

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Rozmięczenie samodzielne GAŁKI OCZNEJ.

(*Ophthalmomalacia essentialis v. phtthisis essentialis bulbi oculi*).¹⁾

Napisał

Ignacy Strzemiński (z Wilna).



Rzadkie to cierpienie odznacza się zmniejszeniem ciśnienia wewnątrzocznego, niezależnem od spraw chorobowych samego oka i powstającym w oku zupełnie rozwiniętem. Trzymając się powyższego określenia, musimy przy rozpoznawaniu wyłączyć rozmięczenie i zanik gałki wskutek urazów i operacyi, wywołujących powstawanie przetok i blizn cystowatych; odchodzące tą drogą płyny oka prowadzą rozmięczenie lecz nie samodzielne, a następcze. Również należy wyłączyć rozmięczenie oka, spostrzegane w niektórych ciężkich sprawach zapalnych gałki, w cierpieniach rogówki i oddzieleniu błony siatkowej, rozmięczenie wskutek wkraplań kokainy i używania opaski uciskającej i w końcu zmniejszenie gałki (*microphthalmus*) wrodzone i dziecięce.

Graefe ¹⁾, który pierwszy opisał to cierpienie, nazwał je zaniem samodzielny gałki (*phtthisis essentialis bulbi*); dalej Schmidt-Rimpler ²⁾ — rozmięczenie samodzielne oka (*ophthalmomalacia essen-*

¹⁾ Odczyt przygotowany na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu w sierpniu r. b.

tialis) — wreszcie Nagel ⁴⁾ i Klein ⁵⁾ — samodzielne obniżenie ciśnienia wewnątrzocznego (hypotonia essentialis).

Najważniejszym objawem choroby jest zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, wynoszące od T—1 do T—3. Jako następstwa tego objawu występują często: zmniejszenie oka, spłaszczenie gałki w okolicy mięśni prostych, spowodujące zmniejszenie refrakcji (niedomiarowość może przechodzić w miarowość, a ta ostatnia w nadmiarowość), rozszerzenie żył siatkówki (sposzrzegane w przypadku Talki⁷⁾), fałdy rogówki, wywołujące zmętnienie tej błony, wylew krwi do przedniej komórki (przyp. Swarzy).

Fałdy rogówki powstają wskutek nagłego i silnego obniżenia ciśnienia wewnątrzocznego. Przedni odcinek oka, a głównie rogówka, posuwają się ku tyłowi, najwięcej zaś zapada się środkowa część rogówki, jako najcieńsza; ponieważ zmniejszenie ciśnienia następuje nagle, rogówka niema czasu zapaść się w całości, lecz tworzy oddzielne zagłębienia t. j. fałdy, układające się równolegle i w kierunku z góry ku dołowi, gdyż rogówka usuwa się nie tylko ku tyłowi, ale także, wskutek prawa ciężkości, ku dołowi. Fałdy te przedstawiają się w postaci szarawych pręg, które Graefe ¹⁾ i Schmidt-Rimpler ³⁾ umiejscawiają w błonie Descemeta, a Nagel ⁴⁾ i Gagaryn ⁶⁾ w przedniej warstwie rogówki.

Zmniejszenie oka nie zawsze może być stwierdzone; czasem gałka wydaje się mniejszą z przyczyny większego zagłębienia w oczodole i zwężenia szpary powiekowej. Schmidt-Rimpler ³⁾ przy pomocy wymiarów mógł wykazać mniejszą wielkość gałki chorej w porównaniu ze zdrową; w jednym jego przypadku, przy sekcji, oko chore po wyjęciu przedstawiało mniejszą objętość od zdrowego o 1¹/₂ sześć. ctm. wody.

Dalszem następstwem głównego objawu, t. j. zmniejszenia ciśnienia wewnątrzgałkowego, jest osłabienie wzroku, zależne od fałd rogówki i od zaburzeń akomodacyjnych wskutek obniżenia refrakcji.

Inne objawy rozmięczenia samodzielnego oka są: zagłębienie gałki w oczodole, częściowe opadnięcie górnej powieki, zwężenie szpary powiekowej, nieznaczne zwężenie źrenicy z zachowaniem jej oddziaływania, albo osłabieniem tego ostatniego odnośnie do światła, zmniejszenie czułości rogówki i łącznicy, rzadziej skóry powiek i sąsiedniej twarzy, czerwonosć skóry powiek i odpowiedniej połowy twarzy z uczuciem gorąca, znacznie rzadziej błądź i uczucie zimna w tych częściach ciała, ból przy ucisku ciała rzęskowego.

Dno oka zwykle żadnych zmian nie przedstawia; jedynie w przypadku Talki ⁷⁾ spostrzegano rozszerzenie żył siatkówki, a w jednym

z przypadków Schmidt-Rimplera ³⁾ zwężenie żył tarczy nerwu wzrokowego i sąsiedniej części siatkówki.

Podobnie, jak w innych chorobach, nie wszystkie objawy zawsze występują. W niektórych przypadkach nie spostrzegano zmniejszenia i zagłębienia oka w oczodole, fałd rogówki, zwężenia źrenicy, osłabienia wzroku i t. p.

Do wyżej wymienionych objawów, charakterystycznych dla rozmięczenia samodzielnego oka, często przyłączają się, jako powikłanie, objawy podrażnienia: nastrzyknięcie naczyń rzęskowych i łącznicowych, łzawienie, światłowstręt, bóle oka i okołooczne; objawy te mogą ograniczać się jedynie uczuciem ciśnienia w oku.

Często spostrzegana bolesność, przy ucisku okolicy ciała rzęskowego nie ma charakteru zapalnego, lecz raczej stanowi objaw nerwowy.

Cierpienie obejmuje zawsze jedno tylko oko, częściej lewe; choroby bywają w wieku młodym, rzadziej średnim, częściej nieco są płci żeńskiej niż męskiej.

Rozmięczenie samodzielne oka występuje w postaci napadowej, albo stałej; w pierwszej oko w przerwach między napadami jest zupełnie prawidłowe albo też przedstawia objawy w znacznie słabszym natężeniu. Napady powtarzają się w odstępach nieregularnych i trwają kilka godzin, kilka lub kilkanaście dni. Wecker ⁸⁾ uznaje tylko postać napadową, uważając stałą za zwykły zanik oka w mniejszym lub większym stopniu, stąd jako właściwą nazwę cierpienia podaje „zanik przechodzący oka“ (phthisie transitoire de l'oeil).

Rokowanie jest dobre, gdyż prawie wszystkie przypadki znane zakończyły się wyzdrowieniem, jakkolwiek dopiero po upływie dłuższego czasu (niekiedy kilku lat).

Literatura zawiera tylko 17 przypadków opisanych; jednym z nich jest mój, spostrzegany od r. 1895, którego przebieg w pierwszym okresie ogłosiłem przed 2 laty (Recueil d'ophtalmologie, 1896, avril, 206). Obecnie opiszę dalszy ciąg jego.

Początek spostrzeżenia jest następujący:

M. H., młody człowiek, lat 22, zgłosił się do mnie 5 listop. r. 1895, skarżąc się na zmniejszenie prawego oka, osłabienie widzenia tego oka i bóle okołooczne. Stan ten trwał od 4 dni, przed tem oczy miał zupełnie zdrowe.

Badanie wykazało obniżenie ciśnienia w prawym oku (T—2), nieznaczne ograniczenie wielkości gałki we wszystkich rozmiarach, z zachowaniem najzupełniejszej symetrii, z wyjątkiem małego spłaszczenia w okolicy mięśni prostych; lekkie zagłębienie gałki w oczo-

dole, opadnięcie górnej powieki w średnim stopniu; zmętnienie rogówki powierzchowne, przedstawiające przy ściślejszem badaniu liczne pręgi prostopadłe i równoległe, wyrażające fałdy tej błony; osłabienie czułości rogówki i łącznicy, nieznaczne zwięźenie źrenicy z zachowaniem oddziaływania, zaczerwienie skóry powiek i prawej połowy twarzy; słabe uczucie bólu przy naciskaniu okolicy ciała rzęskowego. Wskutek zmian rogówki osłabienie siły widzenia (chory liczył palce w odległości 4 metrów). Żadnych objawów zapalnych.

Stan ten trwał 8 dni, przedstawiając jedynie zmiany w stopniu znieczulenia rogówki i łącznicy i w ustępowaniu i powracaniu czerwoności skóry. Na 9-ty dzień ciśnienie wewnątrzgałkowe podniosło się (T—1), a w ciągu następnych 4 dni oko stopniowo stawało się zupełnie prawidłowem i w końcu nie zachowało najmniejszego śladu przebytego cierpienia.

Dnia 5-go grudnia chory zjawił się powtórnie z objawami rozmięczenia samodzielnego gałki prawej. Ciśnienie wewnątrzoczne było w słabszym stopniu zmniejszone (T — 1), inne objawy nie przedstawiały żadnej różnicy ze spostrzeganymi w pierwszym napadzie. Drugi ten napad trwał 11 dni i znikł również bez pozostawienia jakiegobądź śladu.

Tak więc miały miejsce dwa napady, jeden trwający 17 dni, drugi 11. Przerwa między nimi wynosiła 16 dni. Jest to pierwsza część spostrzeżenia, która jest już opisana.

W ciągu całego r. 1896 pacjent czuł się najzupełniej dobrze, tak pod względem stanu ogólnego, jak też i oczu; silnie zbudowany, dobrze odżywiony, nie przebywał i poprzednio żadnych chorób, godnych wymienienia, w szczególności nie miał i nie ma przymiotu nabytego lub dziedzicznego, żołzów, krzywicy, gośceca i chorób nerwowych. W rodzinie wywiady również nie wykazały tych cierpień.

Dnia 14-go kwietnia r. 1897 chory zjawił się z przyczyny nowego napadu, który zaczął się przed 2-ma dniami, również na prawem oku.

Zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego było silniejsze niż podczas pierwszych napadów (T—3); oko wydało mi się bardziej zagłębionem w oczodole niż poprzednio, a w każdym razie spłaszczenie w obrębie mięśni prostych było znacznie wybitniejsze. Podobnie jak w pierwszych napadach, rogówka, przezroczysta na pierwszy rzut oka, przy ściślejszem badaniu przedstawiała zmętnienie, wyrażone najwięcej w części środkowej i składające się, jak pokazało oświetlenie boczne, z pręg prostopadłych i równoległych, zależnych od fałd rogówki. Rogówka i łącznica prawie zupełnie nieczułe. Źrenica

średnio zwięziona, oddziaływała prawidłowo na światło, akomodację i konwergencję, pod wpływem atropiny rozszerzała się normalnie. Przednia komórka była zmniejszona. Powieka górna nieco opadnięta. Badanie wziernikowe, o ile było możliwe przy zmętnieniu rogówki, nie wykazało żadnych zmian na dnie oka. Co się tyczy widzenia, liczył palce o 2 metry. Drugie oko przy szkle wklęsłym 1,50 D. posiadało wzrok prawidłowy.

