

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

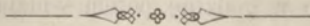
Z DZIEDZINY

## ubezpieczenia od przypadków.

PODAŁ

*Dr. Stanisław Domański,*

profesor neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.



Pierwotne zadanie lekarza leczyć choroby i chorych z biegiem czasu rozszerzyło się znacznie; naprzód zaczęto zasięgać jego zdania w przypadkach sądowych, w pierwszym rzędzie karnych, potem cywilnych, następnie postanowiono oglądać się na jego opinię w zakresie rozmaitych urzędzeń społecznych, a dziś niewiele jest, zapewne, takich zakładów i instytucyj, któreby mogły obyć się bez pomocy, bez zdania lekarza.

Jednym z najważniejszych zadań poruczonych sumieniu i znajomości rzeczy lekarza jest sprawa wynagrodzenia szkód na zdrowiu, zrządzonych przez fabryki i koleje żelazne, dalej sprawy ubezpieczenia na wypadek choroby lub utraty zdolności do pracy.

Zadania, które na tych polach czekają lekarza, są nieraz bardzo trudne, w każdym zaś razie wymagają wielkiej znajomości rzeczy, oględności i rozwagi w sądzie, tudzież doświadczenia, jeżeli opinia lekarska niema skrzywdzić żadnej strony, lecz dać należytyą podstawę do wymiaru słuszności.

Szczególniejszej baczności ze strony lekarza wymagają przypadki uszkodzenia na zdrowiu przez uraz, bo od opinii lekarskiej zależy wynagrodzenie poszkodowanego lub pominięcie jego pretensyi, a jeżeli w innych działach patologii zazwyczaj można do pewnego stopnia polegać na dobrej wierze badanego, to tu przeważnie nieufność jest w pewnej mierze usprawiedliwiona, pokazało bowiem doświadczenie, osobliwie po zaprowadzeniu w wielu państwach obowiązku wynagrodzenia szkód na zdrowiu, że mniemani lub rzeczywiście poszkodowani pragną nieraz wyzyskać, ile możności, dobrodziejstwa ustawy i zapewnić sobie z przypadku jak największe korzyści, by, doszedłszy do nich, drwić sobie z wprowadzonych w błąd i żyć spokojnie bez pracy kosztem innych.

Ażebym nadużyciom takim, o ile się da, położyć tamę, zasięgają interesowane instytucje lub właściwe sądy opinii lekarzy na tem polu szczególnie doświadczonych i dopiero na jej podstawie uznają lub pomijają pretensye.

Jednym z pouczających w tej mierze przypadków jest następujący:

N. N. lat 43 liczący, według podania własnego przedtem zupełnie zdrowy, w towarzystwie ubezpieczenia od przypadków w mieście B. asekurowany, spadł w dniu 22 sierpnia r. z. ze schodów w pewnym domu tak, iż spadając z trzeciego piętra zatrzymał się dopiero na drugim. Lekarz, który go w godzinę potem widział, znalazł go w łóżku nieprzytomnego i rozpoznał ciężkie wstrząśnienie mózgu, tudzież stłuczenie klatki piersiowej i lewego ramienia. Dnia 10-go września potwierdził swe rozpoznanie wstrząśnienia mózgu, dodając doń nadwichnienie stosu kręgowego, oświadczył, że chory leży jeszcze na owo wstrząśnienie mózgu i że, o ile przewidzieć można, jeszcze przez kilka tygodni nie będzie zdolny do żadnej pracy. Następnie w dniu 29 września orzekł tenże sam lekarz na podstawie ponownego zbadania, że poszkodowany cierpi jeszcze na następstwa owego ciężkiego wstrząśnienia mózgu, że, wprawdzie, może już wstawać z łóżka, a nawet wychodzić z domu, ale nie może jąć się żadnej pracy i niewiadomo, kiedy będzie mógł opuścić opiekę lekarską.

Ostatnie orzeczenie z 25 października jest treści, że poszkodowany, lubo nie może wziąć się do żadnej czynności, jednakowoż podróż odbyć jest w stanie, a ponieważ w miejscu przypadku niema należytej opieki, przeto udać się winien do domu na łono rodziny.

Skutkiem tego N. N. przybył do domu, ja zaś otrzymałem zażewzwanie od Towarzystwa ubezpieczenia od przypadków w B. zba-

dać go dokładnie, zdać sprawę z obecnego stanu jego zdrowia i orzec, czy i kiedy będzie zupełnie zdrow, czy też może pozostanie trwale jakieś zboczenie w czynności i czy nakoniec chory zdolny jest do pracy w swym zawodzie (jako podróżujący handlowiec).

W dniu 8 listopada r. z. widziałem i zbadałem pacyenta poraz pierwszy i znalazłem stan następujący:

Pacjent, któremu przedtem, stosownie do polecenia ze strony interesowanego Towarzystwa, zapowiedziałem swe przybycie, znalazł się w łóżku. Przytomność zupełna. Tętno 72, prawidłowe. Temperatura ciała również prawidłowa.

Co do słuchu, dostrzegłem zaraz w pierwszej rozmowie, że badany widocznie niedosłyszy. Mimo tego podaje, że uderzenia słuchomierza Politzerowskiego słyszy po stronie prawej w odległości 20, po lewej w odległości 3—5 metra wyraźnie. Badanie przedmiotowe wykazało, że prawy przewód słuchowy zewnętrzny zatkany jest w pewnej głębi zupełnie masą szarawo-zieloną, skutkiem czego nie widać całkiem błony bębenkowej. Przewód słuchowy zewnętrzny lewy zatkany jest podobną masą tylko częściowo tak, iż widać mały skrawek błony bębenkowej o barwie wiśniowej.

Dokładne badanie narządu krążenia i oddychania tudzież przewodu pokarmowego nie wykazało nic nieprawidłowego.

W zakresie zmysłów: czucie ogólne tudzież czucie dotykania i bólu wszędzie prawidłowe.

Badanie narządu wzrokowego odłożono do przybycia zawezwanego wraz ze mną okulisty doc. d-ra Sroczyńskiego.

W sferze ruchowej.

Prawy fałd nosowowargowy nieco wygładzony, wygładzenie to atoli nie utrzymuje się stale. Na wezwanie badany nie jest według podania w stanie ani dmuchać, ani gwizdać. Wszelkie inne ruchy zależne od nerwów twarzowych prawidłowe.

Ruchy dowolne kończyn górnych zupełnie prawidłowe. Siła mięśni przedramienia mierzona dynamometrem Collin'a wynosi po prawej 13,5, po lewej 11 kilogramów.

Chód nieco ociężały. Chory chwieje się przy zamknięciem oczu i twierdzi, że nie może stać na jednej nodze, ani na lewej, ani na prawej, ani z otwartymi, ani z zamkniętymi oczyma. Odruchy ścięgnowe całkiem prawidłowe. Oddawanie moczu zupełnie prawidłowe.

Badanie narządu wzrokowego przez kol. doc. d-ra Sroczyńskiego raz w mieszkaniu badanego, drugi raz w mieszkaniu badającego wykazało, co następuje:

Badany podaje, że czasami widzi podwójnie. Ruchomość gałek

ocznych i oddziaływanie źrenic zupełnie prawidłowe. Żyłki siatkówkowe nieco przekrwione. Podmiotowo oznacza badany bystrość wzroku na  $\frac{1}{15}$ , badanie zaś kontrolujące wykazuje ją na  $\frac{1}{6}$ . Podane a znaczne, bo do 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dochodzące ścieśnienie pola widzenia, zostaje w rażącej sprzeczności ze zdolnością badanego oryentowania się w przestrzeni. Prócz tego podaje badany, że lewym okiem widzi przedmioty potrójnie, czego podstawy wszakże badanie przedmiotowe nie wykazuje.

W celu zbadania uszu, a przedewszystkiem obejrzenia błon bębenkowych, polecono badanemu zapuszczać sobie przez kilka dni olejek migdałowy, poczem przestrzyknięto uszy wodą letnią, usunięto masy w przewodach słuchowych nagromadzone i obejrzano dokładnie błony bębenkowe.

Pokazało się, że po stronie prawej jest dosyć obfity otok słuzoworopny, a błona bębenkowa przedziurawiona. Zupełnie podobny stan znalazł się i po lewej stronie.

Jeżeli teraz weźmie się pod uwagę cały obecny stan przedmiotowy badanego, przypadek, którego doznał 22 sierpnia r. z. tudzież stan opisany w zdaniach sprawy lekarza, który go widział w godzinę po przypadku a potem przez więcej niż dwa miesiące obserwował, to musimy przyznać, iż obecnie przedmiotowo niczego nie dostrzegamy, co by odnieść trzeba do jakiegokolwiek choroby organicznej układu nerwowego. Jedyne bowiem zboczenie czynnościowe, które widzimy, to nieznaczne upośledzenie funkcji w zakresie prawego nerwu twarzowego; zboczenie to, prowadzące do wyrównania fałdu nosowargowego występuje niestale. Badanie przedmiotowe wykazało, jak już podano, chorobę także i ucha środkowego prawego; wiadomo (1) zaś, że porażenie i niedowład równomiennego nerwu twarzowego są nierzadkim weale objawem w przebiegu ropienia ucha środkowego, występować mogą i bez próchnienia kości skroniowej, a nawet pojawiają się niekiedy w prostych katarach ucha środkowego bez przedziurawienia błony bębenkowej.

Wobec tego ów nieznaczny i niestały objaw ze strony prawego nerwu twarzowego albo niema żadnego znaczenia patologicznego, albo, co najwyżej, zostaje w związku z ropieniem równomiennego ucha środkowego, a nie z przypadkiem, doznany przez badanego w dniu 22 sierpnia r. z. i wynikłego zeń, a przez lekarza natychmiast zawołanego rozpoznanego wstrząśnienia mózgu. Samo nawet pojęcie wstrząśnienia mózgu wyłącza zmianę ogniskową, makroskopijna.

Mogłoby zresztą wynacznienie lub inne następstwo spadnięcia ze schodów być przyczyną owego zboczenia czynnościowego w zakresie prawego nerwu twarzowego, gdyby nie okoliczność, iż niema żadnych dowodów takiego skutku spadnięcia ze schodów, tem bardziej, iż samo chwilowe tylko pojawianie się owego niedowładu prawie wyłącza całkiem zmianę organiczną w mózgu, jako bezpośrednią jego przyczynę, a przemawia raczej za zboczeniem w krążeniu, jeżeli w ogóle owemu niedowładowi chce się przypisywać znaczenie patologiczne.

W braku przeto objawów ze strony układu nerwowego i to objawów stałych, niewątpliwych, nie możemy w nim teraz przypuszczać żadnej zmiany organicznej.

Co się tyczy narządu wzrokowego, to, pomijając podane przez badanego kiedyniekiedy widzenie zdwojone, któremu z łatwych do pojęcia powodów nie można żadnego w orzeczeniu przypisywać znaczenia, zasługiwałoby na uwagę potrójne widzenie jednooczne (*triplopia monocularis sinistra*). Badanie przedmiotowe nie wykazało do tego żadnej podstawy; pozostałaby tylko histerya, w której, rzeczywiście (2) lubo rzadko spotrzegano widzenie zdwojone, potrójne i t. d. Pomijając rzadkość objawu tego w ogólności, w naszym przypadku nie mamy żadnego powodu do przypuszczania histeryi.

I tego przeto potrójnego widzenia jednym okiem, które podaje badany, niczem potwierdzić nie możemy.

Ostatecznie przeto w naszym przypadku nie widzimy teraz żadnego objawu, któryby trzeba odnieść do zmiany organicznej w układzie nerwowym, w szczególności zaś do następstw przypadku w dniu 22 sierpnia r. z., jedyny zaś i to niestały objaw ze strony układu nerwowego, t. j. ów nieznaczny niedowład w zakresie prawego nerwu twarzowego, albo nie ma żadnego znaczenia patologicznego, albo zostaje w związku z cierpieniem prawego ucha środkowego.

W obec przeto braku zmiany organicznej w układzie nerwowym, wobec braku zmian organicznych w innych narządach, orzekamy na podstawie własnego zbadania przedmiotowego, iż badany cierpi na chorobę uszną, a mianowicie na ropne zapalenie obu uszu środkowych.

Ze stanowiska tak nauki jak i Towarzystwa ubezpieczenia od przypadków trzeba się teraz zapytać, czy i w jakim związku zostaje to cierpienie uszne ze spadnięciem ze schodów.

Na to pytanie odpowiedzieliśmy w obszernym wywodzie, którego tu nie przytaczamy, by się nie powtarzać, przecząco, t. j. oświadczyliśmy, iż najpodobniej do prawdy, prawie zupełnie pewnie zapale-

nie ropne obu uszu środkowych u badanego nie jest skutkiem spądnięcia ze schodów w dniu 22 sierpnia r. z.

Na dalsze zapytanie co do przyszłości badanego pod względem zdrowia odpowiedzieliśmy, że w razie starannego i stosownego leczenia można się spodziewać poprawy słuchu, że jednakowoż nie można na to rachować, by słuch u badanego wrócił zupełnie do prawidł.

Rezultatem tego orzeczenia było oczywiście oddalenie pretensyi badanego do Towarzystwa.

Na zakomunikowane sobie postanowienie Towarzystwa odpowiedział interesowany, że go nie przyjmuje, tudzież, iż orzeczenie Towarzystwa opiera się na mylnem zbadaniu jego stanu.

W myśl statutu zgodziło się Towarzystwo na ponowne zbadanie interesowanego przez dwóch znawców, z których jednego wybrał sobie interesowany, drugim zaś zamianowało mnie Towarzystwo.

Ponieważ nie mogłem zgodzić się z poglądami swego towarzysza w tej sprawie, przeto wypracowałem osobno i przesałem Towarzystwu następujące orzeczenie.

Ponieważ jądrem sprawy jest oświadczenie moje w pierwszym orzeczeniu zawarte, że cierpienie uszne p. N. N. z największem podobieństwem do prawdy nie zostaje w żadnym związku z przypadkiem zaszłym w dniu 22 sierpnia r. z., p. N. N. zaś twierdzi, że przed tym dniem całkiem dobrze słyszał, a zatem miał organ słuchowy zupełnie w porządku, przeto ja i mój towarzysz ograniczyliśmy badanie przedmiotowe jedynie do narządu słuchowego.

Badanie to wykazało w dniu 11 marca r. b. stan następujący:

*Ucho prawe.* Błona bębenkowa zgrubiała, zaczerwieniona, na niej nieco ropy. Po oczyszczeniu widać na ćwiartce górnej i przedniej granulacye. Po aspiracyi z przewodu słuchowego zewnętrznego przeszła wydzielina śluzoworopna z jamy bębenkowej przez błonę bębenkową do przewodu słuchowego zewnętrznego.

*Ucho lewe.* Przewód słuchowy zewnętrzny w części wypełniony ropą. Błona bębenkowa zgrubiała. Rękojeści młotka nie widać. Z przodu i u góry granulacye. Z przodu u dołu przedziurawienie błony bębenkowej z tętnieniem odbicia się światła. Za próbą Walsawy wyraźny szelest z przedziurawienia błony bębenkowej.

Badany podaje, że po żadnej stronie nie słyszy ani chodu zegarka kieszonkowego ani szeptu, mowę zaś zwykłą słyszy po stronie prawej w odległości 12, po lewej w odległości 10 centymetrów. Brzmia-

cego strojnika, jak podaje, nie słyszy prawie całkiem przez kości czaszkowe.

Innerwacja gałązek nerwu twarzowego, udających się w okolice kąta ust chwilami po prawej słabsza, niż po lewej.

