda on nie zniesienia fel-czerów, ale przeciwnie podniesienia ich umysłowego wykształcenia i usta-nowienia pensyj dla felczerów gminnych i miejskich, zabraniając im pobie-rania opłaty od chorych. Zresztą autor jest zdania, iż dla chłopca „pożytek z porady lekarskiej bardzo często jest problematycznym, szczególnie w cho-robach wewnętrznych, przewlekłych lub epidemicznych“. „Najsukuteczniej poradzić może lekarz tylko w wypadkach chirurgicznych, w takich, w któ-rych dobry felczer nieraz zastąpić go potrafi“. Ze słów tych widać, iż autor pomoc lekarza uważa za sukces dostępny tylko dla bogatych, na szczęście tak nie jest i ludność przekonywa się coraz bardziej o skuteczności i wyż-szości porady lekarskiej, tylko panowie z Głosu mogą być innego zdania— to już ich specjalna logika. P. J. N. nie jest lekarzem, nie dziwimy się mu więc, iż z takim lekceważeniem odzywa się o pomocy lekarskiej w cho-robach wewnętrznych i nie dziwimy mu się, iż leczenie uważa za rzecz przynoszącą małą korzyść pacjentom, dziwimy się natomiast jemu jako człowiekowi mającemu pretensyje do inteligencyi, iż wobec stanu dzisiej-szej chirurgii ośmiela się twierdzić, jakoby felczer mógł zastąpić lekarza, powiemy więcej dziś nie każdy lekarz mógłby to uczynić, a cóż mówić o fel-czerach. Natomiast projekt utworzenia płatnych felczerów uważamy na razie za jeden z lepszych.

Naszem jednak zdaniem wszystkie tym podobne projekty są wprost psuciem papieru i atramentu, należy kwestyję tę zbadać dokładnie ku cze-mu siły jednostki nie starczą, trzeba więc albo inicjatywy prywatnej do ustanowienia komisyi, lub też odpowiedniej komisyi rządowej.

Nasze Towarzystwo lekarskie powinno wziąć tę sprawę w swoje rę-ce, wybrać komisyję i po zasięgnięciu zdań od kolegów prowincjonalnych wypracować odpowiedni memoriał dla sfer miarodajnych. Innego rozwią-zania kwestyi nie widzimy, artykuły dziennikarskie uważamy w tej kwestyi za przelewanie z pustego w próżne.

Zawadzki.

— Zmiany w ustawie o karach za naruszenie przepisów policyjnych, sanitarnych i weterynaryjnych zatwierdzone zostały w drodze prawodawczej.

Za przekroczenie w tej mierze ustanowione są kary do 300 rs. lub trzymiesięczny areszt. Ponownie przekraczający będą karani podwójnie. Obwinieni o dostarczanie zepsutych lub szkodliwych produktów za pier-wszym razem ulegać będą karze 300 rubli i trzymiesięcznemu aresztowi— za drugim karze 600 rubli i sześciomiesięcznemu więzieniu, a za trzecim pozbawieniu niektórych praw.

Nadzór lekarsko-policyjny ma być jednocześnie wzmocniony.

— Prof. L. W. Popow, prowadzący w tutejszym uniwersytecie kli-

nikę terapeutyczną szpitalną, obranym został na katedrę kliniki terapeutycznej akademickiej w Akademii Medycznej nie zajętej od śmierci prof. Botkina. Miejsce jego zajmie zapewne prof. na klinice dyagnostycznej Słolnikow, po którym nastąpi prof. Thumas, porzucający katedrę farmakologii. Ostatnia pozostanie przez czas pewien wakująca, ponieważ domniemy kandydat na tę posadę J. P. Pawłow wybrany został profesorem farmakologii i receptury w Akademii Medyko-Chirurgicznej.

— Podane przez nasze i petersburskie pisma doniesienie o ofercie 10,000 rs., zrobionej Towarzystwu Lekarskiemu na cele higieniczne, jest pozbawione podstawy.

— Dzięki staraniom inspektora lekarskiego Dra Troickiego, który działalności urzędu lekarskiego nadaje właściwy kierunek i doniosłość, odbędzie się w mieście naszym i na przedmieściach wzmoczone szczepienie ospy ochronnej. Liczne punkty oraz godziny szczepienia zostały już ogłoszone w pismach codziennych. Szczepienie wykonywane będzie przeważnie przez lekarzy. Na cel ten wyznaczono 2000 rs.