Zupełny brak wszelkich objawów podrażnienia; ani łzawienia, ani czerwoności łącznicy, ani jakiegokolwiek bólu samodzielnego lub przy ucisku, ani światłowstrętu.

Podobnie, jak przy poprzednich napadach, nie można było wykryć żadnej przyczyny w stanie ogólnym albo w oku, mogącej być w związku z opisanym cierpieniem.

Napad spostrzegalem 9 dni; w ciągu drugiego i trzeciego dnia widoczne było zaczerwienienie skóry powiek i prawej połowy twarzy. Ciśnienie wewnątrzgałkowe powiększyło się na czwarty dzień do T—2, lecz na piąty znowu spadło do T—3. Na 7-my dzień mogłem zauważyć zwiększenie czułości rogówki i łącznicy, a w ciągu następných 2 dni wszystkie objawy chorobowe znikły. Oko stało się zupełnie prawidłowe i przy concav 1,50 D. posiadało, również jak lewe, wzrok normalny.

Znieczulenia skóry powiek i twarzy nie byłem w stanie ani razu stwierdzić.

Trzeci więc napad, licząc 2 dni, które upłynęły do zjawienia się chorego, i 2 dni, w ciągu których objawy chorobowe znikaly, trwał 11 dni, tyleż co drugi napad, z temiż objawami, ale w cięższym stopniu.

Jako środek leczniczy stosowałem bromek potasu i sodu i atropinę; w poprzednich napadach używałem, oprócz środków wymienionych, podskórnych wstrzykiwań morfiny.

Pacjent, wyzdrowiawszy w zupełności, wyjechał na wieś, gdzie stale mieszka.

Odtąd był spokojny do 11 stycznia 1898, kiedy znowu zachorował. W 3 dni później przyjechał do Wilna i zgłosił się do mnie.

Stan oka prawego był lepszy, niż przy poprzednim napadzie. Upadek ciśnienia wewnątrzocznego, zagłębienie gałki w oczodole, zmętnienie rogówki przedstawiały się w słabszym stopniu (T—1); źrenica prawidłowa; również jak przednia komórka, dno oka bez zmiany, żadnych objawów podrażnienia, siła wzroku normalna.

Dnia 17 stycznia, mimo stosowania od 3 dni bromków i wkraplań atropiny, nastąpiło znaczne pogorszenie. Po nocy, przespanej

dobrze, T—3, znaczne spłaszczenie gałki w obrębie mięśni prostych, zagłębienie w oczodole, zmętnienie rogówki, nie różniące się od spostrzegaanego w poprzednim napadzie; źrenica silnie zwężona, lecz prawidłowo oddziałująca; przednia komora zmniejszona. Wystąpiło opadnięcie górnej powieki i zupełne znieczulenie rogówki i łącznicy, które to objawy poprzednich dni nieistniały. Liczył palce o 1 metr. Podrażnienia i teraz nie było, jedynie lekki ból w okolicy ciała rzęskowego przy ucisku.

Dnia 20 stycznia w ciągu kilku godzin zacierwienie skóry powiek i sąsiednich części twarzy. Dnia 21 stycznia ciśnienie wewnątrzgałkowe powiększyło się do T—2 i jednocześnie z tem zmniejszyło się zagłębienie i spłaszczenie oka, zmętnienie rogówki, zwężenie źrenicy, opadnięcie górnej powieki i znieczulenie rogówki i łącznicy; chory zaczął liczyć palce o 3 metry.

Dnia 23 stycznia wystąpiło pogorszenie z objawami, nie różniącymi się od spostrzeganych d. 17 stycznia. Wieczorem tegoż dnia pogorszenie zaczęło znikać i stopniowe polepszenie i ustępowanie objawów chorobowych trwało do 30 stycznia, w którym to dniu od raną oko było już zupełnie prawidłowe.

Napad ciągnął się 19 dni, dłużej niż poprzednie i z przypadłościami bardziej ciężkimi. Odtąd od chwili obecnej nowego napadu nie było.

Oprócz bromków i atropiny stosowałem, przez kilka dni istnienia bólu w obrębie ciała rzęskowego, podskórne wstrzykiwania morfiny.

Tak więc w ciągu 2 lat i 9 miesięcy wystąpiły 4 napady, trwające dni 17, 11, 11 i 19, bez żadnych objawów zapalnych, ani też jakiegokolwiek podrażnienia, przedstawiające jedynie zjawiska nerwowe. Przerwy między napadami były najrozmaitsze: między pierwszym i drugim 16 dni, między drugim i trzecim rok i 4 miesięcy, między trzecim i czwartym 8 $\frac{1}{2}$ miesięcy. Objawy we wszystkich 4 napadach były jednakowe, natężenie ich tylko było różne i zmieniało się w ciągu samego napadu, niezależnie od leczenia, szczególnie podczas ostatnich 2 napadów. Oko przed napadem i po nim było najzupełniej prawidłowe. Przypadek opisany posiadał charakter czystej nerwicy, bez żadnych powikłań. Bóle okołoooczne przy pierwszym napadzie i ból przy ucisku ciała rzęskowego, występujący niekiedy, nie wyrażały objawów zapalnych, lecz jedynie nerwowe.

Przypadek mój zasługuje na uwagę z przyczyny rzadkości choroby, jaką przedstawia, i ze względu, że był spostrzegany przez długi czas i w ciągu wszystkich napadów, co nie miało miejsca w innych przypadkach, znanych z literatury.

Fałdy rogówki u mego chorego we wszystkich napadach, tworzyły się w przedniej warstwie, podobnie jak w przypadkach Nagel'a ⁴⁾ i Gagaryna ⁶⁾.

Pierwsze spostrzeżenie rozmięczenia samodzielnego oka ogłosił Graefe ¹⁾. Młodzieniec lat 18, cierpiał na podrażnienie lewego oka, powiększające się w postaci napadów. Stan ten powstał przed 10 u laty, gdy chory otrzymał ranę gałki, w bliskości kąta wewnętrznego, po której została blizna. W ostatnich latach podczas napadów, lewe oko stawało się miękkim i mniejszym, źrenica była zwężona, rogówka wykazywała zmętnienie w postaci pręg w błonie Descemeta, które Graefe uważał za wyrażenie fałd. Obniżenie siły widzenia do $\frac{1}{8}$, silne bóle samodzielne, rozechodzące się od okolicy blizny po powierzchni oka do skroni i czoła. Napady powtarzały kilka razy tygodniowo, głównie rano. Pod wpływem morfiny (wstrzykiwania podskórne i wkraplania do worka łącznicy) i chininy wewnątrz, napady stały się rzadsze i krótsze. Nie wiadomo, czy nastąpiło zupełne wyleczenie.

2) W drugim przypadku, opisanym przez Nagel'a ⁴⁾, rozmięczenie lewego oka wystąpiło ze zwykłymi objawami u młodzieńca lat 17 po operacji zezu, dokonanej na tem oku. Mętność rogówki składała się z licznych pręg w zewnętrznej warstwie tej błony, zbyt szerokich, aby zależały jedynie od fałd; prawdopodobnie zmętnienie wywołane było także w części przez zaburzenie odżywiania. Postać cierpienia była stała, bez napadów. Wszystkie objawy, przy wycieczającym postępowaniu, znikły w zupełności po 3 tygodniach.

3) Horner ⁹⁾ spostrzegł przypadek o przebiegu przewlekłym, w postaci stałej, bez napadów, przedstawiający rozmięczenie gałki bez jej zmniejszenia, częściowe opadnięcie powieki górnej i zwężenie źrenicy, i pierwszy zwrócił uwagę na zależność tych objawów od porażenia szyjowej części nerwu współczulnego.

4) Swanzy ¹⁰⁾ opisał cierpienie na lewym oku u kobiety lat 37, które wystąpiło w 6 tygodni po operacji zaćmy w postaci napadowej. Przy pierwszym napadzie powstał wylew krwi do przedniej komórki, który Swanzy uważał za skutek obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. Napady rozmięczenia oka, połączone z łzawieniem i zmętnieniem ciała szklistege, bez fałd rogówki i bez bólów, powtarzały się w nieokreślonych okresach. Chora znikła, wskutek czego dalszy przebieg choroby jest niewiadomy.

5) Rosa ¹¹⁾, pod nazwą szczególnego przypadku zapalenia łącznicy i rogówki, opisuje rozmięczenie samodzielne oka u 18-letniej dziewczyny w postaci napadów kilkudniowych, powtarzających się

co tydzień, podczas których występowało zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, częściowe opadnięcie górnej powieki, zwężenie i słabe oddziaływanie źrenicy, przekrwienie łącznicy i silne bóle w oku. Po 9-u miesiącach choroba ustąpiła.

6) W pierwszym przypadku Landesberga ¹²⁾ napady rozmięczenia oka z jego zmniejszeniem i zapadnięciem, ze zmętnieniem rogówki, objawami podrażnienia i bólami zjawiały się u 23-letniej dziewczyny na prawym oku, które przedstawiało bielmo obwodowe z przyczepem tęczówki (leucoma adhaerens), powstałe w skutek uprzedniego przedziurawienia błony rogowej. Choroba ustąpiła po dokonaniu wycięcia tęczówki. Wspominam ten przypadek jedynie dlatego, że jest pomieszczony w „Graefe-Saemisch Handbuch“ w liczbie spostrzeżeń, odnoszących się do choroby omawianej; widzimy jednak z powyższego, że nie przedstawia on wcale rozmięczenia samodzielnego oka, lecz następcze, zależne zdaniem samego Landesberga, od przyczepów przednich, a zdaniem Weckera ⁸⁾ od istnienia przetoki w bielmie, której otwieranie się i zamykanie wywoływało i przerywało napady.

Podobnież drugi przypadek Landesberga ¹²⁾, wykazujący przy rozmięczeniu oka ostre nacieczenie rogówki, i przypadek Schweiggerra ¹³⁾, przedstawiający przyczepy tylne tęczówki i zmiany barwnika błony naczyniowej, nie mogą być zaliczane do samodzielnego rozmięczenia oka.

7—9). Trzy przypadki Bärwinkel'a ¹⁴⁾ przedstawiały postać choroby stałą, z przebiegiem przewlekłym. Obniżenie ciśnienia wewnątrzocznego, nieznaczne zmniejszenie gałki, zagłębienie jej w oczodole, opadnięcie częściowe powieki górnej, zwężenie źrenicy.

10—13). Schmidt-Rimpler opisał 4 przypadki. W pierwszym ¹⁵⁾, w lewym oku u 25-letniej chorej po ostrej jaglicy, wystąpiło rozmięczenie i zmniejszenie gałki, opadnięcie powieki górnej, bardzo słabe rozsznienie źrenicy, nieznaczne osłabienie czułości rogówki i łącznicy, bez fałd rogówki, bez objawów zapalenia i podrażnienia, przy prawidłowej sile wzroku. W 1½ roku później stan oka był bez zmiany, lecz powstało upośledzenie odżywiania lewej połowy twarzy.