Na podstawie tego badania przedmiotowego rozpoznaliśmy zgodnie ze sobą obustronne zapalenie ropne ucha środkowego z przedziurawieniem błon bębenkowych (*otitis media purulenta ambilateralis cum perforatione membranarum tympani*).

Ponieważ z łatwych do pojęcia przyczyn nie możemy przywiązywać znaczenia do tego, co nam badany podaje podmiotowo o słyszeniu, a raczej niesłyszeniu chodu zegarka kieszonkowego i szeptu tudzież o odległości, z której słyszy zwyczajną mowę, tembardziej, iż w innych dniach badany w rozmowie zwykłej okazywał słuch znacznie lepszy, przeto nie możemy przypuścić u niego samodzielnej choroby błędnika (*labyrinthus*). Również zastrzegam się wyraźnie przeciw przypuszczeniu u badanego choroby Ménière'a, a to z następujących przyczyn.

Właściwie choroba Ménière'a (3) rozpoczyna się zazwyczaj nagle w ten sposób, iż chory, przedtem zupełnie zdrow, nagle traci przytomność, a po jej odzyskaniu albo jest zupełnie, albo przynajmniej bardzo znacznie głuchy i to zazwyczaj na oba uszy. Badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnej zmiany w narządzie słuchowym. Chory miewa zawroty głowy i, stosownie do stopnia choroby, chód wyraźnie ataktyczny.

Zboczenie anatomiczne w chorobie Ménière'a polega na krwotoku do błędnika, krwotoku, któryby powstać mógł także skutkiem urazu zazwyczaj ze złamaniem kości czaszkowej, pęknięciem kości skalistej.

Tego wszystkiego nie było i niema w naszym przypadku, rzeczywiste zaś upośledzenie słuchu u badanego odpowiada zupełnie wykazanym przedmiotowo zmianom organicznym w obu uszach.

Że badany może miewać zawrót głowy, zaprzeczyć nie można, ale 1) ten zawrót pojawia się chyba tylko chwilowo i rzadko i 2) nie jest on widocznie znaczny, skoro N. N. niema zazwyczaj chodu ataktycznego, który cechuje chorobę Ménière'a.

Zawrót jest zresztą pospolitym objawem (4) chorób usznych, a wiadomo, że występuje nieraz nawet i u zdrowych, jeżeli się im wystrzykuje uszy, mianowicie, jeżeli użyto do tego wody niedostatecznie ciepłej.

Na uwagę zasługuje okoliczność, że badany przyznał sam z własnej woli, że w styczniu r. b. już po wydaniu pierwszego orzeczenia,

doznał jednego dnia nagle mocnego zawrotu głowy, że skutkiem tego spadł ze schodów i skaleczył się na goleni prawej. Przyznanie się to, poparte okazaniem zdarcia naskórka na rzezonej goleni, zasługuje zupełnie na wiarę, wzbudza jednak domysł, że i upadek ze schodów w dniu 22 sierpnia r. z. mógł być następstwem zawrotu z przyczyny choroby usznej.

Ażeby przeto przyznać, iż N. N. miewa zawroty głowy, nie potrzebujemy wcale przypuszczać u niego choroby błędnika, mianowicie choroby Ménière. Wprawdzie, prawdopodobnie, obydwa błędniki u N. N. nie są w porządku, krążenie krwi nie odbywa się w nich całkiem prawidłowo, ale jest to skutkiem zmiany patologicznej w bezpośrednim sąsiedztwie, skutkiem zapalenia obu uszu środkowych, niema zaś bynajmniej znaczenia samodzielnej choroby błędników, której też u N. N. całkiem nie rozpoznajemy.

Przechodzimy teraz do rozważenia: 1) czy obustronne cierpienie uszne u N. N. może być skutkiem spadnięcia ze schodów w dniu 22 sierpnia r. z.; 2) jakie ma znaczenie przedziurawienie obu błon bębenkowych; 3) w jakim stosunku zostaje przedziurawienie błon bębenkowych do choroby uszu środkowych u N. N.

Że zapalenie ucha środkowego może powstać skutkiem upadku na głowę, przypuszcza znany otyatra Politzer (5), ale przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, a jeszcze rzadziej, żeby zapalenie obu uszu środkowych mogło wystąpić skutkiem spadnięcia; jest to, wprawdzie, możliwe, ale w najwyższym stopniu nieprawdopodobne, żeby skutkiem spadnięcia ze schodów powstało obustronne zapalenie ucha środkowego i żeby ono bez bólu mogło wywołać przedziurawienie obu błon bębenkowych.

Że skutkiem upadku na głowę może pęknąć błona bębenkowa, rzecz możliwa i nawet już spostrzegana (6), ale bardzo rzadka. To stałoby się mogło w naszym przypadku jedynie skutkiem wstrząśnienia kości czaszkowych, ponieważ złamania ich z pewnością nie było i niema. Skutkiem atoli takiego wstrząśnienia przychodzi zazwyczaj do wynaczynienia się krwi w jamie bębenkowej, czego atoli nie było w naszym przypadku. Gdyby wszakże skutkiem spadnięcia ze schodów miało już przyjść do przedziurawienia błony bębenkowej, to by było rzeczą bardzo dziwną, iż w naszym przypadku stałoby się to musiało z obiema błonami bębenkowymi.

Ponieważ w naszym przypadku niema z wszelką pewnością żadnego złamania kości czaszkowych, ani krwotoku, przypuścićby można, że skutkiem spadnięcia ze schodów poprostu pękła błona bębenkowa, a ponieważ takie pęknięcia powstają zazwyczaj skutkiem zgęszczenia



powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym i w krótkim czasie goją się, przeto przedziurawienie błon bębenkowych u N. N. nie może być następstwem spadnięcia ze schodów.

Rozważywszy wszystkie te okoliczności na doświadczeniu oparte, przychodzimy do przekonania:

1) że zapalenie uszu środkowych po upadku na głowę są bardzo rzadkie;

2) że również rzadkiem jest pęknięcie błony bębenkowej po upadku na głowę.

3) że pęknięcia błon bębenkowych w uszach zdrowych bez działania na nie urazu wprost i bez złamania kości czaszkowych, zazwyczaj w krótkim czasie się goją i nie wywołują ropnego zapalenia ucha środkowego.

W naszym przeto przypadku musiałyby się zbiedz razem trzy okoliczności, każda z osobna rzadka, by sprowadzić obecny stan narządu słuchowego u N. N. Ze stanowiska logicznego jest to oczywiście możliwe, ale ze stanowiska doświadczenia w najwyższym stopniu nieprawdopodobne, a ponieważ w orzeczeniach lekarskich tak jak w medycynie w ogólności trzeba się trzymać przede wszystkim doświadczenia, przeto orzekam jeszcze raz, że obustronne cierpienie uszne u N. N. z największym podobieństwem do prawdy, prawie z zupełną pewnością nie zostaje w żadnym związku z przypadkiem zaszłym w dniu 22 sierpnia r. z. Bezwzględną pewność w tej mierze możnaby mieć jedynie w razie, gdyby N. N. pod względem narządu słuchowego zbadano albo zaraz po przypadku, albo wkrótce po nim. To się, niestety, nie stało, a opowiadaniu interesowanych można tylko o tyle wagę przypisywać, o ile potwierdza je własne zbadanie przedmiotowe, w przeciwnym bowiem razie wchodzi się na manowce osobistych poglądów i interesów u osób poddanych badaniu lekarskiemu.

Ponieważ orzeczenie niniejsze w ostatecznym swym wniosku było wprost przeciwne zdaniu drugiego znawcy, powołanego przez N. N., przeto sprawa poszła już bez nowego badania przedmiotowego, w myśl statutów Towarzystwa ubezpieczenia od przypadków, pod rozstrzygnięcie trzeciego znawcy jako superarbitra, który rozpatrzywszy się dokładnie w przedłożonych sobie przez znawców orzeczeniach, opartych na wspólnym zbadaniu strony interesowanej, oświadczył się zupełnie za mojem zdaniem, skutkiem czego N. N. odsądzono zupełnie od wszelkich pretensyj do Towarzystwa asekuracyjnego w B.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę pod względem lekarskim dlatego, ponieważ dowodzi, że lekarz zawołany do osoby, która doznała przypadku, powinien zbadać dokładnie, cały ustrój. Gdyby w naszym przypadku N. N. zbadano dokładnie, a mianowicie zbadano jego narząd słuchowy zaraz po urazie, byłaby odrazu zupełna pewność, czy N. N. cierpiał już dawniej na chorobę uszną, czy też dostał jej nagle dopiero skutkiem spadnięcia ze schodów. Następnie wiadać, że i w przypadku, w którym badany bałamuci lekarza swemi podaniami podmiotowemi, może medycyna kliniczna pomódz do rozstrzygnięcia, które objawy chorobowe są lub mogą być skutkiem urazu, a które nie zostają z nim w żadnym związku. Rezultatem tego rozstrzygnięcia w naszym przypadku było uwolnienie Towarzystwa asekuracyjnego od wypłacania interesowanemu znacznej stosunkowo renty dożywotniej.

W każdym razie lekarz, powołany do wydania orzeczenia w sprawach podobnego rodzaju, powinien trzymać się przedewszystkiem badania przedmiotowego i na podstawie tak jego, jak i wiadomości, zaczerpniętych z nauki tudzież doświadczenia klinicznego oprzeć swe, jak się rozumie samo przez się, bezstronne zdanie, przyczem w przypadkach wątpliwych lepiej będzie orzec na korzyść poszkodowanego, niż na korzyść instytucyi, obowiązanej do wynagrodzenia szkody działanej na zdrowiu.

## L i t e r a t u r a .

- 1) L. Jacobson. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2 Auflage. Berlin 1898 — str. 473. A. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2 Auflage. Stuttgart 1887 — str. 363.
- 2) M. Knies. Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. Wiesbaden 1893 — str. 222.
- 3) G. M. Debove et Ch. Achard. Manuel de médecine. Tome IV. Maladies du système nerveux. Paris 1894 — str. 551.
- 4) Jacobson l. c. — str. 99.
- 5) Politzer l. c. — str. 274.
- 6) Jacobson l. c. — str. 372. Politzer l. c. — str. 201.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### *I. Chirurgia.*

253. Dr. Moritz Borchardt. **Zamknięcie szerokich wrót przepuklinowych drogą operacji kostnowytwórczej.** (Beitr. zur klin. Chir. Bruns. 20 Band. 2 Heft. 1898).

Próba zamknięcia szerokich wrót przepuklinowych za pomocą wszczepienia w miejscu właściwym kawałka kości, wykonana została po raz pierwszy w r. 1890 przez Trendelenburg'a, który wszął we wrota owe w jednym przypadku wielkiej przepukliny mosznowej płytkę kostną, wypilowaną z resekowanej świeżo główki ramieniowej. Po upływie sześciu miesięcy płytka ta uległa wessaniu, a przepuklina wytworzyła się znowu, wobec czego twórca metody w mowie będącej zmienił postępowanie w ten sposób, że zaczął używać płatu kostnego z miednicy o podstawie, stykającej się z punktem jego wyjścia. Równocześnie niemal i niezależnie od T. wykonywał z powodzeniem zabieg ten Kraske, po nim zaś i kilku innych chirurgów z niejakiemi wszelako w metodzie omawianej zmianami. Z uwagi też na szczupłą co do tego rodzaju rękoczynów kazuistykę, nie od rzeczy będzie przytoczyć wynik przypadków odnośnych, operowanych względnie niedawno przez d-ra Körte'go z Berlina. Przypadki te dotyczą czterech kobiet w wieku lat 32 do 55, z których dwie cierpiały na lewostronną przepuklinę pachwinową, powiększającą się w ciągu lat 8—12 stale, dwie inne zaś doświadczały nawrotów przepukliny, pomimo wykonania uprzednio herniotomii w sposób radykalny. U czterech kobiet tych dr. K. wykonywał zamknięcie kostnowytwórcze dużych wrót przepuklinowych, przyczem w jednym z przypadków miano do czynienia z przepukliną udową.

Dla zrozumienia metody stosowanej w spostrzeżeniach autora, należy sobie przypomnieć pokrótce warunki anatomiczne terenu, zkąd brano ów płat kostnookostnowy. Jak wiadomo, gałąź pozioma i zstępująca kości łonowej, tworzą wespół powierzchnię, mniej więcej czworokątną, której brzeg górny jest wytworzony przez listwę gałęzi poziomej, linia spojenia tworzy odgraniczenie środkowe, brzeg boczny styka się z brzegiem dziury zasłonowej, granica zaś dolna — z łonową gałęzią zstępującą. Przestrzeń tę autor zowie płaszczyzną łonową (planum pubicum) i uważa ją za materyał dla otrzymania płatu podatny. Grubość podłoża tego wzmaga się znacznie w kierunku od dołu ku górze, tak że średnica na brzegu górnym (pecten ossis pubis) wynosi jeden mniej więcej centymetr. Odległość linii spojenia od brzegu dziury zasłonowej nie przewyższa tuż pod gałęzią poziomą miednicy dorosłego 4 ctm, taka też jest prawie i wysokość płaszczyzny:

Można zatem z jednej połowy miednicy pozyskać płytę kostną na 3 do 4 ctm. szeroką i wysoką tyleż. U kobiet młodych wymiary te są nieco mniejsze.

Przystępując do wytworzenia płatu z płaszczyzny łonowej, wypadnie naczynia większe odsunąć na bok, oddzielić od kości mięsień grzebieniowy (m. pectineus) zupełnie, lub przeciąć tylko środkowe jego włókna, część zaś boczną odciągnąć hakiem tęnym na zewnątrz: z kolei rozcina się w miejscu przyczepu mięśnie ksobne (adductores) długi i krótki, a nawet i mięsień smukły (m. gracilis), jeśli chce się otrzymać dostęp do łona wygodny. Pod warstwą tą płaszczyznę pokrywa już jeden tylko mięsień zasłonowy, który nożem i podważką odsuwa się, szczedząc okostną, ku dołowi. Po obnażeniu kościa na przestrzeni odpowiedniej dłutem szerokim, ustawionej ku spojeniu łonowemu równolegle, wybija się w kości bruzdę długą na 3 ctm., potem zaś drugą, również pionową, tuż u fugi kości łonowej i trzeciej wreszcie, łączące obie brzozy poprzednie wyżłobienie poziome, na 3 ctm. poniżej i równoległe do gałęzi poziomołonowej. Dłutowanie wykonywać należy naprzemian to od jednej, to od drugiej brzozy, posuwając się zwolna i w głąb do góry, płat zaś przysuwać w ten sposób, aby jego podstawa spoczywała na grzebieniu kości łonowej; w ten sposób zatyczka kostna, do której przyszywa się drutem srebrnym mięsień brzucha, pozostaje w trwałym z miednicą związku, co zawdzięcza się najeźsiej nienaruszeniu okostny. Powierzchnia płytki wewnętrzna zwrócona jest naprzód, część, pokryta okostną, ku tyłowi. Zdłutowanie i wydźwignięcie wycinka kostnego bywa dość trudne tam, gdzie „planum pubicum“, co nie zdarza się rzadko, nie jest płaskie, lecz wklęsłe na swej powierzchni górnej i gdy grzebień zasłonowy poziomej gałęzi łonowej sterczy ku przodowi wybitnie. Wobec tego rodzaju zboczeń w budowie kościa, a małych wrót przepuklinowych, można poprzestać na wytworzeniu płatu kostnego z samej tylko gałęzi poziomej, dłutując w tym celu skośnie z dołu i przodu ku górze i tyłowi i otrzymując płat, który przewyższa wysokością swą średnicę grubości gałęzi poziomej.