— „Kraj“, powtarzając za warszawskimi dziennikami fałszywą wiadomość, jakoby Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zwróciło się z prośbą do p. ober-poliomajstra o zabronienie praktyki lekarskiej p. Ochorowiczowi, dodaje w dobrej wierze, że p. O. zgodnie ze swem oświadczeniem zrobionem kiedyś w „Kraju“ (1888 r) przyjmuje tylko chorych z *wyraźną piśmienną rekomendacją lekarza*. Wiemy na pewno, że podobnych rekomendacji od lekarzy ordynujących p. O. wiele nie wykaże. Co się zaś tyczy udziału w tej sprawie Towarzystwa Lekarskiego to ono, jako instytucja czysto naukowa, nie zabiera inicjatywy w kwestyjach policyjno-lekarskich, najwyżej daje swą opinię w razie zwrócenia się doń o radę właściwych organów urzędowych. W danej kwestyi nawet i ta ewentalność nie miała miejsca. Właściwa akcja wyszła ze strony p. inspektora lekarskiego, do którego sprawy podobne z urzędu należą.

W obec coraz bardziej pesymistycznych zapatrywań na praktykę hipnotyczną w ogóle, w obec zakazów jakie wydano przeciw niej we Francji (ministrowie wojny i marynarki zabronili wykonywania jej w armii lekarzom) i Belgii i za granicą w ogóle, mamy nadzieję, że przedstawienie urzędu lekarskiego znajdzie uznanie we właściwych sferach.

— „*Naszyjniki elektro magnetyczne*“ !!! po Rs, 1!!!, — jako ułatwienie ząbkowania, zaleca „matkom“ pewien skład wyrobów gumowych w Warszawie. Jako kompetentne powagi przytoczone są rozmaite głowy koronowane, których dworów fabrykant mianuje się dostawcą. Sądzimy, że należało by ostrzedz publiczność przed tą zagraniczną błądą i wystąpić przeciw niej również energicznie, jak przeciw elektro-magnetycznym blaszkom.

— Na posadę inspektora lekarskiego gub. Plockiej zamianowany został Dr. Zinowicz-Kaszczenko, dotychczasowy lekarz powiatu spaskiego gub. tambowskiej.

— Kol. Lubowski został wybrany na prezesa a kol. Ruppert na członka Rady Zarządu Zakładu kąpielowego w Ciechocinku.

Kol. Ruppert mianowany został ordynatorem szpitala Ś-go Tomasza w Ciechocinku.

— Zmarły w Petersburgu prof. Besser porobił znaczne zapisy na cele filantropijne, mając na uwadze głównie kształcąca się młodzież. Z odsetek od 80,000 rs. mają być utworzone stypendya po jednym na fakultetach medycznych w Warszawskim Uniwersytecie, Kijowskim, Moskiewskim i

Akademii Petersburskiej. Każde stypendyum wynosić będzie rs. 400, z których 350 otrzymywać będzie stypendysta, a 50 rs. oraz $\frac{1}{10}$ wydane mu będą po skończeniu kursu nauk. Podobnie utworzone będą stypendya w 8 gimnazyach: w Wilnie, Żytomierzu, Kamieńcu Podolskim, Kijowie, Mińsku gub., w Mostowie, Niemirowie i Petersburgu. Wysokość stypendyum 250 rs., z których 200 otrzymuje stypendysta, a 50 i $\frac{1}{10}$ wydane mu będą po ukończeniu gimnazjum. Stypendystami mogą być osoby niezamożne religii chrześcijańskiej; stypendya wydawane będą od 1-go kursu i od 1-ej klasy gimn.; stypendysta traci stypendyum jeżeli pozostaje na drugi rok więcej niż raz w ciągu kursu nauk. Za życia wdowy od niej zależy wybór stypendystów, następnie zależeć będzie od rad uniwersyteckich i gimnazjalnych. Oprócz tego ś. p. B. zostawił 20000 na różne cele dobroczynne, z których 1000 na kasę wsparcia lekarzy w Petersburgu i 1000 dla Towarzystwa Pomocy dla biednych studentów Akademii Medycznej w Petersburgu.

(Wracz).