W drugim przypadku ¹⁵⁾ cierpienie zjawiało się również w lewym oku, po tyfusie, bez uprzednich zmian w oku, u 42-letniej chorej. Rozmięczenie i zmniejszenie gałki, bardzo słabe zwężenie źrenicy; nie było fałd rogówki, opadnięcia górnej powieki, objawów zapalnych. Siła wzroku prawidłowa.

Oba te przypadki przedstawiały postać słabą, bez napadów.

W trzecim przypadku ¹⁶⁾ 25-letni mężczyzna w 12 lat po przebyciu tyfusu zaczął doznawać w lewym oku napadów rozmięczenia, połączonego ze zmniejszeniem gałki i nieznacznym zwięzieniem źrenicy i szpary powiekowej, przy widzeniu prawidłowym. Schmidt-Rimpler spostrzegał jeden taki napad, trwający około 8 dni, w ciągu którego wystąpiły pryszczyki (phlyctenae) na brzegu rogówki.

W czwartym przypadku ³⁾ ciepienie wystąpiło w postaci napadowej u 26-letniej dziewczyny w lewym oku, po nieżycie łącznicy, powstałym po urazie, który żadnych skutków nie zostawił. Rozmięczenie i nieznaczne zmniejszenie gałki, zagłębienie jej w oczodole, opadnięcie górnej powieki, małe zwięzienie źrenicy, fałdy rogówki, znajdujące się w błonie Descemeta, osłabienie widzenia, nieznaczne zwięzienie żył na tarczy nerwu wzrokowego i sąsiedniej siatkówce, czerwonosć lewej połowy twarzy, połączona z uczuciem gorąca. Stan ogólny, w początku dobry, później znacznie pogorszył się; zjawiała się histerya w wysokim stopniu i ogólne osłabienie. Lewa połowa twarzy wykazywała zanik.

14) Schmidt-Rimpler wzmiankuje o podobnym przypadku, spostrzeganym przez Giovanni'ego ¹⁷⁾.

15) Przypadek Borthena znany mi jest tylko ze sprawozdania ¹⁸⁾.

16) Gagaryn ⁶⁾ opisał rozmięczenie samodzielne gałki u 13-letniej dziewczyny, małokrwistej, w lewym oku, występujące z opadnięciem górnej powieki, zwięzieniem źrenicy, fałdami rogówki w przedniej warstwie tej błony, osłabienie czułości rogówki, obniżeniem wzroku i bólami w oku i oczodole; czasem zjawiało się zaczerwienienie i obrzmienie skóry powiek i lewej połowy twarzy. W nierównych przerwach, mniej więcej co tydzień, na 2—3 dni objawy chorobowe pogarszały się i jednocześnie powstawały bóle oka i zębów z lewej strony (zęby były w znacznej części spróchniałe). Cierpienie zaczęło się z objawami zapalnymi ze strony łącznicy i ustąpiło najzupełniej po 2 miesiącach.

17) Talko ⁷⁾ opisał podobny przypadek u żołnierza 22-letniego. W prawym oku, po ostrym nieżycie łącznicy, wystąpiły rozmięczenie gałki, znaczne jej zagłębienie w oczodole, opadnięcie górnej powieki, zmętnienie rogówki, zwięzienie źrenicy z osłabieniem jej oddziaływania, obniżenie czułości rogówki, łącznicy i skóry prawej połowy twarzy, niedowład mięśni ruchowych oka, z wyjątkiem prostego wewnętrznego, rozszerzenie żył siatkówki. Wzrok najzupełniej zniesiony. Bóle nieokreślone w różnych częściach ciała.

Objawy, w początku słabo wyrażone, w ciągu choroby znacznie pogorszyły się, ulegając jednak częstym wahaniom. W przebiegu cierpie-

nia miały miejsce zaburzenia psychiczne i zapalenie płuc nieżyłowe. Chory spostrzegany był przez 6 $\frac{1}{2}$ miesięcy, po których, uwolniony ze służby wojskowej, wyjechał, nie przedstawiając żadnej zmiany na lepsze.

Jak widzimy, był to przypadek bardzo powikłany; rzeczywiście też wykryto u chorego histeryę.

Literatura polska dotąd nie zawiera ani jednego spostrzeżenia rozmięczenia samodzielnego oka.

Mamy tedy 18 przypadków (licząc w to mój) rozmięczenia samodzielnego oka, opisanych w literaturze, po wyłączeniu zaś spostrzeżenia Landesberga, pozostanie 17, z których 6 w postaci napadowej, a 9 w stałej; 6 przedstawiało objawy zapalne, 9 występowało bez tych ostatnich. W 2 przypadkach (Giovanni'ego¹⁷) i Borthena¹⁸) przebieg choroby jest mi nieznan.

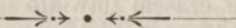
(Dok. nast.).

II. Najnowsze prądy w nauce o odporności.

PODAŁ

Jerzy Brunner.

(Z pracowni patologii ogólnej przy uniwersytecie warszawskim).



(Dokończenie).

Doświadczenie XI-te.

Świnka, samiec, wagi 318,0; dawka śmiertelna *) wynosi 1,208 miligr. strych. mur. Przez otwór w czaszce wstrzyknięto w lewe półkule mózgu $\frac{1}{7}$ część śmiertelnej dawki, rozpuszczoną w $\frac{1}{7}$ cent. sz.; po chwili zwierzę pada na bok i wykonywa ruchy drapania się naprzemian to prawą to lewą tylną kończyną, wypręża i wygina tułów w rozmaite strony, prostuje kończyny lub wykonywa niemi szybkie ruchy biegu. Napady te powtarzają się: co $\frac{1}{2}$ —1 minutę; w przerwach

*) Zarówno w tem, jak i w reszcie doświadczeń, pod dawką śmiertelną rozumiemy ilość najmniejszą trucizny, zabijającą przy wstrzykiwaniu pod skórę.

zwierzę leży spokojnie na boku w silnym stanie osłabienia. Po 10-u minutach (od chwili wstrzyknięcia) świnka podnosi się i siada, lecz po chwili znów pada, drapiąc się energicznie; od czasu do czasu pojawia się błyskawiczny toniczny skurez w tej lub owej kończynie. Stopniowo stan zwierzęcia poprawia się znacznie, objawy zatrucia ustępują, pozostaje tylko silne osłabienie ogólne. Po 20 minutach wstrzyknięto znów $\frac{1}{7}$ cz. dawki śmiertelnej; zwierzę wygina łeb na bok i pada, wykonywając szybkie ruchy biegu; chwilami występuje skurez mięśni grzbietu i prężność kończyn i wśród powtarzających się napadowo tych objawów świnka słabnie coraz bardziej i ginie po 30 minutach, licząc od początku doświadczenia.

Doświadczenie XII-te.

Świnka, samica, wagi 415,0; śmiertelna dawka wynosi 1,57 miligr. mur. Wstrzyknięto w lewą półkulę mózgu około $\frac{1}{4}$ części dawki śmiertelnej, rozpuszczonej w $\frac{1}{7}$ cent. sz. wody przekroplonej; po chwili zwierzę zaczyna biec szybko w kółko, wykonywając dziwaczne skoki, poczem pada na bok i drapie się po grzbiecie tylnymi kończynami; od czasu do czasu występuje chwilowy opistotonus i skurez kończyn, w przerwach zaś ogólne osłabienie; po 16 minutach przy objawach zwolnionego oddechu świnka zakończyła życie.

Doświadczenie XIII-te.

Królik, samiec, wagi 3100,0; śmiertelna dawka wynosi 1,86 miligr. strych. mur. (według Falka). W prawą półkulę mózgu wstrzyknięto $\frac{1}{50}$ część śmiertelnej dawki rozpuszczonej w $\frac{1}{7}$ centym. sześć; ponieważ w ciągu 3 minut nie wystąpiły żadne objawy, wstrzyknięto znów taką samą ilość trucizny; po chwili zwierzę zdradza ogromny niepokój i zaczyna bardzo szybko biec na osłep przed siebie, zataczając duże koło i skacząc wysoko, poczem pada na bok, wykonywając wciąż ruchy biegu i krzyczy głośno; po krótkiej przerwie podnosi się i siada, ciężko dysząc. Po chwili powtarza się ten sam napad biegu i skoków, poczem stopniowo królik wraca do stanu prawidłowego. Dalsze wstrzykiwania powodowały te same objawy, do których przyłączyła się ogromna lękliwość, krycie się po kątach i przemijająca pareza zadu; zwiększonej pobudliwości odruchowej, skurezów i drgawek nie było; śmierć nastąpiła po wstrzyknięciu ogółem $\frac{13}{50}$, a więc około $\frac{1}{4}$ śmiertelnej dawki.

Doświadczenie XIV-te.

Królik, samiec, wagi 1384,0; śmiertelna dawka wynosi 0,831 miligr. strych. mur. W lewą półkulę mózgu wstrzyknięto $\frac{1}{14}$ część dawki śmiertelnej rozpuszczonej w $\frac{1}{7}$ cent. sz. wody; po upływie 1 minuty zwierzę wpada w szalony bieg i pędzi na osłep przed sie-

bie w dużych podskokach, poczem występuje napad skurczów tonicznych grzbietu i kończyn trwający kilka sekund i zakończony parażą tylnej prawej kończyny; po dalszych wstrzykiwaniach tej samej ilości napady biegu powtarzają się stale i wśród wzrastającego osłabienia przerywanego błyskawicznymi skurczami mięśni karku zwierzę ginie, otrzymawszy ogółem $\frac{6}{14}$ śmiertelnej dawki.

Doświadczenie XV-te.

Królik, samiec, wagi 1385,0; śmiert. dawka wynosi 0,831 miligr. W prawą półkulę mózgu wstrzykiwano te same dawki co i w doświadczeniu poprzedzającym; wynik był prawie zupełnie jednakowy, a śmierć nastąpiła po $\frac{5}{14}$ śmiertelnej dawki.

Doświadczenie XVI-te.

Królikowi, samcowi, wagi 2400,0, dla którego śmiertelna dawka wynosi 1,44 miligr., wstrzyknięto do mózgu $\frac{2}{7}$ tej ilości rozpuszczone w $\frac{1}{7}$ części centym. sześć; po 10 sekundach wystąpiło drżenie całego ciała, po 15 — bardzo silny napad ogólnych drgawek, po 20 sekundach — śmierć. Obraz zatrucia różnił się w danym razie wybitnie od powyżej przytoczonych przypadków otrucia małymi dawkami i natomiast przypominał wielce objawy, jakie się dają spostrzegać po wstrzyknięciu dużej ilości strychniny pod skórę lub do krwi.

Doświadczenie XVII-te.