Krwawienie, występujące podczas operacji, daje się opanować łatwo, ma się tu bowiem do czynienia z kilkoma tylko naczyniami mięśniowymi z tętnicy zasłonowej i udowej oraz z gałęzią łonową, którą, torując sobie drogę do kości, rani się zwykle. Kłopotu pewnego nabawić może skaleczenie tętnicy zasłonowej, tuż u brzegu dziury tej nazwy, gdyż uszkodzone naczynie chowa się w głąb i tego powikłania jednak łatwo uniknąć można, wymacawszy uprzednio w ranie dokładnie brzeg owej dziury zasłonowej. Po zespoleniu szwem srebrnym brzegów otworu pachwinowego po nad wsuniętą doń płytą kostną, ranę zaszywa się z pozostawieniem małego drenu lub założonego do wewnątrz kawałka gazy.

Wyniki, otrzymywane w spostrzeżeniach powyższych mogą, jak dotąd, zachęcić tylko chirurga do częstszego podejmowania kostnowytwórczej operacji. Wszystkie owe cztery kobiety są do chwili obecnej wolne od nawrotu zupełnie, choć w dwu z przytoczonych 4-ch przypadków od operacji upłynęło już 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> oraz 2 z górą lata. Trwa-

łość wyniku zależy tu, jak łatwo domyśleć się można, głównie od zmian, jakim z biegiem czasu ulega płytka kostna. Gdy ta ostatnia wessie się doszczętnie, a na miejscu kości powstanie tkanka, mniej wartościowa, nawrót przepukliny staje się wówczas możliwym; stosunki układają się pomyślniej, jeżeli tylko część górna wpasowanej tafli kostnej ulegnie zanikowi, podstawa zaś utrzymuje się; tego rodzaju trwale nniesienie miednicy ku górze wystarcza, aby zapobiedz powstaniu przepukliny wtórnemu. Pożądanem tu wszelako jest tu jak najwięcej, aby płytka wypełniała sobą taką, jak niezwłocznie po operacyi, przestrzeń na stałe; ów wynik idealny autor stwierdził w 3-eh spostrzeżeniach swoich, w których po upływie 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub> i 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> roku oraz w 4 po operacyi miesiące, objętość wszczepionego kawałka kości była tak wielka, jak w dniu wypisania się chorej z oddziału. O ile słusznem jest mniemanie Kraske'go co do możliwości narastania na wszczepionej płycie nowej tkaniny kostnej i utrwalenia się tą drogą płatu, trudnem jest orzec cośkolwiek stanowczo; w każdym jednak razie, przypadki omawiane nie potwierdziły słuszności takiego poglądu. W końcu zauważyć trzeba, że dla osiągnięcia wyników dobrych, operujący przestrzegać musi ściśle, prócz oszczędzania okostny, bezgnilnego całkiem przebiegu gojenia się rany, w razie bowiem przeciwnym, łatwo dojść może do zgorzeli. Płyty kostne nie powinny być za duże, gdyż unaczynienie i odżywianie ich ze strony okostny i otaczających tkanek miękkich staje się wtedy trudniejszym; wniosek stąd jasny, że osteoplastyka w mowie będąca, nadaje się lepiej do zamykania wrót przepukliny udowej, niżli pachwinowej, dla której koniecznem jest wydłutowanie płyty o wymiarach dość znacznych.

*K. Niedzielski*

254. Dr. E. Ehrich. **Przyczynę do nauki o zgorzeli trzustki.**  
(Beitr. zur klin. Chir. Bruns. 20 Band. 2 Heft. 1898).

Sprawozdań z rękoczynów chirurgicznych, podejmowanych w obec cierpien trzustki natury zapalnej, ogłoszono, jak dotąd, nader niewiele. W większości owych przypadków operowano przytem bądź na zasadzie rozpoznania, postawionego błędnie, bądź też przerywano operację w toku ze względu na powikłane warunki anatomiczne; osiągnane nadto z zabiegu wyniki, przeważnie nie były dobre i tylko oględziny pośmiertne wyjaśniały istotę rękoczyn wywołującego cierpienia. Dopiero w czasach najnowszych, dzięki spostrzeżeniom Körte'go, zaczęto nabierać przekonania, że rozpoznanie wczesne i zabieg skuteczny nie należy do niemożliwości nawet i w razie cierpien zapalnych trzustki, prowadzących do ropienia lub zgorzeli tego narządu, jako zaś przyczynę do kazuistyki Körte'go autor przytacza dwa swoje najnowsze przypadki, które, lubo zakończyły się niepomyślnie, godnymi są wszelako zaznaczenia z tej choćby przyczyny, że zniewalają do brania pod uwagę trzustki, tak mało dotąd uwzględnianej w obec

spraw chorobowych natury wątpliwej, powstających w górnej części brzucha.

Przypadek 1-szy dotyczył kobiety 48-letniej, której przed kilkanaście laty usunięto drogą laparotomii bardzo dużą torbiel jajnika dwukomorową, przyczem w przebiegu operacji wymacano w pęcherzyku żółciowym dość znaczną ilość kamyków. Po upływie mniej więcej roku, taż chora przybyła znowu na oddział autora w stanie ciężkim. Jak dowiedziano się, napady kolki żółciowej, których operowana doznawała przed laparotomią jeszcze, powróciły znowu; do kolek przyłączały się wymioty, występujące po każdym niemal jedzeniu. Badanie wtórne gorączkującej chorej przekonało, że brzuch jej jest wzdęty umiarkowanie, na ucisk w górnej części nader bolesny i tamże dość twardy, przyczem stwardnienie to zlewało się z odpornością wątroby. Prócz tego stwierdzono u chorej na pośladku prawym ropówkę rozlaną, z przetoki zaś, istniejącej koło odbytu, wylewał się, po wywarciu na tkanki ucisku, cuchnący płyn posokowaty nader obficie. Po przemyciu odbytnicy i przecięciu ropnia pośladkowego, stwierdzono, że skóra dokoła jest podminowana na znacznej przestrzeni, lubo nie zauważa się bynajmniej kanału przetokowego, któryby przebiegał w kiszce stolcowej lub obok niej ku górze. Korzystając z uśpienia chorej, zbadano nadto brzuch dokładniej. Guzowatość, o granicach niewyraźnych, zajmowała tu głównie połowę prawą górnej okolicy brzucha, na lewo zaś szerzyła się na szerokość 3-ch palców powyżej pępka i również daleko ku dołowi. Nierówna miejscami powierzchnia guzowatości pokryta była przez kiszki, jak zaś daleko sięgać mogła w głąb lub do jakiego narządu odnosiła się głównie—dociec napewno było trudnem. Wobec nader ciężkiego stanu ogólnego i dyagnozy niepewnej, na wykonanie operacji nie odważono się. Stan też chorej pogarszał się nieustannie, wreszcie po 8-mio dniowym pobyciu jej na oddziale, nastąpiło zejście niepomyślne.

Na oględzinach pośmiertnych, prócz obecności w jamie otrzewnowej brudnej, szaro-zielonej, cuchnącej posoki, wykryto liczne zserowaciałe, żółte, zgorzelinowe ogniska, wielkości ziarna soczewicy lub grochu, rozsiane w krezce, w tkance tłuszczowej, łączącej okrężnicę poprzeczną z żołądkiem oraz w więzie wątrobo-żołądkowym (lig. hepato-gastricum). Po odsunięciu jelita ślepego ku górze, wytrysnął z poza tego ostatniego takież płyn posokowaty z jamy, dochodzącej do końca dolnego nerki prawej i łączącej się z jamą, powstała między kiszkami poza okrężnicą poprzeczną i okrytą od przodu przez krezkę, również wypełnioną posoką. Oddzieliwszy okrężnicę poprzeczną od sieci, otwarto worek sieciowy (bursa omentalis), który był właściwie zbiorowiskiem głównem cieczy posokowatej, co zresztą, w tego rodzaju przypadkach zdarza się nader często, listek bowiem otrzewny, pokrywający trzustkę, tworzy jednocześnie i ścianę tylną worka. Na jego dnie znaleziono gruczoł, w mowie będący, którego trzon tworzył mięką, papkowatą masę. Pozostała, mniej obumarła część trzustki, składała się z jednolitej tkanki sadłowatej, w którą wdzierały się liczne, podobne do opisanych powyżej, żółte, ostro odgraniczone ogniska.

W przypadku drugim miano do czynienia z mężczyzną 60-letnim, który dostał nagle obfitych, uporeczywych wymiotów wraz z towarzyszącymi im: zaparciem i wznagającym się coraz więcej uczuciem napięcia górnej części brzucha; okolica ta, jak stwierdzono podczas badania, była też wzdętą niepomierne. Rozpoznanie wahało się w danym przypadku pomiędzy skręceniem (volvulus), a zaciśnięciem wewnętrznym w worku sieciowym. Po wykonaniu cięcia długości odpowiedniej w smudze białej, po oddzieleniu oblepionej przez zrosty i usianej żółtawymi ogniskami sieci i odsunięcia tejże ku górze, ujrano guzowatość, dużą jak dwie pięści, którą tworzyły z wierzchu pozrastane pętle kiszkiowe, a dalej—okrężnica poprzeczna, dalej zaś jeszcze tkanka twarda, sięgająca do kręgosłupa. Na powierzchni dolnej guzowatości piętrzyła się torbiel, z której drogą przekłucia próbnego otrzymano wodnistą ciecz brudną i mętną; zauważono nadto na otrzewnie ściennej oraz na kiszkiach liczne, opisane powyżej ogniska żółtawe, które z wyglądu i własności swoich przyjętemi być mogły li tylko za rozsianą zgorzel tkanki tłuszczowej. Lubo obecność i związek ognisk z pewnemi cierpieniami trzustki naprowadzały na domysł, że sprawa chorobowa w tym właśnie narządzie ma swój punkt wyjścia, zaniechano wszelako zabiegu dalszego, wszycie bowiem guza do rany brzusznej w celu opróżnienia zawartości, było tu niemożliwe ze względu na jego głębokie usadowienie się, zrosty i nadzwyczajne wzdęcie brzucha. Ponieważ w kilka dni po opracy szwy zaczęły puszczać, a z powstających tą drogą otworów sączyła się wydzielina surowiczo-krwawa, rozwarło brzegi jamy na tępo, poczem stwierdzono w tejże rozległą tkankę tłuszczowej zgorzel, szew wszelako otrzewnowy trzymał dobrze.

Wśród stałego pogarszania się stanu ogólnego wystąpiły objawy ropnicy, chory zmarł wreszcie po upływie dni 23-ich od operacyi. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono jamę, z przodu pokrytą siecią i ograniczoną ku dołowi przez pozrastane luźno ze sobą pętle kiszek cienkich, ku górze—przez okrężnicę poprzeczną, jej krezkę (mesocolon) i żołądka, od tyłu zaś sięgającą ku śledzionie. Jama ta, wypełniona szaro-żółtymi i czarnymi miękkimi strzępkami tkanek i cieczą szarą z wyraźnemi okami tłuszczu, zawierała na dnie w połowie swej prawej dwunastnicę barwy szaro-zielonej. Na miejscu właściwym znaleziono głowę trzustki, nader powiększoną i bardzo twardą z licznymi opisanymi już ogniskami zgorzeli. Na przekroju stwierdzono wyraźnie zwyrodnienie tkanki gruczołu przez szarą, twardą tkankę łączną oraz masy tłuszczowe, wśród których zauważyć się dało gdzieś tam miejsca zmętniałe oraz podzielane jeden od drugiego zraziki. Głowa narządu oddzieliła się zupełnie od trzonu, ogona prawie nie było, tylko część jego zezerniała, wyosobniona i pokryta przez masy zgorzelinowe.

O ile daje się wywnioskować z przypadków powyższych oraz ze spostrzeżeń autorów innych, objawy kliniczne zgorzeli trzustki zasadzają się na nagłym powstaniu bólów w górnej części brzucha oraz na występowaniu nudności, wymiotów, zaparcie i wielkiego przytem upadku sił (prostratio).

Jak łatwo jednak domyśleć się, objawy te nie są dla cierpienia omawianego swoiste, występują bowiem i na tle innych przeróżnych spraw chorobowych. Napady uprzednie kolki kamicowej, stwierdzone przez autora w przypadku pierwszym, przytaczano również niejednokrotnie. Czy bóle brzucha pozostają w razach tych w związku z istotnem cierpieniem dróg żółciowych, przesądzać trudno; bo choć dość często znajdowano w pęcherzyku na sekeyi zmarłych w skutek zgorzeli trzustkowej złogi kamicowe, z drugiej wszelako strony nie brak spostrzeżeń, ogłaszanych głównie przez Portal'a, gdzie chorych trapiła kolka czas długi obok zupełnego braku kamyków żółciowych. Nie jest nieprawdopodobnem również, że powstająca w trzustce i w tkankach okolicznych sprawa chorobowa, jest w stanie sama przez się wywoływać bóle, co potwierdza poniekąd drugi przypadek autora; samo zresztą wytwarzanie się cierpień zapalnych w pobliżu żołądka i dwunastnicy i zaważone tem podrażnienie owych narządów tłumaczyć może również zauważone niekiedy burzliwe objawy początkowe.

Te ostatnie jednak mogą być zależne i od przyczyn innych, jak np. od wnikającego cierpienia główne ropnia wewnątrzotrzewnowego, przepukliny wewnętrznej i t. p. Do bardzo ważnych punktów rozpoznawczych należy dalej obecność guza w górnej części brzucha; na objaw ten po raz pierwszy zwrócił uwagę Körte i stwierdził go na wszystkich przypadkach swoich. Według tego chirurga, w razie istnienia ogniska zapalnego w głowie lub trzonie gruczołu, obrzmienie zarysowuje się przeważnie w kierunku linii środkowej brzucha; jeżeli zaś ogon trzustki jest punktem wyjścia, guzowatość wyczuwa się w lewej górnej połowie brzucha. W trzech spostrzeżeniach Körte'go guz ten szerzył się ku tyłowi i sięgał na dół aż do miednicy, co posiada również niejaka wartość rozpoznawczą. W końcu zauważyć należy, jak nauca piśmiennictwo odnośnie, że przypaki zgorzeli trzustki, w których na plan pierwszy występują objawy zwężenia kiszki, pod działaniem ucisku, jak miało to miejsce w przypadku drugim, należą do rzadkości wielkich. Statystyka Hagenbach'a, obejmująca 12 spostrzeżeń takich, wykazuje, że w jednym z tychże skrócenie warunkowanem było przez ucisk dwunastnicy przez torbiel trzustkową; dalej: raz jeden działał w ten sposób ropień okołotrzustkowy, w dwóch przypadkach — ostra sprawa zapalna, w pozostałych wreszcie uciskał część jelita cienkiego rak omawianego gruczołu.

Etyologia zgorzeli trzustkowej, pomimo licznych badań, odnośnych pozostaje, jak dotąd, sprawą nierozstrzygniętą. Za czynniki wywołujące uważa się powszechnie przejście sprawy zapalnej z dwunastnicy lub z dróg żółciowych przez przewód trzustkowy, dalej: otwarcie się wrzodu żołądkowego lub kiszki, pierwotny krwotok w trzustce, rozlana wreszcie zgorzel tkanki tłuszczowej brzucha. Dla rozstrzygnięcia co do związku przyczynowego pomiędzy tą ostatnią a cierpieniami trzustki, przedsiębrano szereg prób na zwierzętach. Wszyscy ci badacze, doprowadziwszy tkanek trzustki do zgorzeli drogą uszkodzenia tego narządu albo zastoj, bądź też zapalenia sztucznego lub wszczepienia części gruczołu, nie otrzymali w do-



świadczeniach swoich zgorzeli tkanki tłuszczowej do tego stopnia rozległej, jak to autor stwierdził wyraźnie w swoich przypadkach.