— Na zebraniu ogólnem lekarzy (20) w San Remo zastanawiano się nad szerzeniem się w rozmiarach przerażających gruźlicy pomiędzy stałymi mieszkańcami tej miejscowości. Liczba umierających zwiększa się z roku na rok. To samo ma miejsce w Mentonie. Niewątpliwie przyczyną tego jest napływ suchotników, których przysyłają tu zewsząd dla powietrza. Postanowiono na razie odradzać wysłania suchotników do S. Remo, ponieważ pobyt tutaj, może być dla nich raczej szkodliwym. Myśl ta nie znalazła jednak uznania burmistrza miasta (?) i przeszła ad acta. Zarząd miasta ma się postarać o środki zaradcze w celu ograniczenia szerzenia się gruźlicy w S. Remo.

— Wynagrodzenia profesorów w Wielkiej Brytanii przewyższają o wiele pensje profesorów na stałym lądzie. Tak np. prof. chemii w Edynburgu pobiera 3450 funtów szterlingów, profesor anatomii 3000, ogólnej patologii 2350, farmakologii 2235. Pensje profesorów zajmujących się praktyką są niższe.

— Jak surowo przestrzegane bywa w Anglii prawo przymusowego szczepienia ospy ochronnej pokazuje wykaz kar z powodu niewykonania szczepienia w roku przeszłym: 10585 osób ukarano pieniężnie a 113 więzieniem.

— Dr. M. Birnbaum (Med. Record. 26 kw.) z Taerpin poddał nader starannemu zbadaniu dane statystyczne dotyczące śmiertelności o ile takowe odnoszą się do życia lekarzy. Podane przezeń cyfry przedstawiają dla lekarza interes zarówno osobisty jak i naukowy, są jednakże zbyt liczne byśmy je mogli szczegółowo powtórzyć, przytaczamy przeto niektóre z nich w tem miejscu.

Co do śmiertelności lekarzy, spodziewanej długości ich życia i t. d. robione były poszukiwania przez Gussmanna w r. 1865, wszelako dane statystyczne zebrane przez Birnbauma są kompletniejsze; obejmują one 2000 wypadków śmierci wśród lekarzy niemieckich od roku 1881 do 1891 (? P.) oraz dane, dotyczące wieku 15,000 lekarzy, umieszczonych w Cēs. Kalendarzu Lekarskim Börnera. Najpierw co do wieku członków fachu lekarskiego (lekarzy? P.) znajdujemy co następuje:

Wiek	Ilość	Odsetka	Wiek	Ilość	Odsetka
25—29	3,180	21,20	60—64	645	4,31
30—34	2,157	16,78	65—69	511	3,40
35—39	2,054	13,69	70—74	395	2,63

40—44	1,764	11,76	75—79	228	1,52
45—50	1,476	9,86	80—85	86	0,57
50—54	1,076	7,77	85—89	28	
55—59	1,026	6,84	90—93	9	

Z powyższych cyfr widać, że wśród 15,000 lekarzy ilość ich stale się zmniejsza co 5 lat. Największa ilość lekarzy przypada na rok 27-my życia. Połowa lekarzy liczy mniej niż 40 lat życia, $\frac{3}{4}$ zaś mniej niż 50. Najpowszeźniej spadała liczba lekarzy między 50—60, najszybciej w następnym dziesięcioleciu t. j. od 60 do 70 lat. Wynika ztąd przestroga dla lekarzy, że powinni unikać nadmiaru pracy po dojsciu do lat 60-ciu. Stosunkowo najmniej lekarzy umiera w wieku od lat 43 do 44. Lekarze nie dochodzą do tak sędziwego wieku jak przeciętni ludzie. Z 15,000 osób (wszystkich stanów) mających więcej niż 25 lat około 30-tu dochodzi do 95 i 180 do 90. Z liczby 15,000 lekarzy, podanej przez Birnbauma, żaden nie doczekał się lat 94-ch.

Przy rozpatrywaniu 2000 wypadków śmierci wśród lekarzy okazało się, że między rokiem 25 a 35 umiera 12,00%

„	„	36 „ 45	„	13,15 „
„	„	46 „ 55	„	16,50 „
„	„	56 „ 65	„	20,70 „
„	„	66 „ 75	„	23,85 „

Odsetka tedy stopniowo się zwiększa. Największa jednakże ilość wypadków śmierci zdarza się między rokiem 66 i 75, a najfatalniejszym pięcioletniem jest okres między 66—70.