Królik, samiec, wagi 3220,0; śmiertelna dawka wynosi 1,932 miligr. strychn. mur. Do tętnicy szyjowej lewej wstrzyknięto $\frac{1}{10}$ część śmiertelnej dawki, rozpuszczoną w 1 ctm. sz.; w ciągu następujących 10 minut nie wystąpiły żadne objawy; wstrzyknięto znów tę samą ilość, co również nie wywołało żadnych zmian. Po upływie 5 minut wprowadzono po raz trzeci $\frac{1}{10}$ część śmiertelnej dawki, co spowodowało lekkie wzmoczenie pobudliwości odruchowej; wreszcie wstrzyknięto (po 5 min.) $\frac{1}{20}$ śmiert. dawki, ranę zaszyto i zwierzę zdjęto ze stołu operacyjnego. Natychmiast wystąpił silny napad ogólnych klonicznych i tonicznych skurczów mięśni wraz z opistotonus; napad trwał około 3 minut, poczem zwierzę wróciło do stanu prawidłowego. Na podstawie porównania danego doświadczenia z poprzedzającymi możemy twierdzić, iż dla wywołania objawów zatrucia lub śmierci należy wstrzyknąć do mózgu znacznie mniejszą dawkę strychniny aniżeli do tętnicy szyjowej, czyli że naczynia mózgu stanowią pewną zapórę dla jadu.

Doświadczenie XVIII-te. Kot, samica, wagi 2620,0; śmiertelna dawka strychniny wynosi według Falk'a 1,965 miligr. W lewą półkulę mózgu wstrzyknięto $\frac{1}{50}$ część śmiertelnej dawki, rozpuszczoną w $\frac{1}{7}$ części cent. sz.; natychmiast potem wystąpił chwiejny chód spowodowany

wany lekką parzą prawej tylnej kończyny, zwierzę chodzi w kółko, wygina grzbiet, poczem oglądając się wokoło jakby w przerażeniu przybiera pozę czajenia się; po chwili znów zaczyna chodzić w kółko wielkimi krokami, wysoko unosząc tylne kończyny (ruchy maneżowe). Po dalszych wstrzykiwaniach tej samej ilości jadu w rozmaite miejsca mózgowia objawy zatrucia wzmagały się stopniowo: monotony chód przeszedł w szybki i gwałtowny bieg ze skokami, zwierzę kryje się po kątach pracowni, wdrapuje na stoły, zdradza silne rozdrażnienie, rzuca się na przyprowadzonego psa, drapiąc, syjąc i gryząc, wreszcie gryzie własną łapę do krwi; w przerwach między napadami występuje wzrastające osłabienie, przyspieszony oddech, drżenie całego ciała. W końcu doświadczenia pojawiają się silne drgawki ogólne, znaczne wzmoczenie pobudliwości odruchowej, wreszcie zwierzę ginie, otrzymawszy ogółem $13/50$ śmiertelnej dawki.

Doświadczenie XIX-te.

Kot, samica, wagi 2424,0; dawka śmiertelna wynosi 1,818 miligr. strych. mur. W lewą półkulę mózgu wstrzyknięto $1/7$ części cent. sześć.; w chwilę potem występują skurcze rytmiczne mięśnie karku powodujące ruchy cofania głowy, zwierzę zrywa się i zaczyna szybko biegać po pracowni, kryjąc się po kątach, wdrapuje się na ściany i wogóle zdradza silny strach; po kilku minutach pojawia się parażada, tak iż zwierzę czołga się, wciąż wszakże pragnąc się ukryć. Po 10-u minutach kocica okazuje silne wznowienie odruchów, które wszakże wkrótce ustępuje, tak że po 25 minutach stan zwierzęcia powraca do normy. Wstrzyknięto znów $1/7$ część śmiertelnej dawki; w chwilę potem wystąpiły skurcze kloniczne różnych grup mięśni ciała, znaczne wzmoczenie odruchów, ruchy żucia wraz ze ślinotokiem, wreszcie zwierzę ginie wśród ogólnego tęcza.

Doświadczenie XX-te.

Kot, samiec, wagi 2600,0; dawka śmiertelna wynosi 1,95 miligr. strych. mur. Do tętnicy szyjowej lewej wstrzyknięto trzy razy z rzędu po $1/10$ śmiertelnej dawki (w 1 etm. sz.) w przerwach pięciominutowych. Po zdjęciu ze stołu i zaszyciu rany zwierzę nie objawia żadnych zmian chorobowych. Do danego doświadczenia w całej rozciągłości daje się zastosować uwaga, wypowiedziana przy doświadczeniu XVII.

Doświadczenie XXI-sze.

Psu wagi 8600,0, dla którego śmiertelna dawka wynosi 6,02 miligr. strych. mur., wstrzyknięto $1/5$ część tej ilości w prawą półkulę mózgu; w chwilę potem zwierzę pada na bok i objawia szereg złożonych szybkich ruchów kończyn, przypominających ruchy biegu

lub pływania, odдыcha szybko, wygina głowę w obie strony i wykonywa ruchy gryzienia; z nawpół otwartej jamy ustnej wydobywa się obficie śpioniona ślina; chwilami do obrazu przyłączają się drgawki kloniczne, ustępujące wszakże ruchom poprzednim. Napad trwa około 3 minut, poczem zwierzę stopniowo wraca do stanu prawidłowego; po 5 minutach podnosi się i pod wpływem jakiegoś urojenia zaczyna oglądać się wokoło z dzikim wyrazem w oczach, niepoznaje obecnych i wazy. Po 2 minutach zwierzę wstaje, poznaje obecnych i objawia swą radość łaszaniem się i skokami; żadne objawy zatrucia nie dają się stwierdzić.

Wstrzyknięto znów $\frac{1}{5}$ część dawki śmiertelnej; po 3 sekundach powtarza się cały poprzedni napad z tą różnicą, iż trwa dłużej i więcej przyłącza się do niego objawów swoiście strychninowych. Po 8 minutach (od chwili drugiego zastrzyknięcia) kiedy napad zdawał się przemijać i zwierzę leżało w stanie silnego wyczerpania, wstrzyknięto do mózgu całą śmiertelną dawkę, która natychmiast położyła kres dalszym cierpieniom.

Doświadczenie XXII-gie.

Psu wagi 6220,0 wstrzyknięto do mózgu $\frac{2}{7}$ części śmiert. dawki, wynoszącej 4,354 miligr.; natychmiast wystąpiły objawy zatrucia najzupełniej odpowiadające powyżej opisanym (dośw. XXI); urojenie nie było. Śmierć przyspieszono przez zastrzyknięcie większej dawki trucizny.

Ponieważ w powyższych doświadczeniach posiłkowaliśmy się zwierzętami bardzo wrażliwymi na zatrucie strychniną, przeto dla wielu względów uważaliśmy za konieczne użyć w tym samym celu zwierząt bardziej na to zatrucie odpornych; takimi są gołębie, dla których śmiertelna dawka wynosi 0,014 gram. na 1000,0 wagi.

Doświadczenie XXIII—XXVIII.

Sześciu gołębiom wstrzyknięto do istoty mózgowej po $\frac{1}{7}$, $\frac{1}{14}$, $\frac{1}{28}$ i $\frac{1}{30}$ części śmiertelnej dawki, rozpuszczonej w $\frac{1}{14}$ części cent. sześciennego wody przekroplonej; ta sama lub nawet podwójna ilość wody lub fizyologicznego roztworu nie wywołuje u gołębi żadnych objawów chorobowych. Wszystkie gołębie zatrute padły przy objawach prawie jednakowych, różniących się wszakże napięciem i czasem trwania: $\frac{1}{7}$ zabija po 10 sekundach, $\frac{1}{14}$ — po 3—5 minutach, $\frac{1}{28}$ i $\frac{1}{30}$ po 5—7 minutach; $\frac{1}{38}$ część śmiertelnej dawki zdaje się być najmniejszą zabójczą dawką strychniny przy wstrzykiwaniu do mózgu; $\frac{1}{14}$ śmiert. dawki przy wstrzykiwaniu pod twardą oponę mózgu nie wywołuje żadnych objawów. Same objawy polegają na tem, iż ptak w kilka — kilkanaście sekund po zastrzyknięciu zrywa się do lotu,

unoszą w powietrze i chwilę buja w niem, poczem pada na ziemię, wygina szyję i grzbiet silnie w tył i leżąc na boku lub na grzbiecie wykonywa szybkie ruchy biegu i trzepocze się gwałtownie; od czasu do czasu następuje krótka przerwa w tych objawach, które wszakże znów się wznawiają i trwają do samej śmierci.

Jeżeli porównamy wyniki tych doświadczeń z poprzedzającymi, to uderzyć nas musi wybita różnica pomiędzy zwierzętami bardzo i mało wrażliwymi na zatrucie strychniną; w pierwszym przypadku dla zabicia zwierzęcia należy użyć resp. wstrzyknać do mózgu $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ część śmiertelnej dawki, w drugi zaś wystarcza już $\frac{1}{39}$. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż nawet u zwierząt mało odpornych naczynia mózgu stanowią pewną zapórę dla jadu (doświadczenie XVII i XX), to nasuwa się pytanie, czy ten sam czynnik w większym stopniu nie istnieje u zwierząt bardziej odpornych.

Dla rozwiązania tej kwestyi należałoby wstrzykiwać gołębiom strychninę do naczyń mózgowych resp. do tętnicy szyjowej; niestety jednak jest to niemożliwe dla stosunków anatomicznych i względów technicznej natury. Pozostaje przeto jedno — użyć dla doświadczenia innego jadu i innego, bardziej podatnego zwierzęcia, i na podstawie analogii dążyć do wyjaśnienia danego pytania. W tym celu użyliśmy atropiny, która jak wiadomo wywiera silne (aczkolwiek nie wyłączne) działanie na ustrój nerwowy; najbardziej odpowiedniem zwierzęciem wydał nam się królik, którego odporność względem atropiny ogólnie jest znana.

Doświadczenie XXIX i XXX.

Dwom królikom, samcom, wagi 1890,0 i 2365,0 wstrzyknięto do mózgu po 0,01 atropini sulphurici (a więc około $\frac{1}{100}$ części śmiertelnej dawki), rozpuszczoną w $\frac{1}{7}$ części centym. sz.; objawy u obu zwierząt były jednakowe. W chwilę po zastrzyknięciu zwierzę ślania się, zwiesza głowę i kładzie się na bok; po kilku minutach występuje senność i ogólne osłabienie przy jednoczesnem wzmożeniu pobudliwości odruchowej; od czasu do czasu zjawiają się błyskawiczne drgawki ogólne, z początku rzadko, później coraz częściej, źrenice rozszerzają się nieznacznie; stan ten trwa bez zmiany aż do śmierci, która następuje mniej więcej po 2 godzinach przy objawach gwałtownych drgawek ogólnych, silnego osłabienia i zwolnionego oddechu.

Doświadczenie XXXI.

Królikowi, samcowi, wagi 1200,0 wstrzyknięto do mózgu 0,005 atropini sulph., rozpuszcz. w $\frac{1}{7}$ cz. cent. sz.; objawy zatrucia najzupełniej odpowiadały wyżej opisanym (dośw. XXIX i XXX); śmierć nastąpiła po 2 godzinach.

Doświadczenie XXXII i XXXIII.

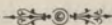
Dwom królikom, samcom, wagi 2555,0 i 1380,0 wstrzyknięto do tętnicy szyjowej 0,1 resp. 0,2 atrop. sulph., rozpuszcz. w 1—2 ctm. sz. wody przekroplonej. Zwierzęta nie objawiały żadnych zmian chorobowych po zastrzyknięciu i pozostały zdrowe i nadal.