Dość zatem wydaje się prawdopodobnem, że zgorzel owa była cierpieniem pierwotnem, z tkanki zaś okołotrzustkowej sprawa rozszerzyła się na mięszs gruczołu, po przedostaniu się zaś drobnoustrojów przez jego przewód, nastąpiło sposokowacenie i sekwestracja narządu.

K. Niedzielski.

## II. Choroby kobiece.

255. Dr. F. Kleinhaus. **O wewnątrzmacicznym stosowaniu kolpeurynteru.** (Zur intrauterinen Anwendung des Kolpeurynters. Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. VII. H. 3).

W ostatnich latach wchodzi coraz częściej w użycie kolpeurynter t. j. balonikowe rozszerzadło w celach szybkiego i bezkrawawego rozszerzenia ujścia kanału macicznego w czasie porodu. W wewnątrzmacicznym stosowaniu kolpeurynteru odróżnić należy działanie przyrządu, jakie występuje po wprowadzeniu go, napełnieniu i pozostawieniu w macicy, od działania z dołączeniem stałego pociągania. W pierwszym razie kolpeurynter przeważnie pobudza bóle porodowe, w drugim rozszerza. Zakładanie kolpeurynteru bez pociągania wprowadzomem było głównie przez Szautę, który ustanowił wskazania następujące:

1) przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego przy położeniu poprzecznem lub czaszkowem wobec wązkiej miednicy;

2) wypadnięcie sznurka pępkowego albo górnej kończyny obok główki, wobec wązkiego ujścia macicznego;

3) łożysko częściowo przodujące wobec krwotoku przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza lub słabych bólach porodowych.

Pociąganie stałe za założony kolpeurynter wprowadził Maurer, polecając sposób ten dla przyspieszenia porodu. Müller w ostatnich czasach stosować zaczął balonikowe rozszerzadła Champetiera nieelastyczne, stawiając je wyżej od kolpeurynterów, używanych w Niemczech.

Kleinhaus przy zastosowaniu kolpeurynteru postępuje w następujący sposób: Położenie kobiety na krzyżu. Dezynfekcyja zewnętrznych części płciowych wodą, mydłem, sublimatem, lysolem. Narkoza w przypadkach eklampsyi — udostępnienie pochwy lusterkiem (ujście maciczne i kanał szyjki winny przepuszczać palec). Kulociąg za przednią wargę (poprzecznia dezynfekcyja części pochwowej). Kolpeurynter wygotowany chwytą się skręcony około podłużnej osi w wydłużoną pincetę, wprowadza do jamy i wypełnia 1% lysolem. — W zwykłych przypadkach używa się balonu gumowego o grubych ściankach gruszkowatej formy z rurą gumową o 40 ctm. długości. Nieco mniejszy stosuje się przy porodach przedwczesnych. Ilość wy-

pełniającego płynu dochodzi do 750 cc. (3—4 strzykawki po 200 cc.). Po zamknięciu kranu, umieszczonego przy końcu rurki — kładzie się chorą napowrót do łóżka, umieszczając wysoko krzyż dla uniknięcia odleżyn i ucisku na moczowody. Nie wszystkie chore znoszą takie położenie. Pociąganie wykonywa się przy pomocy ciężarków. Jeżeli się naciąga tylko rurkę bez ciężarków, zdarzyć się może, że rodząca zsuwa się w kierunku końca łóżka i siła naciągania słabnie. Lepiej przywiązać do rurki tasiemkę, przewiesić ją przez poręcz łóżka i przymocować ciężarki. W trakcie zaciągania należy obserwować dla zdania sobie sprawy z osiągniętych rezultatów.

K. stosował kolpeurynter w 7 przypadkach, których tablice podaje: Wskazaniami dla przyspieszenia porodu były w 1 przyp. eclampsia, w 2 myocarditis, w 2 rachitis, płaska miednica w 1, w 1 hydrops universalis, w 1 osteomalacia, w 6 przypadkach poród przedwczesny. Trwanie porodu od 5 do 13 godzin. Do obserwacji swych dołącza autor uwagi następujące: Czas upływający od założenia kolpeurynteru aż do dostatecznego rozwarcia ujścia, zależy, obok siły pociągania, od tylu różnych czynników, że dokładnie określić się nie daje. W ogóle jednak, w przypadkach autora był krótszy, niż przy stosowaniu innych środków. Tam, gdzie tkanka szyjki i pochwy jest mniej podatną (np. wskutek zmian bliznowatych), na rezultat trzeba czekać dłużej. Rezultat może i zawieść zupełnie, jeżeli tkanki szyjki są wiotkie i bóle trudno się pobudzają.

Waga zakładanych ciężarków wynosiła 600—1000 gm. Wystarczało to, aby w  $\frac{1}{4}$  lub  $1\frac{1}{2}$  godziny zjawiały się bóle. Ażeby uniknąć tarcia rurki gumowej o łóżko, co zmniejsza działanie ciężarków, można umieścić rurkę lub tasiemkę na bloczku. Pociąganie mocniejsze zdolne jest przyspieszyć rozszerzenie — lecz o ile niebezpieczeństwo nie zagraża matce — należy silniejszego pociągania unikać, gdyż nie można przytem wykluczyć możebności uszkodzenia szyjki lub tkanek okołomaciczyńskich, a w eklampsyi silniejsze drażnienie dolnego odcinka przez mocniejsze pociąganie może mieć wpływ niepomysłny. Własności samego przyrządu również na rezultat wpływają, gdyż balon elastyczny, chociaż gruby — nie rozciąga mocno stwardniałej np. szyjki. Wydłuża się i wyslizguje przy pociąganiu. A przy wyciąganiu balonu szyjka winna być na tyle rozwarta, aby ułatwić rękoczynny, ukończający poród. Najlepsze są balony gumowe Champetier z materiału nie rozciągliwego.

Wprowadzenie kolpeurynteru nie zawsze jest łatwym. W odpowiednich razach (poronienia) wymaga poprzedniego rozszerzenia szyjki.

Nie rozstrzyga autor pytania, czy pożądanym jest pęknięcie pęcherza przed wprowadzeniem kolpeurynteru. Według niego, lepiej pęcherz o ile można najdłużej zostawić w całości.

Wnioski K. są następujące:

1) Rozszerzanie balonami gumowymi stanowi cenny środek dla wywołania porodu przedwczesnego — działa prędzej i pewniej, niż sposoby inne.

2) Sposób ten zawieść może przy zmianach patologicznych tkanki macicznej.

3) W przypadkach eklampsyi w czasie ciąży zastosowaniu kolpeurynteru jest najpewniejszym i najłagodniejszym sposobem przyspieszenia porodu.

4) Nie można polecać kolpeurynteru dla wywołania poronienia, — konieczne poprzednie rozszerzenie szyjki samo wystarczyć może.

5) Najlepsze są kolpeurytery Champetiera z materiału nierozciągliwego. *Sunderland.*

256. Ludwig Pincus. **Dalsze doniesienie o waporyzacji i waporokauteryzacji.** („Weiteres über Vaporisation und Vapokauterisation“. Centralblatt f. Gyn. № 10. 1898).

Autor, przekonany o wartości praktycznej waporyzacji, przez długi czas pracował nad ulepszeniem potrzebnych do tego przyrządów, i wreszcie udało mu się zbudować waporyzator, który czyni za dość wszelkim wymaganiom.

Oprócz bowiem łatwości w stosowaniu tego przyrządu, chodziło jeszcze autorowi o unikanie wszelkich obrażeń przez oparzenie pochwy, szyi macicznej, cewki i t. d.

Przyrząd urządony jest w ten sposób, że para, posiadająca temperaturę wysoką, którą można dowolnie regulować, działa bezpośrednio na powierzchnię wewnętrzną macicy. Do zalet przyrządu autor zalicza i ten fakt, że przy zręczności operatora, chora nie widzi wcale pary i przez to nie traci odwagi. Następnie, podczas samej operacji, która jest niebolesna i może być dokonana bez narkozy, para zostaje odprowadzoną pod stół operacyjny i nie zaciemnia pola operacyjnego. Oprócz tego usunięta jest wszelka możliwość eksplozyi, gdyż, nawet przy zatkaniu otworów cewnika, para zawsze znajdzie ujście wolne nazewnątrz przez rurkę, umyślnie w tym celu urządzoną.

Sam przyrząd składa się z kotła miedzianego, mocno zbudowanego, napełnionego do połowy wysokości wodą. Kocioł wytrzymuje ciśnienie pary 125° C. Przy kotle znajduje się kłapa bezpieczeństwa o tak mocnej sprężynie, że staje się czynną tylko przy znacznym ciśnieniu wewnętrznym. Na samym środku pokrywy kotła szczelnie osadzony jest termometr, dokładnie wskazujący temperaturę 130° C. i wyższe. Za pomocą rury gumowej, 1/2 metra długiej, kocioł połączony jest z cewnikiem (Bozeman-Fritsch), właściwie z rurką wewnętrzną, która odprowadza parę do jamy macicy. Światło tej rurki jest mniejsze, niż światło rurki zewnętrznej, z którą pierwsza się łączy zapomocą śruby; połączenie to musi być bardzo mocne, aby para przez szczeliny nie przedostawała się nazewnątrz. Cewnik posiada 3 podłużne otwory w końcu dolnym, przez które para przedostaje się do wnętrza macicy, i oprócz tego w końcu górnym zaopatrzony jest w rurkę kolankową, odprowadzającą parę nazewnątrz. Do rurki kolankowej można przyczepić rurę gumową długości dowolnej. Koniec dolny cewnika zaopatrzony jest w różne przyrządy,

stosownie do celu, w jakim para ma być stosowana. A więc w jednym modelu koniec dziurkowany jest na kształt sita, lub posiada okienka, przez które para dostaje się do jamy macicy, a w drugim modelu koniec jest zupełnie zamknięty, tak iż para nie styka się bezpośrednio z organem, cierpieniem dotkniętym, lecz działa za pomocą temperatury podwyższonej na dany organ, bez przerwy, ze znacznym napięciem.

Ostatni model posiada albo formę zgłębnika macicznego (bougie), lub też formę noża płaskiego i służy przeważnie do celów chirurgii brzusznej. Dla prostoty model z otworami ochrzczył autor mianem „uterusvaporisator“, a zamknięty: 1) „Uterusvapokauter“ (rozgrzewający zgłębnik maciczny) i 2) „vapokauter“ — model płaski nożowaty. Ostatnim dwóm przyrządom autor rokuje wielką przyszłość w terapii nie tylko chorób ginekologicznych. Vapokauter przypomina bardzo termokauter Paquelin'a i tam, gdzie termokauter nie znajdzie zastosowania (np. w głębi), vapokauter go zastąpi. Uterusvapokauter może oddać znakomite usługi w leczeniu przetok (naturalnie rurka musi mieć objętość odpowiednią). Vapokauter posiada tę wyższość nad termokauterem Paquelin'a, że może być stosowany bez asystencyi. Odnośnie samego aparatu autor robi uwagę, że kocioł musi być mocno zbudowany, gdyż temperatura 100-stopniowa nie zawsze wystarcza. Niepowodzenie waporyzacji często przypisać należy temu, że para zanadto się ostudza w cewniku.

Co się zaś tyczy samej techniki, to autor, nagrzwawszy parę do 105° a najwyżej do 110°, ścisną rurkę gumową i, usunąwszy płomień z pod kotła, prędko wprowadza cewnik do macicy. Podstawiawszy następnie znowu płomień pod kocioł, stopniowo obluźnia ścisnądko, aby para skroplona wyciekła na zewnątrz, i wpuszcza parę suchą do macicy.

Doświadczenia autora wykazały, że temperatura 100—105° C., działając przez 1/2—1 minutę, wystarcza. Temperaturę powyżej 100°C. osiągnąć można zapomocą palników rewolwerowych (Bousen'a). W potrzebie dłuższego stosowania należy palnik rewolwerowy od czasu do czasu usunąć i zastąpić go przez słabszy płomień. Najwyższa temperatura, jaką autor stosował, była 110° C. Ostatnia bywa stosowana w przypadkach bardzo ciężkich.

W lżejszych przypadkach, gdzie t. 100° C. wystarcza, posilkować się można lampką spirytusową. Kocioł musi wytrzymywać ciśnienie 125° C., może być zrobiony z blachy miedzianej, białej lub niklowanej; lutowanie musi być bardzo dokładne. Termometr powinien być mocno osadzony. Rura gumowa powinna być przyczepiona na parę centymetrów powyżej pokrywy kotła, aby się woda do niej nie przedostała, gdyż, jak wyżej wzmiankowano, kocioł do połowy swej wysokości napełniony bywa wodą. Przyczep rury do kotła i do cewnika musi być szczelny.

Podczas stosowania waporyzacji, w celu wstrzymania krwotoku silnego, przez rurkę odprowadzającą wycieka krew płynna i w skrzepach nazewnątrz. Autor ambulatoryjnie stosował waporyzację (105°C. przez 1 minutę) u pacjentki z krwotokiem silnym macicy (fibroma

uteri diffusum). Już po półminutowem działaniu krwotok się wstrzymał; krew i skrzepy krwi spływały przez rurkę odprowadzającą do naczyń umyślnie podstawionego. Pole operacyjne zupełnie jasne. Sama operacja nie bolesna, bez reakcyi. Chora poszła do domu i przeleżała 5 dni w łóżku (autor zwykle zaleca spokój w łóżku od 5—8 dni). Odpływ z macicy trwał 12 dni. Od 11-u tygodni krew się już nie ukazywała, jednocześnie znikły wszelkie objawy otrzewnowe. Pacjentka znakomicie się poprawiła; macica dobrze zwinięta. Autor się chwali, że dokonał tego bez asystencyi.

Należy zwrócić uwagę na to, aby sruba w cewniku szczelnie łączyła części składowe i aby para nigdzie przez szczeliny nie przedostawała się nazewnątrż, gdyż w przeciwnym razie mogą mieć miejsce oparzenia sromu i palców asystenta, jeżeli operacja dokonana była bez lustra macicznego. Lustro musi być cylindryczne, gdyż wtedy asystencya staje się zbyt ciężką; również zbyt ciężką bywa w tych razach narkoza. Lustro zrobione jest z drzewa, bardzo lekkie i waży wszystkiego 15 gm. Po wprowadzeniu lustra do pochwy należy wdmuchnąć ałunu, airołu lub innego proszku. Lustro drewniane, wprowadzone do pochwy z łatwością samo się utrzymuje, co za wzdźwięć należy lekkości instrumentu i jego lepkości. Lustro dezynfekuje się zapomocą szczotki, mydła i sublimatu. W braku lustra należy cewnik zawinać gazą w celu uniknięcia oparzenia szyi. Obrażenia szyi łatwo się goją i w rzadkich bardzo przypadkach prowadzą do zwężenia kanału szyi. Ostatnie zdarzyć się może wtedy, gdy szyja jest bardzo twarda (rigid).