Przy obliczaniu rocznego stosunku śmiertelności wśród 15,000 lekarzy, okazało się, że takowy wynosi 2,24% czyli innymi słowami co rok umiera jeden lekarz z liczby 44.

Tablice Birnbauma zawierają następujące cyfry spodziewanej długości życia (expectation of live) lekarzy, wyrażonej w latach:

W wieku lat 25	. . .	62,11
„ „ 35	. . .	63,09
„ „ 45	. . .	64,83
„ „ 55	. . .	67,75
„ „ 65	. . .	72,68

Z tego okazuje się, że spodziewana długość życia lekarzy jest nieco mniejszą (acz nie o wiele) niż przeciętnej ludności.

Co do przeciętnej długości życia lekarzy Birnbaum przytacza następujące tablice Neufville'a:

Księża	. . .	65,7	
Nauczyciele	}	. . . 56,8	Kupcy . . . 56,7
Ogrodnicy			Prawnicy . . . 54,2
Rzeźnicy			Lekarze . . . 52,2

W 238 wypadkach śmierci lekarzy znalazł on następujące przyczyny: Choroby zakaźne 16. Przewlekłe choroby płuc 22. Ostre choroby płuc 21. Przewlekłe choroby serca 30. Apopleksja 40. Choroby mózgu i rdzenia pachowego 20. Rak 19. Choroby wątroby 7. Choroby narządów jamy brzusznej 5. Choroba Brighta 8. Diabetes mellitus 3. Choroby chirurgiczne i obrażenia 5. Śmierć gwałtowna 11. Wiek starczy 9. Inne choroby 22.

Przy przeglądaniu powyższego zestawienia uderzy niejednego fakt o-

gromnej ilości tego rodzaju wypadków śmierci, jakie zdarzają się u osób wystawionych na szkodliwe czynniki i ciężką pracę umysłową i fizyczną, gdy tymczasem niewielka ilość wypadków śmierci przypada na cierpienia spowodowane niepowsięgliwym życiem w najzwyczajniejszym tego słowa znaczeniu.

Zaiste lekarze to ród ciężko pracujący i niezbyt długo żyjący. P.

— Od 15 kwietnia r. b. wychodzi w Karlsbadzie nowa gazeta terapeutyczna pod tytułem „*Medicinisches Revue für Balneologie, Hydrotherapie Mechanotherapie, Diätetic und Hygiene*“.

NEKROLOGIJA.

H. Küchenmeister w Dreźnie sławny helmintolog, wieku lat 69.

E. Hebert, były profesor geologii w Sorbonnie, członek Instytutu.

W. Besser, były profesor Akademii Medycznej w Petersburgu d. 27 kwietnia w wieku lat 65.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

KWIECIEŃ 1890.

Biernacki. Trawienie żołądkowe w cierpieniach nerek. (P. L.).

Rosenblatt. Przypadek idiosynkrazji względem chininy. (P. L.).

St. Braun. Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy. (P. L.).

M. Kaufmann. Dzisiejszy pogląd na fizjologiczne działanie mięsienia. (P. L.).

Jan Świętecki. O alkaliczności krwi zgęszczonej pod wpływem wielkich dawek siarkanu sody. (P. L.).

A. Skórkowski. Błonica i Róża. (N. L.).

H. Święcicki. O arystolu w ginekologii. (N. L.).

Fr. Werner i F. Chłapowski. Przypadek zejścia śmiertelnego po małej dawce salolu.

J. Rosenthal. Wpochwienie jelita biodrowego wycięcie kątnicy i okrężnicy wstępującej z wpochwieniem tychże do okrężnicy poprzecznej i wycięcie jelit wpochwionych, wyzdrowienie. (G. L.).

Dr. Med. Pawiński. O wpływie influenzy na serce.

R. Jasiński. Wycięcie gałęzi zewnętrznej nerwu przydatkowego Willis'a. (G. L.).

Dr. Med. Br. Ziemiński. O czerwonowidzeniu. (G. L.).

Dr. Med. Dunin. Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych. (G. L.).

Dr. Med. A. Elsenberg. Zolzy, jako następstwo zaszczepienia gruźlicy po obrzezaniu napletka. (G. L.).