Doświadczenie xxxiv i xxxv.

Dwom królikom, samcowi i samicy, wagi 3465,0 i 1735,0 wstrzyknięto do tętnicy szyjowej 0,7 resp. 0,35 atrop. sulph. rozpuszcz. w 7 resp. 3½ ctm. sz. fizyolog. roztworu. Oba króliki pozostały zdrowe.

Tak więc $\frac{1}{200}$ część śmiertelnej dawki wstrzyknięta do mózgu zabija zwierzęta z łatwością, podczas gdy dawka 40—60-razy większa zmieszana z krwią do mózgu doprowadzaną nie wywołuje żadnych objawów; wniosek ztąd jasny: śródbłonek włoskowatych naczyń mózgu nie przepuszcza jadu.

Stoimy wobec bardzo ciekawego zjawiska, które dla nauki o odporności niewątpliwie posiada znaczenie. Wiemy już, jak licznymi środkami rozporządza ustrój dla ochrony od tych lub owych trucizn: zobojętnia je, niszczy lub wiąże krew, wątroba, gr. tarczowy, mięśnie, płuca ³²⁾, soki przewodu pokarmowego i t. d.; do wszystkich tych czynników obecnie możemy dodać śródbłonek naczyń, który nie przepuszczając lub może nawet zobojętniając pewne jady, zapobiega ich działaniu na dane narządy i w ten sposób staje się czynnikiem niedostatecznie dotąd zbadanej odporności miejscowej.



³²⁾ *H. Roger*. Action des organes sur la strychnine. (La presse medic. № 32. 1898).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia i choroby kobiece.

WYCIĄG ze SPRAWOZDANIA 27-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 13 i 16 kwietnia 1888 roku.

(Według Beilage zum Centralblatt für Chirurgie № 26. 1898).

(Dokończenie).

343. Storp z Królewca. Przyczynek w sprawie stosowania guzika Murphy'ego.

Wyniki, które otrzymano dotychczas z metody Murphy'ego, stosowanej w chirurgii żołądka i kiszek, przemawiają w ogóle na korzyść zespalającego guzika, lubo trudno zaprzeczyć, że wprowadzenie do narządów powyższych nieulegającego wessaniu ciała obcego jest zawsze zabiegiem dla ustroju nieobojętnym. Słuszność takiego poglądu uwydatnia się poniekąd i w spostrzeniu autora, które dotyczyło 54-letniego mężczyzny, z dawną na zaburzenia natury kiszkowej chorego. Na trzy dni przed zapisaniem się osóbnika w mowie będącego na oddział stwierdzono objawy ostrego zamknięcia światła kiszek (ileus). W przebiegu laparotomii wykryto u chorego guz wielkości pięści, powstały w zgięciu okrężnico-wątrobowem (flexura coli hepatica) i obejmujący jelito kolisto, przyczem nowotwór ów gnieździł się przeważnie na powierzchni wątroby dolnej, resp. w okolicy wrót tego narządu. Brak przerzutów i zrostów czynił wprawdzie możliwym wycięcie guza doszczętne, z drugiej wszelako strony, wobec rozpaczliwego stanu ogólnego, trzeba było zadowolnić się jedynie anastomozą boczną, którą wykonano pomiędzy okrężnicą poprzeczną i jelitem biodrowem w odległości 25 ctm. od zastawki Bauhini'ego. Dla prędszego ukończenia operacyi użyto guzika Murphy'ego. Przebieg pooperacyjny na razie był bardzo pomyślny, chory bowiem oddawał stolec obficie, po upływie wszelako dni 12 operowany zaczął narzekać na klucie w prawej dolnej połowie brzucha, powstałe, jak przekonano się podczas badania, w okrężnicy wstępującej. Gdy po trzech tygodniach guzik Murphy'ego nie wychodził na zewnątrz, zastosowano prześwietlenie brzucha za pomocą promieni Roentgen'a i stwierdzono wówczas, że guzik ów ugrzązł w tejże okrężnicy pomiędzy zastawką biodro-kałnicową a nowotworem, t. j. tuż przed miejscem zwężenia. Podjęto zatem w cztery po operacyi pierwszej tygodnie laparotomię wtórną i wycięto raka komórkowateczkowatego, zamykającego kiszkę zupełnie, przyczem usunięto również długą na 15 ctm.

zaledwie okrężnicę wstępującą oraz jelito ślepe. Operowany zmarł po upływie 3-ch dni na skutek zapalenia otrzewny.

Jakkolwiek w danym przypadku oględziny pośmiertne wykazały całkiem prawidłową, bo przepuszczającą 3 palce anastomozę o brzegach, zaciągniętych blizną zupełnie, wobec czego wynik niepomysłny nie podobna zwać na karb guzika, pozostaje tu jednak możliwość taka, że ten ostatni, utraciwszy z czasem swą gładką powierzchnię górną, ulegać może oskorupieniu przez masy kałowe, co znów prowadzi do zwężenia i owrzodzeń wraz z oplakaniami tychże następstwami. Lepiej tedy tam, gdzie wykonywać trzeba zespolenie kiszki cienkiej z grubą, unikać gazika Murphy'ego i nakładać zwykły w razach tych szew. Za tym poglądem oświadczyli się również przemawiający na zjeździe: Jordan i Franke, z których ten drugi stwierdził nawet w pewnym przypadku uwięzienie ściany jelita, wywołane przez guzik, w mowie będący.

344. *Franke* z Brunświku. **O zarośnięciu wrodzonym kiszki cienkiej i jego leczeniu.**

Jeżeli zwężenie i zarośnięcie jelita grubego, zwłaszcza odbytu napotyka się i operuje u noworodków dość często, zmiany za to podobne w kiszce cienkiej należą do rzadkości, wyjątkowo zaś operuje się w tego rodzaju przypadkach. Zarośnięcie (atresia) stwierdzano najczęściej w odźwierniku, na wysokości ujścia żółciowodu, wreszcie w uchyłku Meckel'a. Przyczyny tego rodzaju zmian w rozwoju rzadko kiedy dają się określić na pewno. Jak dotąd operowano w 3-ch spostrzeżeniach takich (v. Tischendorf, Bland Sutton i Hecker), przy czem owe trzy enterostomije zakończyły się dla operowanych niepomysłnie. Autor wykonał również w jednym przypadku enteroanastomozę, przy czem zarośnięcie, jak można było przekonać się z przedstawionego przezeń preparatu, powstało tu na miejscu uchyłku Meckel'a. Chory zmarł po upływie 3-ch dni od operacji na skutek przedziurawienia linii szwu, a powikłanie takie pouczać winno o konieczności zabezpieczenia szwu w pierwszych dniach przynajmniej gazą jodoformową, czego autor w przypadku swym nie dokonał, zaszył bowiem ranę brzucha doszczętnie. Dziecku nadto nie należy czas jakiś po operacji dawać za pożywienie mleka czystego, jeno mieszaninę tegoż z kleikiem, gdyż, jak zauważono, powstające na skutek diety wyłącznie mlecznej mocne ruchy robaczkowe wywołują po przepechnięciu do miejsca anastomozy nie rozpuszczonych jeszcze kawałeczków sera, zatkania światła kiszki, co jest znów bodźcem do przedziurawienia brzegów szwu.

345. *v. Bramann* z Halle. **Rokowanie w przypadkach rezekcyi kiszek, uległych z wyrodnieniu przez raka.**

Na ogólną liczbę spostrzeganych od r. 1890 w klinice autora 32 przypadków raka okrężnicy, w 14 wykonano operację, przy czem, z wyjątkiem jednego tylko przypadku, w którym nowotwór należał do rzędu raków włóknistych, zawsze miano do czynienia z nader rozległymi guzami miękkimi. W spostrzeżeniach 5 stwierdzono nadto

objawy zamknięcia światła kiszek. Co do następstw rękoczynu zaznaczyć wypadnie przede wszystkim, że 6 operowanych zmarło w dni kilka po laparotomii, bądź w skutek zapaści, bądź od niedrożności kiszkowej; jedna chora umarła w rok po operacji od przerzutów; reszta, t. j. osobników 7 żyją i, jak dotąd, wolni są od nawrotu zupełnie. W jednym z tych spostrzeżeń pomysłnych od operacji upłynęło już lat sześć przeszło, w 2-ch przypadkach — lat cztery, w jednym — trzy, dwaj operowani żyją lat dwa bez nawrotu, ostatni wreszcie rok już cały cieszy się zdrowiem doskonałym. Jeden szczególnie przypadek zasługuje na uwagę bliższą, dotyczy bowiem chorego, u którego wycięto nader ruchomy guz wielkości pięści, bolesny na dotyk i sprężysty, zawierający w swem rozmiękczonej wnętrzu gałązkę majeranku, długą na 6 ctm. Gałązka ta sterczała z kiszki i niewątpliwie była przyczyną szybkiego wzrostu nowotworu i jego bolesności niezwykłej.

346. *W. Zoega v. Manteuffel* z Dorpatu. **O skręceniach osiowych kłzki ślepej.**

Przekręcenie się jelita ślepego dookoła osi powstaje tam tylko, gdzie istnieje zanadto duża krezka odnośna (*mesenterium commune ileo-coeci*), a moment ten usposabiający nie jest wcale tak rzadki, jak można by mniemać z góry. Rozróżniać trzeba dwie postaci skręceń osiowych, t. j. a) skręcenie się naokoło osi kiszkowej oraz b) kręzkowej; rzecz prosta, pomiędzy postaciami temi mogą być odmiany przechodnie. Pierwszy z wspomnianych powyżej rodzajów skręceń wytwarza się zwykle w tem miejscu, gdzie jelito wolne przechodzi w przytwierdzone; skręcenie to przekracza nieco 90° , dochodzi najwyżej do 180° , nadto w przypadkach takich w skutek często powtarzających się nawrotów dojść może do zwężenia natury bliznowatej w miejscu przekręcenia. Druga kategoria skręceń nie przenosi zwykle 180° , lubo widywano te ostatnie dosięgające 270° i więcej jeszcze. W 4-ch odnośnych autora przypadkach stwierdzano zawsze zwrócone na prawo skręcenie kłzki spiralne, powstałe zwykle w skutek gwałtownego wyciągu tułowia oraz następczego napięcia się mięśni brzucha. Zrozumieć można łatwo ten urazowy sposób powstawania cierpienia, jeżeli zauważy się, że nieprawidłowo ruchome jelito ślepe, obciążone zawartością zastarzałą łatwiej, niż inne kłzki daje się przerzucać ku górze podczas wykonywania ruchów tułowiem; przy tem jelito ślepe nie może już wrócić na swe miejsce dawne, dzięki bowiem rozdęciu zostaje uwieszone bądź pod łukiem żebrowym, bądź w innym jakim miejscu, a w opróżnione siedlisko poprzednie wstępuje jelito cienkie. Zaznaczając, że objawy są tu jednobrzmiące z objawami zwykłej niedrożności kiszkowej, nadmienić trzeba, że rozpoznawanie cierpienia dotąd jeszcze ustalone nie jest, w odnośnych bowiem przypadkach przyjmowano jelito ślepe za kątnicę esowatą lub za okrężnicę poprzeczną; błędu pierwszego można się ustrzedz, stwierdziwszy u chorego skuteczność ławatywy, w obec wątpliwości drugiej wypadnie zwracać uwagę na kierunek ruchów robaczkowych, o ile takowe istnieją i dają rozpoznać się przez cienkie powłoki

brzuszne. Przypadki nieoperowane, w liczbie 13, wszystkie zakończyły się śmiercią, co do 5 innych, w których podjęto laparotomię, otrzymano wyzdrowienie w trzech. Sam autor operował czterech tego rodzaju chorych i w 3-ch przypadkach osiągnął wynik pomyślny. W dwóch nadto ze spostrzeżeń powyższych rezekowano kiszkę, jako uległą zgorzeli.