Lustro powinno być krótkie (9 ctm. długości), wtedy bowiem wprowadzenie cewnika jest daleko łatwiejsze. Przy zboczeniach w położeniu macicy lub przy pochwie ciasnej, w miejsce lustra posilkować się należy kulociągami. Po waporyzacyi okazuje się wyciek niezbyt obfity. Przykry zapach odchodów po poronieniu gnilnem ustępuje już po jednorazowej waporyzacyi; niekiedy po wtórnym seansie; w tych razach potrzeba niekiedy podnieść temperaturę pary do 105°. W rzadkich bardzo przypadkach (autor widział to 2 razy) odchody po waporyzacyi przybierają zapach przykry; ten fakt autor kładzie na karb infekcyi. Tu autor przytacza przypadek krwawienia u niezamężnej, w której po rozszerzeniu dwukrotnem kanału macicznego za pomocą laminaria, zastosował waporyzacyę ze skutkiem cudownym; po gorączce, która trwała 2 dni (wskutek użycia laminaria), odchody przybrały zapach przykry. Objaw ten patologiczny autor objaśnia w ten sposób: para temperatury 100,5—101° (w macicy 98—99°), działając przez jedną minutę, nie jest w stanie zabić wszystkich zarazków, powstałych po stosowaniu laminariae. Podwyższenie ciepłoty zdwaja energię zarazków, a inwazyi ich do organizmu przeszkadza skrzep, który się momentalnie wytwarza, i tromboza naczyń endometrii.

Autor postara się jeszcze wyjaśnić ten objaw na drodze badań bakteriologicznych. Jeżeli się nie uda zapomocą pary (105°) w ciągu minuty zabić zarazki (gonococci, streptococci, staphylococci, bacterium coli commune) u osobnika gorączkującego (38° C.), to autor utrzyma objaśnienie powyższe w swej mocy i jednocześnie uprzedza, że meto-

da waporyzacji nie straci bynajmniej na swej wartości praktycznej nawet wtedy, gdy doświadczenie się nie uda, gdyż w każdym razie metoda ta — zdaniem autora — gwarantuje powrót organizmu do zdrowia z jednej strony przez powstanie skrzepu, a z drugiej przez energiczną eliminację zarasków z odchodami.

Stosując przez 3 lata waporyzację, autor wytworzył sobie następujące przeciwwskazania:

1) cierpienie przydatków macicznych (zapalenie jajowodów, guzy jajowodów). Notabene, dodaje autor, że objawy ogólnego podrażnienia otrzewny dookoła macicy (niedoszło do ropienia), ustępują po stosowaniu waporyzacji.

2) Bardzo twarda (rigid) szyja maciczna stanowi przeciwwskazanie; w tych razach należy waporyzator lub wapokauter owinać w gazę.

Co się tyczy wskazań, to waporyzacja powinna być stosowana w przypadkach krwawienia pochodzenia niezłośliwego. Należy przede wszystkim przedtem wyskrobać i skrobaną pod mikroskopem zbadać, lub też poprzednio palcem wy badać wnętrze macicy.

Skutecznie działa waporyzacja ( $T^0$  102—105° stosowana przez 1 minutę) przy krwawieniach pochodzenia klimakterycznego i przy upławach poklimakterycznych. Stosując w jednym przypadku upławów uporczywych poklimakterycznych waporyzację ( $T^0$  110° przez 2 minuty), autor doczekał się zwężenia kanału macicznego. Pacjentka obecnie cieszy się zupełnym zdrowiem (już 7 miesięcy po operacji). Takie zejście zdarzyć może się po stosowaniu chloreynku lub po skrobaniu ze wstrzyknięciem jodyny.

18 razy autor stosował waporyzację w przypadkach krwawienia klimakterycznego. Z tych 13 razy ze skutkiem pomyślnym (czas obserwacji od 5 miesięcy do 2 lat; w 5 przypadkach, czas obserwacji za krótki. W 2 przypadkach autor zmuszony był po 8 resp., 11-tu tygodniach powtórzyć procedurę. W 3 przypadkach skutek perimetritis exacerbatą chore przeleżały od 2—3 tygodni w łóżku.

Dwa przypadki upławów poklimakterycznych zostały zupełnie wyleczone ( $T^0$  102° — 1 minuta).

Z 7 przypadków krwotoków macicznych (wskutek subinvolutio uteri) autor 5 razy stosował waporyzator, 2 razy wapokauter ( $T^0$  100—105° — 1 minuta). W 5 przypadkach skutek pomyślny. W 2 przypadkach zwinięcie nastąpiło niezupełne; autor widzi przyczynę tego w para- i peri-metrycznych zrostach.

Z 5 przypadków krwawienia przy myoma interstitialis et subserosum cztery zostały wyleczone. Krwawienia znikły na 5, 5<sup>1/2</sup>, 9 i 11 tygodni, lecz powróciły potem w stopniu umiarkowanym. W 2 przypadkach guzy w ścianach macicy znacznie się zmniejszyły. W jednym przypadku autor nie widział żadnego skutku, i przypisuje to zbyt lekkiej waporyzacji ( $T^0$  101° — 1 minuta); a w pozostałych przypadkach — 1/2—1<sup>1/2</sup> minuty przy t. 100—105°. Ważne przeciwwskazanie do waporyzacji widzi autor w myoma submucosum, lub polyposum z obawy, aby guz nie uległ ropieniu.

*Endometritis hyperplastica* — 8 razy waporyzacja (2 razy wapokauter). W 5 przypadkach skutek był znakomity; w 3 przypadkach autor musiał powtórzyć po 4, 5 i 7 miesiącach waporyzację. Z tych raz był stosowany wapokauter przez 1—1 $\frac{1}{4}$  minuty przy T<sup>o</sup> 100—105<sup>o</sup>.

*Endometritis corporis gonorrhoeica* (bez udziału jajowodów) — 2 przypadki, 1 minuta, T. 102<sup>o</sup>. W jednym przypadku pozostały nieznaczne upływy.

*Endometritis cervicis gonorrhoeica* — 3 przypadki; wapokauter 105<sup>o</sup> przez 1—1 $\frac{1}{4}$  minuty. Wszystkie 3 wyzdrowiały, w jednym przypadku nieznaczne zwięźnienie.

*Endometritis catarr. corporis*—5 przypadków (4 razy wapokauter, 3 razy skutek pomyślny a w 2 niedostateczny).

*Endometritis catarr. cervicis*—18 przypadków (wapokauter 100—105<sup>o</sup> przez 1—1 $\frac{1}{2}$  minuty). W 14 przypadkach skutek pomyślny a w 4 niedostateczny.

*Endometritis dysmenorrhoeica* — 5 przypadków (4 u niezamężnych). Wapokauter 100—103<sup>o</sup> przez  $\frac{1}{2}$ —1 minuty. 3 razy skutek pomyślny, 2—niedostateczny.

Dalej autor wspomina o 2 poronieniach ropnych (putrid) i o jednym przypadku *endometritidis puerperalis*, w których waporyzacja dała dobre rezultaty. Bez skutku pozostała waporyzacja w przypadku bardzo ciężkiej infekcyi ogólnej poporodowej (łożysko zgniłe zostało wyjęte w drugim tygodniu po porodzie, kiedy gorączka doszła do 40—41<sup>o</sup> stopni).

Za pomocą waporyzacji można przy *endometritis puerperalis* w samym początku choroby zapobiedz ogólnemu zakażeniu, lub ostatecznie złagodzić (waporyzacja przeszkadza głębszej inwazyi zarazków), lecz nie można powstrzymać zakażenia, od dłuższego czasu trwającego.

Autorowi udało się raz jeden wywołać na chwilę skurcz macicy powiększonej i wiotkiej przy słabej tylko waporyzacji (T<sup>o</sup> 100<sup>o</sup>—1 minuta). Za to dobry skutek widział autor przy *endometritis puerperalis* na 16 dzień po porodzie.

Objawy były następujące: zwiniecie niedostateczne, zapach odchodów cuchnący i krwawy, ciepota ciała 38,2<sup>o</sup>. Po waporyzacji (1 minuta przy T. 102<sup>o</sup>) macica się doskonale zwinęła, krwawienie, zapach i gorączka znikły. Chora po 8 dniach wyzdrowiała. Na 18 dzień po operacyi odchody znikły. W końcu swej pracy autor przytacza jeden jeszcze przypadek, w którym waporyzacja uchroniła chorą od operacyi poważnej wyluszczenia macicy.

Mając pod ręką powyżej opisane przyrządy — kończy autor — jesteśmy w stanie uregulować czas i siłę naszej operacyi. W przyszłości autor będzie robił doświadczenia ze słabszem napięciem pary (100—104<sup>o</sup>), przez czas krótszy (0,5—1 minuty) działającym.

\*

\*

\*

*Przyp. refer.* Z przyjemnością zaznaczyć mi wypada, że poglądy identyczne na ten środek nowy wypowiedział już w roku 1894 współpracownik *Kroniki Lekarskiej*, kol. Jaworski, w pracy swej: „Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacjach na macicy“. Na pierwszy odgłos inicjatora tej metody, prof. Sniegirowa, nie mając jeszcze pod ręką przyrządów ulepszonych, Jaworski pierwszy podjął eksperymenty i przeprowadził szereg badań na paru chorych, dotkniętych cierpieniem macicy.

Prowadząc doświadczenia swoje przy pomocy pierwotnie urządzonych przyrządów (przyrząd Siegla, a następnie duży kocioł służący do przygotowania wody dystylowanej oraz cewnik Bozeman-Fritsch'a), autor nabrał przekonania, że „wielorakie, nieocenione własności w jednym środku spożytkuje zapewne i ogólna chirurgia przy operacjach zwłaszcza specjalnie na macicy cennym być może ów środek. Własność pary przyzeglająca, hemostatyczna, dezynfekująca, odwaniania i znieczulająca odda nam rzetelne usługi w przypadkach krwotoków, obfitych odchodów cuchnących, pewnych sprawach septycznych płożogowych i w niektórych formach katarów macicy etc.“

M. Warszawski.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

257. M. K a h a n e. O cierpieniach narządu nerwowego w przebiegu rzeżączki. (Klinisch - Teurapeutische Wochenschrift. № 1—6. 1898).

Olbrzymi postęp w dziedzinie nauki o rzeżączce datuje się od wiekopomnego odkrycia (r. 1879) przez Neisser'a swoistego ziarnika rzeżączki i od czasu podstawowych prac Wertheima (r. 1892), dotyczących się biologii ziarnika Neisser'a i zmian anatomo-patologicznych przez niego spowodowanych.

Aczkolwiek już w bieżącym stuleciu, kiedy rzeżączka została uznana jako oddzielna postać chorobowa, zwracano uwagę na różne powikłania, występujące w przebiegu trypra, ale, ponieważ swoisty zarazek nie był znany, stawiano więc na temat różnych powikłań przy tryprze rozmaite fantastyczne, częstokroć nawet śmieszne hipotezy. Wobec tego, przy rozbiórce powikłań przy tryprze wogóle, a powikłań ze strony narządu nerwowego w szczególności, winniśmy brać pod uwagę tylko prace, które pojawiły się w ostatnim lat dziesiątku, bo prace te mają możność wyprowadzenia wniosków na zasadzie skromnych jeszcze, ale pewnych już danych. Dziś wiemy, że w pewnych ilościach przypadków, zarazek tryprowy nie umiejscawia się tylko w błonie śluzowej cewki, ale rozszerza się: 1) per contagium, z kądem mamy tak zw. trypra wstępującego (gonorrhoea ascendens) narządów moczowo-płciowych męskich i kobiecych i trypra naczyń i gruczołów chłonnych; 2) drogą zewnętrznego przypadkowego zarażenia: tryper błon śluzowych kiszki stolcowej, łącznicy, jamy ustnej i jamy nosowej i 3) drogą krwiobiegu: tutaj należą cierpienia



stawów, błon surowiczych, serca, narządu nerwowego i opisana przez G. Singera ropnica tryprowa. Zaznaczyć należy, że powikłania drogą krwiobiegu powstałe, są względnie najrzadsze w przebiegu rzeżączki.

Autor przytacza krytyczne zestawienie prac przeważnie z ostatniego lat dziesiątka, prac, dotyczących się cierpień narządu nerwowego w przebiegu trypra a więc: 1) cierpienia mózgowia, jego komór i nerwów mózgowych; 2) cierpienia mlecza pacierzowego, jego komór i pni nerwowych z mlecza wychodzących; 3) zmiany nerwów obwodowych w przebiegu trypra; 4) zaburzenia odżywcze, jako nerwice odruchowe, będące w związku z tryprem (alopecia areata, urticaria, erythema, purpura, hyperkeratoses) i 5) nerwice czynnościowe przy tryprze a) miejscowe (ruchowe, czuciowe i wydzielnicze podług Ultzmann'a) i b) ogólne (neurasthenia, hysteria, hypochondria), które zdają się zależeć od ogólnego zakażenia ziarnikami tryprowymi i ich ptomainami.

Nie będę tutaj przytaczał prac różnych autorów, nadzwyczaj skrętnie zebranych i krytycznie zestawionych, gdyż przekroczyłoby to ramy niniejszego sprawozdania, a przechodzę do ogólnych wniosków, jakie autor ze swej starannie napisanej pracy wyprowadza a mianowicie, że: 1) Chociaż choroby nerwowe w przebiegu trypra, biorąc pod uwagę znaczną ilość przypadków tej choroby, są względnie rzadkie, nie są one jednak tak rzadkie jak pierwotnie mniemano, odkąd zaczęto baczniejszą na tę kwestyę zwracać uwagę.

2) Źródło powikłań nerwowych w tryprze nie jest jeszcze dokładnie znane. Do przyszłości należy rozstrzygnąć pytanie, czy tkwi ono w ziarniku tryprowym, czy w jego toksynach, czy też w zakażeniu mieszanem. Przy obecnym stanie naszej wiedzy wyrażenia „tryprowe cierpienia narządu nerwowego“, jeszcze używać nie możemy, winniśmy natomiast mówić: „Choroby nerwowe jako następstwo zakażenia tryprowego“.

3) Istnienie powyższych cierpień nietylko jest możliwe, ale bardzo prawdopodobne, gdyż najmniejszej wątpliwości nie ulega, że ziarnik Neisser'a wywoływać może ogólne zakażenie, które za swoistą, że tak powiem, ropnicę uważać możemy. Tak jak w ropnicy cierpieniu ulegają nietylko stawy, błony śluzowe i surowicze, ale i narząd nerwowy, powodując zapalenie mózgowia, opon mózgowych i nerwów, co następuje już to drogą przerzutów, już to per contiguitatem, tak samo i tą samą drogą może powodować ogólne tryprowe zakażenie.

4) Badania anatomo-patologiczne Wertheima wykazały dowodnie, że ziarnik tryprowy z błony śluzowej przenikać może w tkankę podśluzową, że może wywoływać ropne zapalenia na błonach surowiczych, że może przenikać w naczynia krwionośne i powodować tryprowe zakrzepy w żyłach, a w następstwie swoistą tryprową ropnicę (Gonococcepyaemie Singer'a).

5) Choroby narządu nerwowego, powstałe wskutek tryprowego zakażenia nie mają nic charakterystycznego, nie odrębnego ani w swoich objawach, ani w swoim przebiegu. Uznawać takie cierpienia za powstałe na tle trypra możemy wtedy tylko, jeżeli z jednej strony

wykluczyć da się wszelkie przyczyny, któreby w danym przypadku wywołać mogły cierpienie nerwowe a z drugiej znów strony stwierdzić obecność trypra. Pierwszy warunek jest szczególnie trudny i dlatego większość opisywanych przypadków nie wytrzymuje pod tym względem krytyki.