F. Krajewski. Przyczynę do dochodzenia dzieciobójstwa. (M.).

J. Szabl. Rzadka forma wysypki o przebiegu typowym. (M.).

Dr. Dynnicki. Wyciąg z XXXII sprawozdania z czynności w porze zdrojowej r. 1889 w Busku. (M.).

K. *Chełchowski*. Przeszłość i stan obecny zakładu leczniczego w Na-
 łączowie. (Z.).

Nadesłano do Redakcyi.

T. Stępniewski. Endemia ospy w Warszawie. Odnowa generacyi ma-
 teryjału ospowego, Mikrob ospowy. Odb. z Medycyny.

E. Biernacki. Die Magenverdauung bei Nierenentzündung. Odbitka
 z Centrbl. f. kl. Medicin.

E. Biernacko. Strychnin kak sredstwo, diejstwujujszeje na goło
 wnoj mozg. Odb. z „Wracza“.

Dr. A. Pajewski. Ciechocinek w r. 1889 sprawozdanie lekarskie.

Dr. J. Majkowski. Busko. Nakład autora. Warszawa 1890.

J. Majkowski. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakła-
 dzie zdrojowo kąpielowym i letnim szpitalu w Busku w 1889.

F. Franzolini. Sulla efficacia terapeutica della cutramina Bertelli
 nelle tubercolosi locali ed esplicitazioni morbose effini Milano 1890.

Dr. J. Koliński. Contribution a la connaissance de la nutrition de
 l'oeil, d'après des recherches sur l'influence de la naphtholine sur cet organe,
 odb. z Archives de Physiol. 1890.

Dr. Kl. Dębicki. Iwonicz w roku 1889.

A. Fabian. Hypnotyzm w nauce i praktyce. Nakładem autora. War-
 szawa 1890.

Dr. Fr. Chłopowski. Gruźlica bydłęca a rzeźactwo żydowskie Odb.
 z Nowin Lek.

J. Werner i Fr. Chłopowski. Przypadek zejścia śmiertelnego po ma-
 lej dawce salolu. Odb. z Nowin Lek.

Dr. F. Penzold. Podręcznik Farmakologii Klinicznej dla użytku leka-
 rzy i studentów. Spolszczył Aleksander Fabian.

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów **MACZEWSKIEGO** i **K. SIERPIŃSKIEGO**

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich
 rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica
 Wspólna Nr. 26.

Do dzisiejszego numeru do artykułu „Główniejsze
 rodzaje szwu chirurgicznego“ dodaje się tablica litografowana.

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 27 Maja.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.

LABORATORYJUM CHEMICZNE

„ORION”

Warszawa Nowy Świat № 37

Poleca **Kalandir** (ekstrakt wschodni) łatwo i spiesznie niszczy liszaje: mokre, żrące, suche i inne wyrzuty skórne nie ustępujące przed żadnymi innymi środkami. Środek znany pana Śląskiego aptekarza, zalecany przez wielu panów doktorów specjalistów.

8-1



Wino piołunowe gorzkie

(Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskim desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

po l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

0-13

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARGZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

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

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznymi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenu żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptecce **Wendy i Wierogórskiego**, N. 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

W. Grüning,
Mag. farm. w Połędzie.

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 istniejący.

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

SKŁAD

MATERYAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej
w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera 1 $\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera 2 $\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 $\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 $\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 $\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinac*) na Xeresie. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-
sze i 50% tańsze od zagranicznych. Fiaszka ekstraktu miodowo-
ziołowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu
lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wylączna
sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. Główny skład
w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa,
w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Ko-
wnie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pącz-
kowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo Rus-
kiem Towarzystwie aptecznem, w Wilnie u Segala, w Tyflisie
u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszowskiego

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje jak zawsze

w **Karlsbadzie**

Kreuzgasse Insel-Rügen.