347. *H. Haecckel* ze Szczecina. **O skręceniu (volvulus) kątnicy esowatej.**

Na oddział autora przybyła 45-letnia kobieta, cierpiąca od czasu dłuższego na zaparcia, ostatnio zaś—od dni 5, z brzuchem wzdętym, w niezłym, zresztą, stanie ogólnym. Ponieważ postawienie diagnozy ścisłej było na razie niemożliwem, z zabiegiem ociągano się przez dwa dni jeszcze, gdy jednak chora dostała gorączki i przyspieszonego tętna, przystąpiono do operacji. W mniemaniu, słusznem zresztą, że ma się do czynienia ze skręceniem kątnicy esowatej wykonano cięcia powyżej lewego więzła Poupert'a dla utrzymania odbytu sztucznego, poczem brzuch otworzono na przestrzeni na tyle rozległej, że do jamy można było wprowadzić rękę i wy badać stosunki dokładnie. Po otwarciu otrzewny wypłynęła ztamtąd ilość znacząca cieczy cuchnącej i mętnej; ręka operującego, wprowadzona pomiędzy jelita napięte, wyczuwała wyraźnie przylegające do przedniej ściany brzucha duże, wzdęte mocno pętle kiszkowe, które przebiegały z góry ku dołowi pionowo, kończąc się nagle u przyłodka, jako pasmo, pępkowato skręcone. W obec danych tego rodzaju ranę brzucha pierwotną zamknięto, poczem rozcięto tenże w smudze białej i przekonano się, że nader wzdęta kątnica esowata sięgała aż do wątroby. Z uwagi, że na błonie surowiczej widoczne były nadżarcia liczne, a zabarwienie pętli zgorzel zdradzało rozległą, autor opróżnił przedewszystkiem zawartość tychże drogą cięcia, poczem dokonał odwrócenia (detorsio). Po wyrezekowaniu zmartwiałych pętli i zmniejszeniu rany zewnętrznej szwem wszyto do tej ostatniej otwartą cięciem poprzecznym część zdrową okrężnicy zstępującej, ku dołowi wszelako nie można było dotrzeć do kiszki zdrowej, zgorzel bowiem szerzyła się daleko w głąb miednicy. Trzeba było zatem przestać tylko na wyciągnięciu kiszki, ile się da, ku ranie i owinięciu tychże paskami gazy aż do dna miednicy, dzięki czemu odseparowano zupełnie kiszkę, uległą zgorzeli od reszty trzewiów. Po dniach 12 oddzieloną już kiszkę wyciągnięto na zewnątrz, operowana zaś wyzdrowiała po upływie 2-ch miesięcy. Jak przekonano się podczas badania ostatecznego, palec wsunięty do odbytnicy w mowie będącego osobnika sięgał na 10 ctm. ku górze i tu znajdował jelito, kończące się ślepo.

Przypadek powyższy, prócz osobliwości klinicznych, ważnym jest z tego jeszcze względu, że wykazuje w całej pełni skuteczność tamponady. Zaznaczyć przy tem trzeba, że od czasu stosowania w omawianych przypadkach leczenia chirurgicznego rokowanie dla skręceń kątnicy polepszyło się nader wybitnie. Jeszcze bowiem w roku 1882 Liébault w swej Thèse de Paris nie mógł przytoczyć ani jednego wyleczonego przypadku skręcenia. Tymczasem już w 10 lat

później Braun naliczył spostrzeżeń takich siedm, a statystyka odnośna z postępem czasu polepsza się stale; jak widać z przytoczonej przez autora kazuistyki najnowszej, obejmującej 54 przypadki z dobrym w 33 (61,1⁰/o) wynikiem.

117. *W. Müller* z Achen przedstawił na zjeździe preparat następujący:

U kobiety 40-letniej pomiędzy dwoma listkami krézki jelita ślepego i wyrostka robaczkowego wytworzyła się duża, jak dwie pięśni męskie torbiel, którą, mówiąc nawiasem, wyłuszczyć było bardzo ciężko. Osobliwością danego przypadku jest przedewszystkiem umiejscowienie nowotworu niezwykle, wszystkie bowiem prawie spostrzegane dotąd torbiele krézkowe należały do kiszek cienkich, a dalej — powstałe, prawdopodobnie, w związku z torbielą tą zapalenie wyrostka robaczkowego. Wreszcie, w przeciwieństwie do znacznej większości przypadków (brak nabłonka) ściany torbieli były tu wysłane jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowatym. Przypadek zakończył się bardzo pomyślnie.

348. *W. Peterson* z Heidelbergu. **Przyczynek do chirurgii wątroby i dróg żółciowych.**

W odczycie zamieszczone zostało sprawozdanie ze 162 operacyi, wykonanych na klinice Heidelberskiej, które dotyczyły, w większości razy, kamicy żółciowej. Autor podnosi naprzód konieczność badania moczu w tego rodzaju przypadkach, które często wystarczyć może samo przez się do postawienia rozpoznania.

Co do zabiegów operacyjnych, w 65 przypadkach wykonano cholecystostomię doraźną z zależnym od operacyi wynikiem złym dwa razy, dalej, cholecystostomię dwukrotną — raz jeden oraz trzy cholecystopeksye z powodzeniem zupełnem. Dziesięciu chorych poddano cholecystektomii, z których dwóch zmarło od krwotoku płucnego i zapalenia otrzewny, siedmiu — cystektomii z jednym niepomyślnem na skutek sprawy w otrzewnie zejściem, w 20 wreszcie przypadkach podjęto choledochotomię z czterema wynikami złymi. Prócz tego, w 11 przypadkach trzeba było wykonać zespolenie dróg żółciowych z kiszka, bądź z przyczyny nowotworu, bądź — kamicy, przyczem u osobników czterech użyto dla zespolenia guzika Murphy'ego. Co do nawrotów, w dwóch przypadkach, w których wykonano cholecystostomię wczesną, wypadło usuwać kamyki nową drogą choledochotomii; u dwóch innych chorych wyzdrowienie nastąpiło po wtórnem dopiero kamyków odejściu, zresztą, wszyscy operowani inni wolni są, jak dotąd, od nawrotu.

Ilość przypadków, w których powstawała przepuklina poopercyjna, nie przewyższała 20% liczby ogólnej, przetoki żółciowe wytwarzały się w przypadkach ośmiu, w pięciu wszelako usunięto je na drodze operacyjnej. Godne również uwagi są wyniki badań bakteriologicznych, przedsiębranych w przypadkach 50; badania te stwierdziły, że u osobników 46 pęcherzyk zawierał drobnoustroje, mianowicie: 36 razy znaleziono łasecznika okrężnicowego — *bacterium coli*,

w 6, prócz wspomnianego powyżej drobnoustroju, pęcherzyk zawierał i złocistego gronkowca, w 4-ch wreszcie przypadkach znajdowały się także paciorkowce. W przypadkach owych po dwu lub czterotygodniowym drenowaniu nieustannie znajdowano pęcherzyk całkiem niemal jałowy; tu również przytoczyć należy spostrzeżenie, w którym miało miejsce pęknięcie pęcherzyka i literalnie zalewanie otrzewny żołąca w ciągu tygodni pięciu.

Po nałożeniu na pęcherzyk szwu osobnik wyzdrowiał. U chorych 30 stwierdzono nadto powikłanie przez raka, przyczem cztery razy tylko można tu było operować radykalnie. W pierwszym tego rodzaju przypadku śmierć nastąpiła wkrótce na skutek zapalenia otrzewny, w drugim — w pół roku po operacji od nawrotu, jedna chora żyje dwa, druga — pięć miesięcy od operacji i bez dającej się stwierdzić recydywy. Operacje li tylko na wątrobie podejmowano w 6 przypadkach na skutek bąblowca, kilaka, dużej przewodu żółciowego torbieli oraz mięsaka wątroby, stwierdzonego w 3-eh przypadkach. Dwa z tych ostatnich zakończyły się niepomyślnie, co do trzeciego — operowany w stanie znośnym żyje już siedem po zabiegu miesięcy; krwotok z wątroby można było zawsze opanować zupełnie bądź zapomocą podwiązki sprężystej, bądź — szwów głębokich lub tamponady. Nadto w celach doświadczalnych wypróbowano w razie krwotoku działanie pary i powietrza gorącego, z których to ostatnie zwłaszcza dawało wyniki nader zadawalniające.

349. *L. Heidenhain* z Worms opisuje przypadek nowotworu złośliwego na szyi pęcherzyka żółciowego, przyczem raka wykryto tu całkiem przypadkowo w przebiegu operacji nad będącym w mowie narządem, który uległ ropieniu i zawierał kamienie. Jakkolwiek wątroba operowanego na pozór zdawała się być całkiem zdrową, chory zmarł w trzy miesiące po operacji na raka tejże. Ta niesłychana raka pęcherzykowego złośliwość czyni koniecznym, by w każdym przypadku odnośnym, zwłaszcza dotyczącym osób starszych, otwierać pęcherzyk możliwie szeroko i jego wnętrze oglądać dokładnie. W razie znalezienia tamże jakichkolwiek mas nowotworowych narząd wyciąć trzeba bezwzględnie, gdyż gołem okiem trudno jest określić na pewno, że owrządzenie dane nie jest ropoczynającym się rakiem.

350. *Dührssen* z Berlina. **O stosowaniu miejscowem pary w celu powstrzymywania krwotoków macicznych.**

Autor na drodze doświadczalnej wypróbował działanie pary w przypadkach krwotoku, powstałego u zwierząt po rezeceji wątroby lub przecięciu tętnicy udowej, przyczem posługiwał się tu ulepszoną Snegirew'a przyrządem. W wielu rozpaczliwych na pozór przypadkach, które mogłyby w innym razie stanowić wskazanie do wyluszczenia macicy, a udawało się opanowywać krwotok olbrzymi w ten sposób, że po waporyzacji dwuminutowej wywoływano odwarstwienie (exfoliatio) zupełnie uległej zgorzeli macicznej błony śluzowej wraz z zagładą jamy i zanikiem narządu.