6) Aczkolwiek w większości przypadków cierpienia stawów poprzedzają wystąpienie objawów nerwowych i ztąd niektórzy autorowie utrzymują, że tylko takie choroby nerwowe uważać należy za powstałe na tle trypra, zdaniem jednak autora, pogląd ten słuszny nie jest, gdyż znane są niewątpliwie przypadki, gdzie objawy nerwowe powstały na gruncie trypra bez uprzedniego zapalenia stawów.

Z tego krótkiego zarysu widzimy, że cierpienia układu nerwowego na gruncie trypra niewątpliwie istnieć mogą i istnieją. Nasze jednak dane kliniczne i anatomo-patologiczne są zbyt jeszcze szczupłe, aby mózdz odtworzyć jaśniejszy obraz omawianych chorób, a za to wdzięczne mamy pole do dalszych badań w tym kierunku.

*Edmund Kuwella.*

258. Szurygin. **O zmianach anatomo-patologicznych prącia w wieku starszym.** (Wracz № 51. 1897).

Autor badał naczynia, nerwy i zakończenia nerwowe i t. d. prącia 21 starców, od 55 do 88 lat mających.

We wszystkich wspomnianych przypadkach, dały się spostrześć głębokie zmiany tak większych, jak i mniejszych arteryi prącia. Światła arteryi, z powodu nieprawidłowego rozrastania się błony wewnętrznej i wytwarzania występów, były jawnie zwężone; zwężenia te były w jednych miejscach większe, w innych mniejsze (Arteriosclerosis nodosa). Niekiedy widzieć można było odcinki zgrubiałej błony wewnętrznej i zwyrodnienie tejże szkliste. Takim samym zmianom uległa i warstwa włókien sprężystych błony wewnętrznej. Ilość gładkich włókien mięśniowych w błonie średniej była zmniejszona, przyczem zauważyć w niej było można znaczny rozwój tkanki łącznej włóknistej. Zewnętrzna błona arteryi była prawie zawsze grubowłóknista i biedna w komórki.

W małych arteriach znajdowano przeważnie endo-periarteriitis, albo też prowadzący do zamknięcia światła endoarteriitis. Liczne naczynia włosowate były pozbawione światła i nie zawierały ciałek krwi, a błona zewnętrzna wielu wykazywała zwyrodnienie szkliste.

Żyły miały ściany mięśniowe znacznie ścięte i rozszerzone światła, a przy phlebitis sclerosa — zwężone.

Ściany naczyń prawie wszystkich nerwów i we wszystkich przypadkach były zgrubiałe i szklisto zwyrodniałe, światła ich zwężone. Powłoczki nerwowe zgrubiałe; tkanka łączna ich grubowłóknista; pochewki Schwann'a jak by napęczniałe, przyczem liczba jąder powiększona. Zmiany powyższe występują jawniej w gałązkach ner-

wów cienkich. Niekiedy pomiędzy włóknami widzieć można było znaczną ilość tkanki łącznej, a ilość włókien nerwowych zmniejszoną.

Zakończenia nerwów i ciała Meissner'a ulegały zmianom wcześniej, aniżeli cienkie gałązki nerwowe. Podobnego rodzaju zmianom uległy zakończenia nerwowe, znajdujące się na powierzchni wspomnianych ciała. Najpierw występowało napełnienie blaszek i endotelium; następnie dopiero rozwijał się zanik samego zakończenia nerwu. Napełniałe blaszki ciała rozszczepione były na oddzielne włókienka i w części uległy zanikowi, a całe ciało zamienione na małą jamę, napełnioną komórkami, składającymi się z białych ciałek krwi i resztek blaszek, uległych zanikowi. Uległe zanikowi ciała przyjmowały wygląd szczelin nieprawidłowych.

Przestrzenie jamiste prącia były to rozszerzone, to spadnięte; niekiedy przepelnione ciałkami krwi, to znów zawierały ich bardzo mało. Ściany przestrzeni jamistych, w większości przypadków, były cieńsze, posiadały mało gładkich włókien mięśniowych i obficie rozwiniętą grubo-włóknistą tkankę łączną.

Tunica albuginea we wszystkich przypadkach, zawierała skąpa ilość naczyń i komórek, była twardsza i cieńsza aniżeli w stanie normalnym, miejscami szklisto zwyrodniona. Włókna sprężyste po większej części były zgrubiałe, krótkie i niekiedy rozszczepiające się.

Ze względu na to, że nerwy, zakończenia nerwowe i ciała Meissner'a znajdują się w wielkiej ilości w łechtaczkach kobiecych, gdzie są łatwe do odszukania, autor badał ich zmiany w trzech przypadkach; do przyrządzania skrawków mikroskopowych brał łechtaczki kobiet zmarłych w wieku podeszłym. Okazało się jednak, że zmiany w nich powstałe były o wiele słabiej wyrażone, aniżeli w prąciach mężczyzn tego samego wieku.

Opisane zmiany w prąciach, a przedewszystkiem w ich naczyniach, nerwach i nerwowych zakończeniach, już same przez się, pomimo wpływu ośrodków nerwowych, znajdujących się tak w rdzeniu kręgowym jak i mózgu, mogą być przyczyną osłabienia, a nawet zupełnej utraty zdolności płciowej w wieku starszym.

*Wojciechowski.*

259. Prof. Jadassohn. **O odporności i zakażeniu od zewnątrz przy przewlekłej rzeżączce.** (Arch. f. Derm. u. Syph. B. 43., 1 Th. 1898).

Autor w pracy swej dochodzi do następujących wniosków:

1) Błona śluzowa, dotknięta przewlekłą rzeżączką, może reagować przez zaostrenie zapalenia i na powiększenie ilości własnych gonokoków i na zaszczepienie obcych.

2) Błona śluzowa, nie reagując przez zaostrenie zapalenia na własne gonokoki, może reagować na obce lub też na te, które, pochodząc od niej, zostały zaszczepione innemu organizmowi.

3) Może ona nie reagować ani na własne, ani na obce gonokoki; jest wówczas odporną na ostrą rzeżączkę.

Bumm utrzymuje, że w przewlekłej rzeżączce, te komórki nabłonkowe, które wróciły do kształtu normalnego odporne są na gonokoki. Wobec tych badań można przypuszczać, że rzeczywista odporność w tem cierpieniu jest możliwa.

*H. Uliński.*

260. Prof. Finger. Dane kazuistyczne, świadczące o znaczeniu nieżyty rzeżączkowego gruczolu krokowego. (Arch. f. Derm. u. Syph. B 43., 1 Th. 1898).

Gruczoł krokowy przyjmuje udział w procesie rzeżączkowym w postaci: 1) ostrego zapalenia ropnego, 2) p. n. prostatitis acuta follicularis i 3) nieżyty gruczolu ostrego lub przewlekłego (prostatitis glandularis acuta et chronica); ten ostatni obraz przedstawia się albo li-tylko jako nieżyt, lub też jest połączony z cierpieniem tkanki okołogruczolowej. Rozpoznać nieżyt gruczolu można tylko na moey badania drobnowidzowego wydzieliny, otrzymanej po wyciśnięciu gruczolu. Normalna wielkość i konsystencya gruczolu przy badaniu palcem przez prostnicę nie wyklucza obecności tego cierpienia. Po zupełnem uspokojeniu się procesu rzeżączkowego nieżyt gruczolu może być jedyną pozostałością rzeżączki i trwać latami całemi w stanie ukrytym przy moczu przezroczystym, a nawet bez nitek; mimo to cierpienie to zawsze daje powód do ciężkich zaburzeń organów moczopłciowych. Po naciśnięciu gruczolu widzimy w moczu liczne nitki w postaci przecinków i kłaczki, w których mikroskop wykazuje nabłonki gruczolu, ciała ropne, a niekiedy i gonokoki. Recydywy przy istnieniu nieżyty gruczolu występują w postaci zapalenia tylnej cewki, które może przejść i na pęcherz. Cierpienie to gruczolu może również dawać powód do często recydujących zapaleń przyjądrza, przekonują nas o tem 3 przytoczone przez autora przypadki.

Że może ono być przyczyną haemospermii, świadczy o tem jeden przypadek z praktyki autora. Takiemu, co przechodził zapalenie tylnej cewki, dozwoić można na związek małżeński wówczas tylko, gdy w wydzielinie gruczolu niema ani ropnych ciałek ani gonokoków. Co się tyczy leczenia, to obok sond możliwie grubych i stosowania psychroforu na pierwszym planie postawić należy masaż gruczolu, połączony z instylacyami tylnej cewki azotanem srebra lub siarczanem miedzi, dokonywanemi zaraz po masażu. Do masażu autor używa wyłącznie przyrządu, podanego przez Feleki'ego.

*H. Uliński.*

261. Dr. Behaegel. O przemywaniach w rzeżączce. (Monatsch. f. Prakt. Derm. B. 26. № 8. 1898).

Janet, ażeby zapobiedz występowaniu ubocznych działań skutkiem wysokiego ciśnienia przy stosowaniu jego metody, radzi regu-

lować to ciśnienie za pomocą ściskania palcami rury gumowej. Pomimo to jednak, potrzeba wielkiej wprawy, by przy możliwie najmniejszym ciśnieniu dać możność plynowi dojść do pęcherza. Autor poleca do przemywań zwyczajną szprycę 125 gramową, za pomocą której niedoświadczony nawet może łatwo regulować ciśnienie i stosować się do najmniejszej zmiany w oporze mięśnia zwieracza. W celu przemycia części przedniej przyeiska on do otworu cewki kankę szpryki, mającą postać oliwki, i wpuszcza płyn, posuwając tłok z umiarkowaną siłą. Następnie, po szczelnem zamknięciu kanką otworu cewki, wpuszcza płyn do pęcherza. Autor otrzymał zadawalniające rezultaty od powyższych przemywań, dokonywanych w rozmaitych przypadkach, a mianowicie — przy leczeniu poronnem. Przy znacznym stanie zapalnym cewki przemywania dokonywane były z dobrym rezultatem za pomocą miękiego kateteru.

H. Uliński.

#### IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

262. Dr. Bender, wspominając o nowych środkach leczniczych i metodach, zalecanych przeciw rzeżączce (alumnal, nadmanganian potasu według metody Janet'a, argentamina, argonina, protargol), odzywa się z największem uznaniem o **argoninie**, a w szczególności o **protargolu**. Ten ostatni środek stosował on w 60 przypadkach rzeżączki, trwającej od 1 tygodnia do 6-ciu miesięcy i umiejscowianej w przedniej części; stosował się przytem do wskazówek Neissera, wyluszczo-nych w jego artykule o leczeniu protargolem. Wyleczenie autor otrzymał we wszystkich przypadkach; następowało ono najdalej po wyżyciu przez chorego 3-ch flaszek 200 gramowych tego środka.

(Arch. f. Derm. u. Syph. B. 43, 1 Theil).

H. U.

263. **Protargol**. Według badań Kaufmana i J. Blocha, wykonanych w instytucie higienicznym uniwersytetu Berlińskiego, protargol posiada słabe działanie odkażające, a *gonokoków wcale nie zabija*. Autorzy krytykują surowo przeciwnie w tym względne zdanie Benario.

(Ther. Beil. d. D. med. W. № 4).

J. S.

264. Dr. Kamen opisuje przypadek nieskomplikowanej **promienicy skóry** u 23-letniego woźnicy, umiejscowionej w górnej części prawego uda i na krzyżu. Cierpienie to objawiła się w postaci owrzodzeń z wątlą ziarniną i o brzegach nacieczonych. Po wyskrobaniu dawano choremu jodek potasu w umiarkowanych dawkach. Owrzodzenia mniejsze pod wpływem tej kuracyi zablizniły się, większe zaś nie miały skłonności do gojenia się. Po rozpoznaniu promienicy przez zbadanie drobnowidzowe ropy, dawano w dużych dawkach jodek potasu, skutkiem czego wystąpił prędko dodatni efekt leczniczy. Według statystyki podanej przez Illich'a, na 421 przypadków promienicy na skórę przypada — 11. Większość autorów przychyliła się do

wewnętrznego leczenia promienicy, a mianowicie dużemi dawkami jodku potasu.

(Wien. Medic. Wochenschr. № 18. 1898. *H. U.*)

265. Dr. Schiff podaje **przyrząd zatykający otwór cewki** w celu zatrzymania w tejże płynu po dokonanej iniekcji. Aparat taki pożądanym jest od czasu, gdy Neisser polecił w rzeźączce zatrzymywać rozczyń protargolu w cewce pół godziny. Przyrząd składa się: a) z pęcherzyka gumowego, otaczającego kankę kauczukową; b) zasłony przymocowanej do tej ostatniej; c) balonika, którego rurka gumowa, łączy się z pęcherzykiem; d) ściskadła tejże rurki gumowej i e) drugiej rurki gumowej, połączonej z tylnym końcem kanki kauczukowej. Po włożeniu do cewki kanki aż do miejsca przytwierdzenia pęcherzyka, przymocowujemy aparat do członka taśmą, przetrzoną przez zasłonę. Następnie nadymamy pęcherzyk zapomocą balonika powietrzem, którego odwrót uniemożliwia ściskadło rurki balonika. Do drugiej rurki gumowej przykładamy szpryczkę i dokonywamy iniekcję. Po przetrzymaniu dostatecznym płynu w cewce, usuwamy powietrze z pęcherzyka i zdejmujemy aparat.

(Klin. Ther. f. Wochenschr. № 14. 1898. *H. U.*)

266. **Skaryfikacje w psoriasis i eczema** stosował Jacquet systematycznie z bardzo dobrym rezultatem. W 2 przypadkach psoriasis nie bardzo obszernej, wyleczenie bez śladów pigmentacji i blizn. W 11 przypadkach wyprysku, w których wszelkie inne środki zawiodły. J. po przyłożeniu kataplazmu z mąki kartoflanej na pewien czas — wykonywał równoległe cięcia i pozwalał im krwawić — obmywał następnie ciepłą wodą, przykładał na nowo kataplazm przez 3—4 dni — powtarzając procedurę do zupełnego wyleczenia od 6—12 razy.

(Société de Therapeutique 23/II 1898. *J. S.*)

267. Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii Lekarskiej w Paryżu, Dr. M. Mossé opisywał ciekawy przypadek wola u trzymiesięcznego dziecka, wyleczony podawaniem Thyroidyny matce-karmicielce, która również cierpieniem tem była dotknięta.

(La France Méd.) *H. K.*

268. **Nowy odczynnik na białko.** E. Riegler (Pharm. Centralhalle 1897 № 24) znalazł że, acidum B naphtholinsulfonicum strąca rozmaite rodzaje białka z roztworu. Kwas B naftalinosiarczany (C<sub>10</sub> H<sub>7</sub> SO<sub>3</sub> H) przedstawia się pod postacią białych, połyskujących łusek, z czerwonym nieco odcieniem, w wodzie i wysokoku rozpuszcza się łatwo, natomiast trudno w eterze.

Jest to nadzwyczaj czuły odczynnik, wykrywa on 1:40,000 białka. Odczyn ten wykonywa się najlepiej w ten sposób, że się do 5—6 ccm. badanego płynu (mocz) dodaje 20—30 kropel 5% roztworu odczynnika, wobec białka następuje nadzwyczaj szybko zmętnienie płynu.

*H. K.*

269. **Gymnema sylvestre.** V. Oefele (Neuenahr) stosuje liście tej rośliny w stanie naturalnym albo w postaci tabletek (firma Roll — w Edenboken) jako środek do żucia w ustach we wszelkiego rodzaju nieprzyjemnych zaburzeniach smaku, przy gorzkich, słodkich

etc. parageusia, albo tam, gdzie chorzy podają, że czują smak tylko potraw „pikantnych“. Parageusiae podobne występują często przy Diabetes, Cholelithiasis, otruciach, przy nadużywaniu narkotyków, hysteryi, chlorozie, przy odrzucie mleka. Sposób podania: naczeczko i na półgodziny przed każdym jedzeniem.