3-2

J. RUTKOWSKI

A P T E K A i P R A C O W N I A

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 266.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki le-
karskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie
przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przy-
rządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykryw-
kowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20-1



SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślące, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influencji**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza. 12—1

Najtańsza fabryka trumien metalowych

i wyrobów galanteryjno-blacharskich

STANISŁAWA POZNIAK

48 Nowy Świat 48

Poleca swoje wyroby a mianowicie:

Lodownie pokojowe, wanny, klozety bezwonne, kubły nocne, filtry do wody, bidety oraz wszelkie inne wyroby wchodzące w zakres blacharstwa. Wszelkie zamówienia załatwiają się natychmiast. Firmę moją mam honor polecić JW. Panom i Paniom z nadmienieniem, że wszelkie powierzone mi roboty wykonywam po cenach możliwie przystępnych i za dobroć i akuradne wykończenie poręczam. 4—1

NOWO OTWORZONY

ZAKŁAD GALWANICZNY

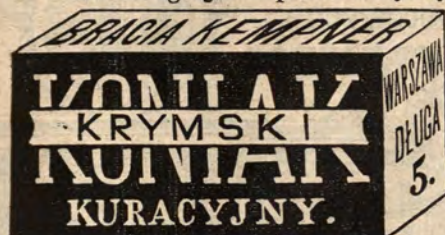
PIOTRA FILIPSKIEGO

Przyjmuje złocenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14 wprost Kapitulnej, na 1 em piętrze. 8—1

ORYGINALNE WINA

WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnic przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tańszy, gdyż nie ciąży ona takwym wysokie cło

i transport około rs. 2 od butelki otrzymać można wyłącznie w Składzie Win.

BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena $\frac{1}{1}$ but. rs. 1,50, $\frac{1}{2}$ but. kop. 80, $\frac{1}{4}$ but. kop. 40.
Gatunek wyższy 3 gwiazdki $\frac{1}{1}$ but. rs. 2,50, $\frac{1}{2}$ but. rs. 1,25.
Skrzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco
w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8—1

WAŻNE

Dla WW. PP. Lekarzy

Nowo założony zakład wynajmu karet i powozów **K. Minkiewicza** w Warszawie ulica Długa Nr. 38 Hotel Drezdeński. Oddaje stałe jazdy miesięcznie po cenach umiarkowanych. 8—1

Pensjonat leczniczy D-ra Czerwińskiego

FÜRSTENHOF

(stacja Kapfenberg w Styryi)

z d. 10 Maja otwarty

Pokój, stół, kąpiele i kasynowe razem dziennie według pokoju zajmowanego, 3 do 5 złr.

2—1

z Administracyi Zakładu.



Wyrabia wszelkie wody mineralne sztuczne, według najnowszych analiz z całą dokładnością, na wodzie dystylowanej przy pomocy ulepszonych maszyn i filtrów.

SKŁADY WÓD W NASTĘPUJĄCYCH APTEKACH.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. W. Borowski, Przejazd Nr. 8. | 6. Fr. Fijałkowski, Nowo-Senatorska. |
| 2. K. Diechciński, apteka Dworu J. C. | 7. Lewandowski i Heintze, Żelazna 65. |
| 3. K. M. Krak. Przedmieście Nr. 59. | 8. M. Lilpop i Trentler, Nowy Świat 60. |
| 4. Gessner, Aleja Jerozolimska róg | 9. Łopaciński, Nowe Miasto (Freta) 29. |
| 5. Górski, Podwał Nr. 4. | 10. Mrozowski, Franciszkańska 18. |
| 6. I. Habielski, Stare Miasto Nr. 17. | 11. Olsztyński, Marszałkowska 99. |
| | 12. K. Lilpop, Solec 30. |

Wody Giesshübler ceny niższe syfon kop. 10, butelka mała kop. 5.

Wysyła obstalunki do Królestwa i Cesarstwa, na drugi dzień po otrzymaniu zamówienia. Ekspedycje za przekazami (Nachnahme). Przesyłka do kolei bezpłatna. W Warszawie odsyła do domów prywatnych najmniej po 10 syfonów wód mineralnych. Syfony wydaje na podpisanie kwitu, zamówienia przyjmuje **Telefonem Nr. 613.**

5-1

Adres dla telegramów **Dzierzkowski Nowy-Świat 31.**

BERENT I PLEWIŃSKI

Krakowskie-Przedmieście № 61

ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacyi. 8—1

Dr. Stanisław Prager

jak od lat jedenastu praktykuje
w Marienbadzie. 6—1

Dr. Chłapowski

Ordynuje podczas sezonu kąpielowego jak zeszłych lat w **Kissingen** w Bawaryi. 3—1

Dr. Dymnicki

od 33 lat Lekarz zdrojowy w **Busku** przyjmuje
w domu własnym. 5—1

ROK XXIV.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1889, a 24-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. **Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: Dr. **St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).