To energiczne zastosowanie pary przeciwskazane być musi wobec nowotworów macicy złośliwych, lub w razie przebywających

w teŝże resztek jaja płodowego. Przeciwnie, metoda d-ra D. jest całkiem na miejscu u kobiet w czwartym lat dziesiątku, cierpiących na krwotoki, uwarunkowane przez przewlekłe w macicy sprawy zapalno-nieżyłowe, przez kruchość naczyń niezwykłą, wreszcie przez pomniejsze mięśniaki śródmiaższowe. U kobiet młodych stosuje się waporyzację z początku w ciągu $\frac{1}{4}$ minuty, po upływie zaś miesiączki najbliższej zabieg powtarza się w razie potrzeby. Mogącemu powstać pod wpływem rozpalonej rury cewnikowej zwięźeniu kanału szyi zapobiega się przez rozszerzanie teŝże laminaryą oraz zaopatrzenie części cewnika szyjowej w dren. Waporyzacja jest wreszcie zabiegiem uzasadnionym zupełnie i w przypadkach świeżej rzeźączki macicy lub jej zapalenia poporodowego (endometritis puerperalis); ogranicza ona zatem częstość koniecznych przedtem zabiegów operacyjnych, przeto jest cennym dla terapii ginekologicznej nabytkiem.

351. *Grosse z Halle.* **Torbiel skórzasta jajnika prawego, dziurawica jelita stołcowe.**

Przypadek dotyczył kobiety 36-letniej, która w przebiegu dziesiątej swej ciąży zachorowała nagle na mocne bóle brzucha, od szóstego zaś owej ciąży miesiąca doznawała występującego okresowo zaparcia. Po przerwaniu pęcherza płodowego boleści wzmogły się więcej jeszcze, a ponieważ główka nie ustawiła się, z odbytu jeno sterczał guz wielkości jabłka, tenŝe nacięto, poczem wylała się zeń obficie ropa i massy, podobne do ryżu. Poród wkrótce odbył się całkiem prawidłowo, co do zaparć wszelako, te niebawem powróciły znowu, nadto chora zauważyła, ŝe za każdym razem po stoleu wypycha się jej do odbytu pęk włosów. Drogą rezekeji odbytnicy usunięto wreszcie duŝą, jak jajo kurze, wypchaną włosami torbiel skórzastą, która przebiła się do kiszki stołcowej. Operowana wyzdrowiała. Preparat otrzymany autor demonstrował na zjeździe.

352. *Feliks Franke z Brunświku.* **O leczeniu operacyjnem porażenia nerwu promieniowego.**

Operacja, której autor dokonał w dwóch przypadkach odnośnych, wywołanych przez porażenie rdzenio-mózgowe dziecięce, zaszła się na skróceniu ścięgna mięśnia wyprostnego napiętko-promieniowego (extensor carpi radialis) i połączenia części środkowej przeciętego ścięgna zginacza napiętka łokciowego (flexor carpi ulnaris) z mięśniem wyprostnym palców wspólnym (extensor digitorum communis longus). Mięsień wyprostny palucha nie był tu porażony zupełnie, nie wymagał tedy zamieszczenia, a porażenie mięśnia wywrotnego (supinator) wyrównane zostało za pomocą szyny krętej (spiralnej). Wynik, jak stwierdzono ogólnie na przedstawionych przez autora na zjeździe osobnikach, był zadawalniający zupełnie.

353. *Hoffa z Würzburga.* **O zwichnięciach nawykowych w części dolnej stawu promienio-łokciowego.**

We wszystkich trzech przypadkach zaburzenia czynnościowe w stawie, wyszczególnionym w nagłówku były bardzo wy-

datne, a przyczyna tej niedomogi ruchowej — trudną za każdym razem do wyrozumienia. Przypadek pierwszy dotyczył 17-letniej chorej, która nabawiła się zwichnięcia w dolnej części stawu promieniołokciowego po podniesieniu kubła z wodą. Sprawę chorobową przyjęto za zapalenie pochewek ścięgnistych i do błędnego rozpoznania tego zastosowano odpowiednią terapię. Dopiero na klinice autora przekonano się, że główka kości łokciowej sterczy ku stronie grzbietowej stawu napięstkowego i że główka owa, pochwyciona dwoma palcami daje się wygodnie przesunąć do dolnego końca promienia, wracając na prawidłowe swe miejsce. W przypadku drugim chodziło o 15-letniego chłopca, uległego przed rokiem złamaniu części promienia środkowej, przyczem chłopiec ten upadł na zgiętą grzbietowo rękę lewą. Jakkolwiek złamanie zagojono doszczętnie, niedowład ramienia trwał w ciągu dalszym, a przeróżne sposoby leczenia nie prowadziły do celu. Autor stwierdził dopiero zwichnięcie w części dolnej omawianego stawu, co potwierdziło się również przez badanie promieniami Roentgen'a. W przypadku trzecim leczono siostrę miłosierdzia, z takim samym zwichnięciem, powstałym również od urazu. W trzech spostrzeżeniach tych wykonywano cięcia podwójne, a po otwarciu stawu spajano obie kości wzajemnie za pomocą trzech głębokich, przewlekanych przez okostną szwów metalowych. Przebieg dalszy za każdym razem był nader pomyślny, operowani bowiem po upływie 2—3 tygodni odzyskiwali władzę w chorej uprzednio kończynie górnej zupełnie.

K. Niedzielski.

354. Prof. Schech z Monachium. **Przyczynę do patologii próchnienia kości klinowej.** (München. med. Woch. № 27. 1898).

Otok ropny zatoki kości klinowej, powikłany rozlanem tejże kości cierpieniem prowadzi często do objawów nader poważnych, niekiedy zaś do śmierci chorego. Umiejscowienie blizkie ważnych szczelin czaszkowych tłómaczy nam też łatwo powstające po wybuchu omawianej sprawy chorobowej wyniki takie jak ślepotą częściową lub całkowitą, porażenie mięśni ocznych, przeżarcie tętnicy szyjowej i naczyń innych, wytwarzanie się zakrzepu w zatokach żylnych i ropni podkorowych lub mózgu, podstawowe opon mózgowych zapalenie (meningitis basilaris) i t. p. Tu zauważyć należy, że rozległe ścian zatoki klinowej próchnienie powstaje zwykle w następstwie spraw, wywołujących skazę krwi u osobnika chorego, najczęściej więc — skutkiem przymiotu lub nurtujących ustrój nowotworów złośliwych.

W obec rzadkości względnej przypadków próchnienia kości klinowej, tem większej nabierają wagi trzy odnośne spostrzeżenia autora, z których w pierwszym chodziło o pewną 28-letnią kobietę, doświadczącą od niejakiego czasu uporeczywych bólów głowy oraz zatykania w obu nozdrzach. Podczas badania stwierdzono u chorej

obecność guza z punktem wyjścia ze ściany przednio-dolnej zatoki, przyczem guz ów wypełniał sobą jamę noso-gardzielową. Po dokonaniem pomyślnie wyluszczeniu przekonano się na mocy badań drobnowidzowych, że nowotwór nie należał bynajmniej do rzędu złośliwych, z drugiej znów strony zwracały na siebie uwagę istniejące równocześnie objawy porażenia prawostronnego nerwów: okoruchowego i rozocznego (abducens), przy niezajętym stanowczo nerwie wzrokowym (n. opticus). Tytułem próby zaordynowano chorej jodek potasu. Ponieważ po pewnym czasie z jamy kości klinowej zaczęła wydzielać się ropa, przystąpiono do jej przemywań, pierwsza wszelako próba z letnim roztworem kwasu borowego wypadła arcyniefortunnie, operowana bowiem prawie natychmiast po zastrzyknięciu utraciła przytomność, dostała dreszczów, gorączki oraz przejściowej, wprawdzie cukrzycy z obfitem, bo do 7 litrów na dobę dochodzącem oddawaniem moczu. Nadto po upływie czterech tygodni u chorej stwierdzono opad (ptosis) na oku lewym wraz z obustronnem ograniczeniem pola widzenia.

Stan ogólny pogarszał się szybko, prócz bowiem coraz mocniejszych, częstszych bólów głowy i cuchnącego z nosa krwawego wyśięku wystąpiła ślepotą całkowitą, wszystkie zaś zabiegi, zmierzające ku rozszerzeniu kanałów od strony nosa były bezużyteczne zupełnie. Wobec tego rodzaju bezsilności kuracyi, z uwagi na powstałe później znieczulenie zupełne nerwu trójdzielnego, głębokie gałki ocznej owrzodzenia, porażenie mięśni żucia i poważne zaburzenia świadomości przyjęto cierpienie za przypadek nowotworu złośliwego, co też na oględzinach pośmiertnych sprawdziło się niebawem. Na trupie znaleziono zwyrodnienie nowotworowe lewego przedniego zrazu mózgowia, który tworzył bryjowatą masę miękką (mięsak glejakowaty), rozlaną i do jamy nosowej drażącą; z kości klinowej pozostały marne resztki zaledwie, kości zaś sitowej nie było już wcale.

Dwa inne przypadki dotyczyły mężczyzn, z których jeden przed laty kilkoma przechodził owrzodzenia przymiotowe gardzieli, drugi zaś przed pół rokiem miał przymiot jądra. Obaj ci chorzy doświadczyli wypływu ropnego z nozdrzy, biorącego początek swój w zatoce klinowej i związanego z obnażeniem części lemiesza (vomer) tylnogórnej. Terapia jodowa oraz oczyszczanie jam nosa heksametylfioletem i wdmuchiwanie do miejsc próchniejących jodolu, lubo opornie, doprowadziły wszelako w spostrzeżeniach obu do wyleczenia miejscowo, choć chorzy ci i po zupełnem usunięciu ropotoku dostawali poważnych zaburzeń mózgowych, zwalczanych z powodzeniem względem wejeraniami szaruchy i jodem. Trzy te przypadki, a zwłaszcza pierwszy, pouczają wymownie, jak trzeba być ostrożnym w obec spraw omawianych w kości klinowej z wszelakimi miejscowymi reżymami, nigdy bowiem niepodobna przewidzieć na pewno, czy nie istnieje w kości szczelina jakaś, prowadząca do wnętrza czaszki lub zrost, który przez użycie zgłębnika lub strumień mocny zastrzykiwanej cieczy może uleść rozdarcieiu i doprowadzić w następstwie do zejścia niepomysłnego.

K. Niedzielski.

II. Choroby weneryczne i skórne.

355. K ü m m e l. **Leczenie porównawcze wilka promieniami Röntgena i światłem skupionem.** (Traitement comparatif du lupus au moyen des rayons de Röntgen et de la lumière concentrée. La Sem. Med. № 23. 98).

Na postawie swych doświadczeń autor wyprowadza następujące wnioski: promienie — X, wymagają zachowania pewnych ostrożności, mogą bowiem wywołać głębokie zmiany rozpadowe tkanek. Autor umieszcza rurkę w oddaleniu 40 cent., a następnie stopniowo ją przybliża stosownie do tego jak chory znosi tego rodzaju leczenie. Pierwszy objaw działania występuje pod postacią zabarwienia żółtego skóry, przypominającego podobnego rodzaju zmiany, wywołane długo-trwałem działaniem promieni słonecznych.