(Klinische therap. Woch. 4—5).

J. S.

270. Gallois i Bonnel stosowali ze skutkiem wodę tlenową (10%) zamiast wziewań tlenu przeciwko wymiotom ciężarnych. Rezultat po 2—3 dniach. Woda z tlenem podaje się w stosunku łyżki stołowej na litr wody z winem.

(Société de Therapeutique 9/III 1898).

J. S.

271. Arsenik, stosowany przez kiskkę prostą, poleca gorąco Renaut (Lyon) w dawkach 0,01 Acidi arsenicosi w ciągu doby, podzielonych na 3 razy: R. stosował w ten sposób As. w początkowej tuberculozie płuc w ciągu roku bez najmniejszych wpływów pobocznych i w Diabetes mellitus w przeciągu 5—6 tygodni z 14-dniową następną pauzą.

*Ibidem.*

272. Przepis podawania chininy przyjemny w smaku:

*Rp.* Chinini sulf. 4,0

Acidi citrici 10,0

Syr. simp. syr. cort. aur. aa 1,0

Aq. dest. ad 20,0

10 kropli mixtury dolewa się do kieliszka z roztworem wodnym na bicarbonici (0,3) — i wypija w czasie burzenia. Boston medical and surgical Journal.

J. S.

273. J. W. Teichmüller badając komórki eosinofilowe w płwocinie suchotników, dochodzi do następujących praktycznych wniosków:

Częste znajdowanie komórek eosinofilowych świadczy o wysiłkach organizmu w celu walki z zakażeniem, na miesiące całe przed pojawieniem się bacillusów Kocha. Kiedy ostatnie ukazują się, liczba komórek eosinofilowych bywa znacznie zmniejszona albo znika zupełnie. Następce nowe zwiększenie się komórek świadczy o poprawie w przebiegu choroby. Według T., badanie komórek eosinofilowych w płwocinie tuberkulików daje miarę dla osądzenia czasowej odporności organizmu, a tem samem wskazówki dla prognozy i leczenia.

(Centralblatt für innere Medicin № 13. 1898).

*Sd.*

*Mendelsohn* (Berlin).

274. Leczenie farmaceutyczne cierpień górnych dróg moczowych.

Z wewnętrznych środków, stosowanych przy cierpieniach górnych dróg moczowych, te tylko mogą być skuteczne, które wydzielają się przez nerki niezmienione lub w odpowiednim kierunku w organizmie przeistoczone i w strumieniu moczowym działają miejscowo. W tym względzie wody mineralne lepsze są od lekarstw, gdyż wywierają działanie długotrwałe, równomierne i mechaniczne w znaczeniu wypłukiwania dróg moczowych.

Zdawałoby się, że z lekarstw najskuteczniejszym powinny być adstringentia z taniną na czele. Przechodzą one jednak przez moczowody w stanie zbyt rozcieńczonym, i nie mogą być podawane zbyt długo z powodu wpływów pobocznych. Lepiej działają, jako przeciwnieżyttowe środki — balsamica, szczególniej olejek drzewa sandałowego. Działanie jego szybkie, prawie specyficzne, nie zalicza się do przeciwpasorzytowych, lecz polega na uodpornieniu komórek i tkanek. Balsam peruwiański i kopaivy są w działaniu słabsze, — olejek terpentynowy długo stosowany być nie może.

W cierpieniach infekcyjnych, gdzie mianowicie następuje rozkład samego moczu w skutek usadowienia się w drogach moczowych bakteryi, rozkładających mocznik — podawane bywają salol i urotropina — urotropina działa skuteczniej. Po kilkakrotnych małych dawkach mocz oczyszcza się i odczyn staje się prawidłowym. Działanie urotropiny czasami zawodzi — nie mniej przeto winna być stosowana zawsze w chronicznych katarach górnych dróg moczowych. Do grupy cierpień nieinfekcyjnych jako najczęstsze zaliczają się: hydronephrosis i lithiasis renalis.

Jeżeli w wodonerczu wykazaną bywa przyczyna czysto mechaniczna — można przypisywać pewne działanie lecznicze zwiększonej dyurezie. Środki moczopędne są w tych razach mało skuteczne, gdyż nerki i serce zwykle działają dostatecznie. W kamicy, gdzie przeszkoda powstaje w samych drogach moczowych — trudno wyrzec się dążeń, mających na celu rozpuszczenie złogów.

Odpowiednie jednakże środki, rozpuszczające kwas moczowy, tracą w moczu swe działanie. Celem ich stosowania może być wyłącznie zwiększenie dyurezy. Mendelsohn na mocy eksperymentalnych doświadczeń zachwala sole litynowe, szczególniej w połączeniach organicznych (*Li. citricum.*), które okazują się skuteczniejszymi jako diuretica, niż jako solventia. Obok należy podawać alkalia (*Magnesia borocitrica*) pod ścisłą kontrolą, aby odczyn moczu nie stał się alkalicznym, ponieważ tracące się wtedy fosforany ziem mogą powodować nowe złogi.

Wyszczególnione środki wewnętrzne nie zastąpią leczenia przyczynowego. Zbyt one jednak stawiane są obecnie w cieniu i dlatego autor ponownie zwraca na nie uwagę.

*Posner* zaznacza, że dla utropiny brak dotąd ścisłych wskazań; w *Cystitis gonorrhoeica* nie działa. Najskuteczniejszą jest tam, gdzie infekcyę powoduje *bacterium coli*. Mocz po zastosowaniu urotropiny klaruje się szybko, lecz nie na długo, w cierpieniach gruźliczych nie klaruje się wcale, co może służyć za wskazówkę rozpoznawczą. Dłuższe użycie powoduje zaburzenia żołądkowe.

*Michaelis* w ostrawych i chronicznych katarach pęcherzowych stosuje *acidum camphoricum* 3 razy dziennie po 1 grm.

Działanie szybkie bez ubocznych wpływów.

(Protokoły Zjazdu Lekarzy w Brunświku).

J. S.



## V. SPRAWOZDANIE

## z posiedzeń Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie dnia 3-go maja.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Krauze* przedstawił 18-dniowe dziecko z guzem czaszki w okolicy potylicowej (encephalocela); guz wielkości główki dziecka, chęłboczący, pokryty jest zdrową skórą, czaszka jest nierozwinięta. Dziecko urodziło się w stanie pozornej śmierci i zaczęło krzyczeć dopiero po 3 kwadransach.

2) *Stankiewicz* przedstawił: a) dziecko z nogą szpotawą trzeciego stopnia; b) preparat stawu grzłżliczo zmienionego.

Na porządku dziennym *Sędziak* przytoczył przypadek tętniaka aorty, rozpoznanego na zasadzie porażenia nerwu zwrotnego lewego (recurrens vagi). Ponieważ nie było żadnych innych objawów tętniaka, przeto S. uciekł się do prześwietlenia chorego promieniami Roentgen'a i zabieg ten w zupełności potwierdził rozpoznanie: znaleziono guz tętniacyjny na miejscu aorty. Chory otrzymał dwie dawki jodku potasu i porażona struna była elektryzowana. Po paru miesiącach wystąpiła duża poprawa, chrypka znikła i struna zamiast porażenia trupiego, przedstawiała tylko obraz porażenia mięśnia tylnego. Przy ponownem prześwietlaniu stwierdzono znaczne zmniejszenie guza tętniaczego.

W dyskusyi *Wróblewski* zaznacza, że chociaż w większości przypadków porażenie n. recurrentis sin. zależy od ucisku przez tętniak, należy pamiętać, że takiż ucisk mogą wyrzucić gruczolny chłonne powiększone przy syfilisie, lub nowotwór śródpiersia. Wątpliwem jest, czy przyświetlanie pozwoli odróżnić te rozmaite stany chorobowe.

*Trzciniński* wątpi, czy cień na fotografii pochodził od tętniaka; mógł on zależeć od miażdżycy aorty wskutek złogów w niej soli wapiennych.

*Sędziak* odpowiada, że guzy śródpiersia wywołują omawiane objawy o wiele rzadziej, niż tętniaki. Cień tętniaka można odróżnić od cienia nowotworu, bo ma zarysy prawidłowe. W danym przypadku chodzi o tętniaka, a nie o łuk aorty, ponieważ cień jest zbyt duży, a ciemne punkty na nim odpowiadają skrzepom.

Prof. *Baranowski* wątpi o dokładności rozpoznania tętniaka przez S. Porażenie nerwu zwrotnego jest uważane od dawna za jeden z objawów tętniaka aorty, chociaż nie wyłącza się tu i innych guzów. Najbardziej przeczy rozpoznaniu wyzdrowienie chorego; bo chociaż żyć można długo z tętniakiem aorty, jednak zupełnego uleczenia nikt dotąd nie spostrzegł.

*Sędziak* odpowiada, że chodziło mu tylko o zaznaczenie ważności badania siłami prześwietlania w wątpliwych przypadkach tętniaka.

Poprawa w krtani i zmniejszenie tętniaka nie przemawiają przeciw rozpoznaniu tętniaka, bo poprawy takie zdarzają się: Schmidt podaje 5 takich przypadków.

Posiedzenie dnia 17-go maja.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Sędziak* przedstawił chorego, który doznawał od  $\frac{1}{2}$  roku bólów przy łykaniu, chrypki i kaszlu. Przed 3-ma miesiącami S. znalazł w okolicy chrząstki nalewkowej lewej nacieczenie, rozszerzające się na większą część więzu nagłośnio-nalewkowego. Po leczeniu miejscowym nastąpiła poprawa. W ostatnich czasach wystąpiło utrudnienie przechodzenia pokarmów stałych w okolicy wyrostka mieczykowatego. Badanie zgłębnikiem miękkim dawało objaw zwężenia przełyku na wysokości 42 ctm., zgłębnik z gałką przechodził swobodnie. S. przypuszcza, że sprawa (nacieczenie) w krtani i prawdopodobne zwężenie przełyku są jednakiej natury; wyłączwszy gruźlicę i przymiot, skłania się do rozpoznania raka, chociaż poprawa w stanie chorego czyni i to przypuszczenie wątpliwem.

2) *Bregman* przedstawił niemowlę 4-miesięczne z niedorozwiniętą kończyną górną prawą, której pojedyncze członki poszczególne są znacznie drobniejsze od odpowiednich lewych. Za przyczynę niedorozwoju B. uważa prawdopodobne zrosty pomiędzy owodnią i płodem, po których pozostało zagłębienie nad processus styloideus ubrae.

3) *Eliasberg* przedstawił dziewczynkę 11-letnią, dotkniętą cierpieniem skóry, zwanem acanthosis nigricans. Skóra jest szarobrunatna, chropowata, z licznymi bruzdami i licznymi brodawkami; paznogie są suche i łamliwe. Najwydatniejsze są te zmiany na szyi, pod pachami, w pachwinach i koło sromu. Cierpienie polega na przeroście warstwy brodawkowej sieci Malpighi'ego. Wielu autorów znajdowało przy tem cierpieniu guzy rakowe w żołądku, kiszkaach lub wątrobie. Zabarwienie skóry jest w tem cierpieniu szaro-brunatne. Przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę z powodu młodego wieku chorej.

4) *Neugebauer* przedstawił włókniak, wycięty z jamy brzusznej 29-letniej kobiety. Guz ten, istniejący od paru lat, zaczął powiększać się podczas ostatniej ciąży, wyrastał, prawdopodobnie, z powięzi brzusznych i nie był w żadnym związku z narządami płciowemi.

5) *Puławski* przedstawił zdjęcie Roentgeno-fotograficzne klatki piersiowej chorej, okazanej na poprzednim posiedzeniu z guzem śródpiersia. Przy zdjęciu pokazało się, że wymiary guza są większe, niżli te, jakie określało opukiwanie; na to samo zjawisko zwracał poprzednio uwagę Leo z Bonn.

Na porządku dziennym *Luxenburg* mówił o praktycznem znaczeniu badania krwi u chorych nerwicowych. Często zjawiskiem u chorych nerwicowych jest błąd ich wygląd; z tej racji uważa się często takich chorych za niedokrwestych i zaleca się im leki krwiotwórcze. Na 40 badanych chorych, L. stwierdził wygląd błąd w 18

przypadkach; badanie krwi nie wykazało jednak rozwodnienia jej. Zalecanie żelaza takim chorym jest wprost szkodliwe. Natomiast u chorych nerwicowych o świeżym wyglądzie znaleziono w 2 przypadkach rozwodnienie krwi dość znaczne. Badanie krwi u chorych nerwicowych jest bardzo ważne; sposób badania jest prosty: polega on na zważeniu kilku decygramów krwi na szkiełku pokrywkiem po wypuszczeniu jej z palca i po upływie doby po wysuszeniu krwi.

*Biernacki* podnosi ważność badań L. Bładość neurasteników zależy albo od zwężenia naczyń skórnych wskutek wrażliwości ogólnej, lub wrodzonego niedorozwoju naczyń, albo od jasności samej krwi.

*Winiarski* pyta, co L. uważa za normę liczby czerwonych ciałek, oraz zwraca uwagę, że należało zestawić oddzielnie krew mężczyzn z krwią kobiet, bo u pierwszych normalnie więcej jest o  $1\frac{1}{2}$  miliona czer. ciałek i o 10% barwnika. Badanie kolorymetryczne hemoglobiny przy pewnych poprawkach daje wyniki zadawalniające.

*Luxenburg* odpowiada, że za normę uważa 5 milionów krążków w 1 m.<sup>3</sup>. Wagowy sposób, jako bardziej przedmiotowy, daje ściślejsze wyniki, niż kolorymetryczny; potrzeba na to niewiele krwi 0,5 — 1 ctm.<sup>3</sup>.

Prof. *Baranowski* wyprowadza z odczytu wnioszek: że rozpoznanie anemii i leczenie może się opierać tylko na dokładnem badaniu krwi, oraz że nie należy zmian nerwicowych uważać za wynik zmian we krwi. W odczycie mamy nowe poparcie w walce z humoralizmem, który coraz wyraźniej powraca do nauki.

*Wolberg* pyta, czy objaw anemii u chorych był stały, czy przemijający; w ostatnim razie mógłby być pochodzenia psychicznego i nie miałby istotnej wartości.

*Luxenburg* nie wykonał w tym względzie bardziej szczegółowych badań.

#### Posiedzenie d. 24-go maja.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Stankiewicz* przedstawił 61-letniego mężczyznę, u którego wykonał przed 9-ma miesiącami odjęcie połowy języka z powodu raka tegoż narządu, oraz wyluszczył gruczoły chłonne i ślinianki, będące w stanie ropienia. Pomimo powikłań przez ropienie w śródpiersiu, dokąd opuszcza się ropa po powięziach głębokich szyi, chory przyszedł do zdrowia.

2) *Dydyński* przedstawił 25-letniego mężczyznę, który pięć lat po zarażeniu się przymiotem, którego nie leczył porządnie, zauważył osłabienie w palcach prawej ręki, która zaczęła chudnąć; parę tygodni potem cięższe objawy wystąpiły na kończynach dolnych i na drugiej kończynie górnej. Obecnie są mocno zanikłe mięśnie kończyn górnych tułowia, mniej — kończyn dolnych. Napięcie mięśni jest nader słabe; od czasu do czasu występują drgania włókienkowe. Odruchy ścięgien są bardzo żywe. D. przypuszcza, że u chorego cierpi nie tylko piewszy neuron ruchowy, lecz i pęczki rdzenia. Jest to nie-

typowy przypadek sclerosis lateralis amyotrophica, gdzie sprawa umiejscowiła się głównie w przednich rogach rdzenia i wywołała zanik mięśni, mniej zaś zajęte pęczki boczne, dzięki czemu niema objawów spastycznych i napięcia mięśni.

3) *Leśniowski* przedstawił chorą, która była leczona bezskutecznie na gruźlicę stawu skokowego. Dopiero wypłowanie stawu sposobem Hüter-Bardenheuera dało wyniki bardzo dobre.

Na porządku dziennym *Mikołaj Brunner* mówił o Röntgenografii. Maks Levy ulepszył lampkę, w której zamiast topliwego szkła użył jako anod nietopliwej platyny. Prócz tego w lampce znajdują się dwa lusterka glinowe i jedno platynowe (antykatod). Siemens i Halske ulepszyli tę lampkę; dzięki czemu można prześwietlić przedmiot nawet w odległości 5 metrów. Najlepszymi obecnie są lampki Levy'ego i Berlinera. Dalej B. przedstawił teorię działania cewki Rumkorffa jako transformatora, znaczenie kondensatora, samoindukcji; okazał przerywacze prądu sprężynowe i ręczne, między innymi i własnego pomysłu; opisał akumulatory z ich słabymi stronami; podał praktyczne określanie niektórych jednostek miarowych: volt, om i amper; objaśnił czynniki, które spowodowały skrócenie czasu potrzebnego na ekspozycję; zmniejszenie powierzchni promieniejącej w lampce, oddalenie przedmiotu od lampki, zbliżenie go do płyty, opisał działanie t. zw. nakładek wzmacniających. Po opisanie kasetki swego pomysłu do płytek fotograficznych B. podał szczegółowe postępowanie przy zdejmowaniu obrazów, opisał klisze szklane i celuidynowe. Używanie diafragmy jest zbyt ciężkie. B. podaje sposób określania głębokości położenia ciała obcego w ciele na zasadzie jednego zdjęcia, oceniając stosunek wielkości ciała obcego, np. kuli do wielkości jej zdjęcia.

Nakoniec mówca przedstawił szereg zdjęć z rozmaitych przypadków chorobowych.

#### Posiedzenie d. 31-go maja.

Przed porządkiem dziennym *Oderfeld* przedstawił preparat jelita węgłobnego (vinvaginatio ileo—iliaca).

Na porządku dziennym: 1) *Polak* mówił o zjeździe międzynarodowym w Madrycie i wyliczył, główne sprawy, poruszane na nią.

2) *Krajewski* mówił o przymiotowej zgorzeli kości czaszki z powodu przypadku, który przedstawiał w lutym w Tow. Lek. Chora jego miała zniszczone kości ciemieniowe i czołowe przez sprawę przymiotową i przeszła z tego powodu szereg operacji, przy których usunięto kości czaszki 23 ctm. w wymiarze strzałkowym i 19 ctm. w wymiarze poprzecznym.

Cierpienie kości czaszki, uważane za przymiotowe przebiegają pod dwoma postaciami: 1) jako mięczaki kości, które giną przy leczeniu swoistem, lub też rozpadają się i w miejscu tem wydziela się martwak kości; 2) jako obszerna zgorzel kości czaszki: na skórze

występuje ciemna plama, a pod nią kość martwieje. Tej drugiej postaci *K.* odmawia własności przymiotowych, lecz uważa ją za zapalenie przewlekłe szpiku kości płaskich, powstałe wskutek spraw zapalnych swoistych lub nieswoistych w sąsiedztwie np. w nosie, uchu i t. d. Mięczak czaszki ropiejący może dać także początek zapaleniu ropnemu kości czaszki, lecz zapalenie to niema własności przymiotowych i swoiste leczenie nie przynosi tu żadnego pożytku. Blaszka wewnętrzna ulega stopniowemu zniszczeniu, przeto im dłużej trwa w diploe sprawa zapalna, tem większe jest prawdopodobieństwo, iż po usunięciu martwaka znajdziemy opone twardą obnażoną. Nie należy przeto czekać na oddzielenie się martwaka, lecz jak najwcześniej usunąć całą chorą część kości, lub porobić w niewielkich odstępach otwory za pomocą trepanu Doyena na całym obwodzie zmartwiałej kości, dopóki z otworów, drażących do diploe, nie będzie sączyła się obficie krew. Tylko w ten sposób można ograniczyć do minimum obszar zgorzeli.

W dyskusyi *Kozerski* pyta: 1) na jakiej zasadzie *K.* uważa każdą rozpadową sprawę w diploe za wtórną? W *lues gummosa serpiginosa*, gdzie na około blizny po mięczaku tworzą się nowe mięczaki i nowe blizny obraz choroby może być zupełnie podobny do podanego przez *K.* 2) czy jest możebne ropienie w diploe bez gorączki?

*Krajewski* odpowiada, że rozpadający się mięczak nieleczoney może spowodzić zapalenie diploe. Zapalenie to może przebiegać bez gorączki.

*Sawicki* przychyła się do zdania *Krajewskiego* i jako analogię przytacza zapalenie w okolicy wyrostka zębodołowego szczęki górnej, nawet u ludzi niedotkniętych przymiotem.

#### Posiedzenie d. 7-go czerwca.

Przed porządkiem dziennym: *Gaszyński* przedstawił chorą po dokonanej symfizeotomii.

Na porządku dziennym: *Gepner* (syn) mówił o zapaleniu ropnem łącznicy noworodków. W ciągu 4 lat w ambulatoryum szpitala oftalmicznego *G.* spostrzegł ogółem 222 przypadki tego cierpienia. W porównaniu z innymi statystykami odsetka tego cierpienia jest u nas znaczniejsza, niż gdzieindziej. Przyczyną tego jest: 1) nieświadomość matek co do niebezpieczeństwa, grożącego dzieciom w czasie porodu; 2) niestosowanie środków ochronnych i 3) opóźnione leczenie. Sposób *Crédé*'go (1 kropla 2% Arg. nitr. do oka) jest bardzo dobry w zakładach dla położnic. *G.* stawia wniosek, żeby Tow. Lek. podjęło się wydania zrozumiałe napisanych rad dla matek o zapobieganiu i leczeniu chorób oczu noworodków, oraz by Tow. Lek. zwróciło się do władzy z żądaniem wywarcia przymusu na akuszerki, by w każdym przypadku zapalenia ropnego łącznicy żądały wezwania okulisty pod groźbą kary.

*Cetnarowicz* podziela wnioski *Gepnera*, nie zgadza się jednak na sposób *Crédégo*, ponieważ azotan srebra powodowuje powstanie strupa i powikłania ze strony rogówki. C. jest za protargolem w 15—10—5% stężenia, który jednak sprowadza stwardnienie łącznicy.

*Markiewicz* dzieląc wnioski, proponuje przekazanie ich Tow. Higienicznemu.

*Gepner* odpowiada, że za azotanem srebra przemawia kilkunastoletnie doświadczenie, protargol zaś jest środkiem niedość jeszcze wypróbowanym.

*W. Miklaszewski.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go lipca 1898 r.*

—h.— Przykrą i smutną wiadomością musimy się dziś podzielić z naszymi czytelnikami: VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, tak świetnie zapowiadający się pod względem liczby prac zadeklarowanych, — nie odbędzie się z powodu zakazu uczestnictwa lekarzy z po za granic Prus, wydanego przez odnośne władze pruskie. Rozporządzenie to według komunikatu komitetu gospodarczego VIII zjazdu — brzmi jak następuje:

„Niniejszem zawiadamiam, iż z ogólnych względów policyjnych, uczestniczenie cudzoziemców w zapowiedzianym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, jest niedopuszczalne, że przeto musiałbym wydalić z kraju, przy zastosowaniu przymusu policyjnego, wszystkich cudzoziemców, którzyby się na zjeździe znaleźli. Dalsze zarządzenia pozostawiam niniejszem uznaniu komitetu“.

(podp.) *v. Hellmann.*

Wobec powyższego komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiadamia wszystkich interesowanych, że zjazd,znaczony na dzień 1, 2, 3 i 4-ty sierpnia r. b., odbyć się nie może.

—j.z.— W końcu zeszłego miesiąca zeszły się 4 jubileusze: prof. W. Brodowski obchodził 50-ciolecie praktyki lekarskiej, prof. J. Kosiński, A. Heinrich i B. Gepner 40-lecie. Jubileusze nawet 25-letniej działalności artystów, aktorów etc., obchodzi się szumnie, całe miasto, często kraj cały, przyjmują udział w obchodzie, jubileusze uczonych i lekarzy odbywają się skromnie, częstokroć nikt o uroczystości nie wie, a udział zawsze jest ograniczony. Tym razem obchód skończył się na zanotowaniu jubileuszu w pismach, sylwetce krótkiej jubilatów, grupie fotograficznej, ofiarowanej prof. J. Kosińskiemu przez asystentów i adresie od Tow. doraźnej pomocy lekarskiej. Po za tem nie, a jednak praca jubilatów była owocna, a jednak całym swem życiem zasłużyli chyba na większą ze strony choćby tysięcy swych pacjentów wdzięczność. Ale społeczeństwo nasze

widocznie nie dojrzało jeszcze do oceny prawidłowej zasług, dla niego 25-letni jubileusz artysty dobrze płatnego, zbierającego laury codzienne, jest rzeczą ważniejszą, niż prawie półwiekowa praca ludzi, którzy na scenie życia reprezentują żywotniejsze chyba zagadnienia, niż aktor w dramacie.

Tych kilka uwag nastęrczyło się nam przy zestawieniu jubileuszów 4 lekarzy z niedawnym jubileuszem aktora.

—h. — Odbyły się dwa posiedzenia w sprawie przyszłej kasy zaliczkowo-wkładowej dla lekarzy. Na pierwszym omawiano projekt ustawy z ogólnego punktu widzenia, przychem okazało się, że gdy część zebranych żądała instytucji czysto finansowej bez wszelkiego odcienia filantropii, inni pragnęli zachować w części drobnej tę cechę — mianowicie w postaci zasiłków jednorazowych, mogących być przyznawanymi członkom kasy, którzy znaleźli się w położeniu krytycznym.

Kasa, według proponowanego projektu, oczywiście nie może być instytucją finansową dla ułatwienia obrotów dużemi kapitałami i nie jest to bynajmniej jej celem. Ma to być kasa oszczędnościowa, mająca tę wygodną wyższość nad już istniejącami, że dozwala na częściowe korzystanie z odłożonych sum (pożyczki). Obok tego nie mało-ważnego zadania dla drobnych kapitalistów, jakimi są lekarze, zwłaszcza poczynających, kasa ma być instytucją pedagogiczną z celem uczenia i przyzwyczajania do oszczędności i przezorności, których to cnót brak wśród lekarzy na równi z ogółem naszego społeczeństwa. Jeżeli więc nie przez wzgląd na „interes“, to z uwagi na ten charakter „kasy“, powinna ona znaleźć zainteresowanie się szersze i poparcie u tych, którym los sprzyjający pozwolił dostatnie zabezpieczyć swą przyszłość i którym dlatego kasa wydaje się zbyteczna.

Okazmy raz solidarność, o której tyle się mówi, a która nie znajduje nigdy rzeczywistnienia w życiu.

### Nadesłano do Redakeyi.

**C. Stankiewicz** (Łódź): „O leczeniu przetok pęcherzowych“.

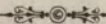
Odb. z *Gaz. Lek.*

**B. Kamiński**: „Nowy sposób zastosowania mięsienia“.

Warszawa, 1898.

**J. Luxenburg**: „Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych“.

Odb. z *Pam. Tow. Lek.*



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

Z Dziedziny ubezpieczenia od przypadków — Dr. Stanisław Domański — str. 605.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

253. Dr. Moritz Borchardt — Zamknięcie szerokich wrót przepuklinowych drogą operacji kostnowytwórczej — str. 615. 254. Dr. E. Ehrich — Przyczynek do nauki o zgorzeli trzustki — str. 617.

### II. Choroby kobiece.

255. Dr. F. Kleinhaus — O wewnątrzmacicznym stosowaniu kolpeurynter — str. 621. 256. Ludwig Pincus — Dalsze doniesienie o waporyzacji i waperokauteryzacji — str. 623.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

257. M. Kahane O cierpieniach narządu nerwowego w przebiegu rzeżączki — str. 628. 258. Szurygin — O zmianach anatomo-patologicznych grąca w wieku starszym — str. 630. 259. Prof. Jadassohn — O odporności i zakażeniu od zewnątrz przy przewlekłej rzeżączce — str. 631. 260. Prof. Finger — Dane kazuistyczne, świadczące o znaczeniu niezżytu rzeżączkowego gruczołu krokowego — str. 632. 261. Dr. Behaegel — O przemianyach przy rzeżączce — str. 632.

### IV. Wiadomości pomniejsze str. 633 — 262—274.

### V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 637.

Kronika bieżąca — str. 642.

Nadesłano do Redakcyi — str. 643.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою, Варшава 2 Июля 1898 года.



# ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM.

Kolej. Poczta. Telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września.

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

**WODA ŻEGIESTOWSKA** znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz ordynujący Dr. Edward Brühl.

## Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH i FARB

## Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

po między Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

## *Sanatorium i zakład wodoleczniczy*

## Bystra obok Bielska, Szląsk polski.

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec 2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. z. w prześlicznej, lesistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele elektryczno-świetlne, sala dla gimnastyki leczniczej czynnej, biernej, tudzież szwedzkiej, kuracje dyetetyczne i terenowe.

Z komfortem urządzone sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoір i czytelnia.

Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyj, water-closets, wodociągi i t. d.

Telefoniczne połączenie z Krakowem, Lwowem i Wiedniem.

WŁAŚCICIEL i KIEROWNIK:

*D-r. LUDWIK JEKELES,*

b. sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa we Wiedniu.

APTEKA  
JANA IWAŃSKIEGO

przy ulicy *Teardziej* № 34.

Posiada fartuchy sterylizowane dla użytku p. p. lekarzy, w domach prywatnych. Okrywają one całkowicie ubranie lekarza i zabezpieczają od przenoszenia zarazków chorobotwórczych od chorych zakażonych.

Cena fartucha rs. 2 kop. 25; wypożyczenie do domów łącznie ze sterylizacją rs. 1 tygodniowo.

# OJCÓW.

Zakład hydropatyczny „Goplana“.

Lecznica dla chorych nerwowych cały rok otwarta. Ścisły internat. Opiekunka dla chorych i pań panien. Wodolecznictwo, psychoterapia, gabinet elektryczny, kąpiele elektryczne, mechanoterapia, wody mineralne. Zajęcia fizyczne dla chorych, gimnastyka. Zakład urządzony według wszelkich wymagań higieny i wygody. Czytelnia, rozrywki, gry towarzyskie, fortepian, bilard, kręgielnia. Wille do wynajęcia częściowo lub w całości. Wycieczki w sąsiednie malownicze okolice. Powozy i bryczki na zamówienie dostarcza Administracja Ojcowa do Olkusza, stacyi kolei iwagrodąbrowskiej, odległej o 19 wiorst od Ojcowa. Poczta na miejscu, telegraf w budowie. Broszury na żądanie wysyła się gratis i franco. Chorych umysłowo i epiletyków Zakład nie przyjmuje.

Dyrektor zakładu

Dr. Stanisław Niedzielski.