Zupełnie podobne wyniki, otrzymał autor, przy zastosowaniu światła skupionego słonecznego, co skłoniło go do przypuszczania, że działanie promieni — X na skórę dotkniętą wilkiem, wcale nie zależy od ich szczególnych własności.

Wpływ światła skupionego objawia się niekiedy tak szybko, że autor widział znikające guzeczki wilka prawie bez blizny, już po jednokrotnem posiedzeniu.

J. Wojciechowski.

356. Tessier et Roux. **Rozpoznanie różniczkowe przymiotu arte-ryi, opon mózgowych i mózgowia.** Essay de diagnostic différentiel entre la syphilis arterielle, la syphilis meningée et la syphilis gommeuse de l'encephale. (La Sem. Méd. № 17. 1898).

Autorzy wyróżniają 3 postaci przymiotu mózgu t. j. naczyniową, oponową i gumatyczną, a to stosowanie do zmian anatomo-patologicznych i odpowiadającego im przebiegu klinicznego.

1-sza postać, zaczynająca się od zmian w naczyniach, składa się z dwóch występujących po sobie stopni. Pierwszy z nich zaczyna się stanem zapalnym naczyń, rozszerzeniem lub zwężeniem ich światła, wywołującym mniej lub więcej znaczną niedokrwistość określonego odcinka mózgu. Obraz kliniczny występuje głównie pod postacią objawów porażenia, jako następstwa beczynności danego miejsca, niedostatecznie zasilanego krwią; znamionują się one występowaniem nagle i krótkotrwałem i rozszerzaniem się na kilka oddzielnych okolic kończyn. Bezwładny w formie hemiplegii albo, co bywa częściej, monoplegii występują nagle i przetrwawszy od kilku godzin do kilku dni, szybko znikają, nie pozostawiając po sobie śladu. Bóle głowy, jeżeli bywają, to są zazwyczaj rozlane i nie dadzą się wywołać uciskiem lub opukiwaniem czaszki.

Kończyny ulegają rozmaitym parastezyom bez zmiany uczucia. Władze umysłowe wolno, lecz stopniowo przętpięją się; pamięć słab-

bnie, chęć do pracy umysłowej zmniejsza się; często napotyka się czasowa utrata mowy. Majaczenia i złudzeń zmysłowych zazwyczaj nie bywa.

Zmiany, powiększając się stopniowo, dochodzą do drugiego okresu swego rozwoju — końcowego, charakteryzującego się rozerwaniem lub zamknięciem naczyń, z następczym zniszczeniem odpowiedniej okolicy mózgowia.

2-ga postać charakteryzuje się kilakowatym naciekiem opon mózgowia, rozwojem prosówkowatych gumatów i ostatecznie ich nekrozą. Z powodu drażniącego działania, wywołanego tak zmienionymi błonami w korze mózgowia, w obrazie klinicznym tej postaci przeważają objawy zadrażnienia. W postaci tej często spostrzegają się dają napady epileptyczne i miejscowe epileptyczne drgawki, ograniczające się niekiedy tylko do jednej kończyny. Bezwładny odznaczają się trwałością i towarzyszą im drgawki, naprężenia mięśni, przykurczenia i wzmożona czynność odruchów. Zmiany w sferze uczucia należą również do trwałych; prawie zawsze bywają bóle głowy, to rozlane to ograniczone, lecz zawsze bardzo uporczywe i zwiększające się przy ucisku czaszki i opukiwaniu jej.

Na kończynach znajdujemy miejsca z uczuciem podniesionem, zmniejszonym i zupełnym jego brakiem. W sferze narządów zmysłowych, napotyka się najczęściej bardzo wyraźne zapalenie nerwu wzrokowego.

Do objawów zadrażnienia należy zaliczyć również zmiany w sferze psychicznej: występuje silne majaczenie, podobne niekiedy do ostrej manii; złudzenia zmysłów, będące źródłem zjawisk maniakalnych i t. p., władze jednak umysłowe, w przystankach pomiędzy napadami pobudzenia, wcale nie są zajęte. Autorzy spostrzegali niekiedy przy tej postaci podniesienie ciepłoty do 40° C. i wyżej, przyczyna tego objawu dotąd jest niewiadoma.

3-cia postać, więcej rzadka, występuje pod dwoma, anatomicznie różnymi formami: 1) ograniczonych kilakowatych narostów, otoczonych twardymi torebkami z tkanki włóknistej; 2) kilaków rozlanych, bez ściśle ograniczonych kilakowatych nacieków. Ponieważ następstwem zmian takich bywają z jednej strony zniszczenia najbliższej tkanki mózgowej, a z drugiej podrażnienie okolic sąsiednich, to też i obraz kliniczny charakteryzuje się objawami właściwymi obu zmianom.

Objawy wywołane przez pierwsze zmiany zależą od miejsca zajmowanego przez nowotwór kilakowaty i odznaczają się niezwykłą trwałością. Drugie porażają ruchy, sferę uczucia i władz umysłowych w najrozmaitszym stopniu i postaci, przypominając obraz nowotworu mózgu. Patogeneza tych objawów bywa bardzo złożona i jest w zależności tak od wzmagających się zmian w ogóle, jak i w szczególności od nieprawidłowego obiegu krwi.

J. Wojciechowski.

357. Dr. Róna. **O objawach całkowitego zapalenia cewki moczowej.**
(Urethritis totalis). (Archiv. f. Derm. u. Syph. 44 B.).

Autor wyprowadza w swej pracy następujące wnioski.

1) Na 160 przypadków ostrego zapalenia cewki w 26-ciu było zajęcie cewki przedniej, w 22-ch — zapalenie cewki tylnej o lekkomętnej 1-ej i przezroczystej 2-ej porcyi moczu (urethritis prostatica), i 112 przypadkach zapalenie cewki tylnej o mniej więcej mętnej 2-ej porcyi moczu.

2) Wzmózone parcie na mocz może mieć miejsce nawet przy zapaleniu cewki przedniej (na 26 przypadków było obserwowane w 6-ciu).

3) Na 22 przypadki arthritidis posterioris o lekkomętnej 1-ej, i przezroczystej 2-ej porcyi moczu wzmózone parcie na mocz dało się zauważyć w $\frac{1}{3}$, częste zaś polucye mniej niż w połowie przypadków. Krwawienie w końcu moczenia nie dało się zauważyć ani razu.

4) Istnienia postaci tej (v. Zeissl'a ur. prostatica) zaprzeczyć nie można i w większości przypadków wydaje się ona być okresem początkowym postaci następującej.

5) Całkowite zapalenie cewki o mętym 2-gim moczu, powikłane nawet zapaleniem gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych lub też przyjadrza, objawia się w znacznej większości przypadków przez wzmózone parcie na mocz, częste polucye i ból w tylnej cewce, w bardzo zaś małej ilości przypadków komplikuje się krwawieniem w końcu moczenia.

6) Kwestya zwracania się wydzieliny z tylnej cewki do pęcherza (Regurgitationsfrage) pozostaje nierozstrzygnięta, skutkiem czego przy mętnej 2-ej porcyi moczu niewiadomo często, z kąd pochodzi wydzielina, wytwarzająca męt, z tylnej cewki czy też z pęcherza. W 1-szym razie mielibyśmy urethritis totalis, w 2-gim zaś — urethrocystitis.

7) Autor skłania się do przypuszczenia, że w większości przypadków urethritidis o 2-giej mętnej porcyi fałda ujścia wewnętrznego pęcherza przyjmuje mniej więcej udział w cierpieniu.

8) Krwawienie w końcu moczenia zawsze jest oznaką znacznego cierpienia ujścia wewnętrznego pęcherza.

9) Siedliskiem krwawienia w końcu moczenia jest fałda ujścia pęcherzocewkowego.

H. Uliński.

358. D r o b n y. **Znaczenia dla rokowania i leczenia rzeżączki ostrej umiejscowień gonokoków wewnątrz i zewnątrz komórek ropnych.**
(Med. Obozr. Czerwiec 1898).

Utrzymują powszechnie, że w wydzielinie rzeżączkowej gonokoki znajdują się wewnątrz ciałek ropnych i komórek nabłonkowych i, że obecność tych mikrobow w surowicy ropy, jest objawem przy-

padkowym, zależnym od rozgniecenia komórek podczas przygotowywania preparatu.

Autor, badając rzezoną wydzielinę za pomocą rozmazania wziętej kropli na szkiełku i barwienia płynem Pick-Jacobsona, jak również sposobem Gramma, wykazał, że mniej lub więcej znaczna ilość gonokoków znajduje się prawie zawsze nazewnątrz upostaciowanych elementów tkanek. Przypadki cierpień rzezączkowych, których ropa zawierała gonokoki zewnątrz komórek t. j. wolne, miały przebieg podostry i często odznaczały się powikłaniami. I na odwrót, jeżeli gonokoki umiejscowione były prawie wyłącznie wewnątrz komórek t. j. gdy ich nie widziano w części surowiejszej wydzieliny, cierpienie przyjmowało przebieg bardzo łagodny.

Osobniki, których wydzielina zawierała liczne gonokoki wolne, znosiły źle zastrzykiwania; te ostatnie wywoływały łatwo objawy zadrażnienia n. p. bóle, obrzęki gruczołów, podniesienie ciepłoty.

W przypadkach powyższego rodzaju, autor zaleca salol po 0,50 cztery razy dziennie, możliwy spokój, na członek kładzie opaskę ogrzewającą. Po przejściu ostrego stanu cierpienia, zastosowywa wstrzykiwania do cewki moczowej sublimatu 0,05⁰/₁₀₀.

Jeżeli w surowicy wydzieliny tryprowej wolnych gonokoków nie znaleziono wcale, lub bardzo mało, to można przystąpić jednocześnie do zastrzykiwań roztworu sublimatu i wewnętrznego użycia salolu. Nakoniec w okresie późniejszym, gdy bolesność przy moczeniu i wydzielina znacznie zmniejsza się, autor robi głębokie zastrzykiwania lapisu 1 do 3⁰/₁₀₀ szprycką Guyon'a.

Autor jest zdania, że w pewnych przypadkach gonokoki wytwarzają toksyny szkodliwie oddziaływające na leukocyty, znajdujące się wtedy jakgdyby w stanie porażenia i nie mogą zabierać w siebie mikrokoków, które, znajdując się w stanie wolnym mogą łatwo przenikać do rozmaitych tkanek i wydzielać w nich swe toksyny. Wehłanianie znów tych ostatnich wywołuje odczyn gorączkowy, spotykający się rzadko w rzezączkach z umiejscowieniem wewnątrz-komórkowym gonokoków.

J. Wojciechowski.

359. Scatolari. Leczenie kwasem pikrynowym ostrej rzezączki.

(La Sem. Méd. № 44. 1898).

Kwas pikrynowy odznacza się własnościami antyseptycznymi i kojącymi, przenika przytem łatwo w tkanki.

Własności powyższe kwasu pikrynowego skłoniły Scatolarego i Antonellego do zastosowania tego związku w ostrej rzezączce, wyniki leczenia były bardzo pomyślne, chorzy pozbywali się cierpienia już po dwóch tygodniach.

Przemywania kanału moczowego były robione trzy razy dziennie roztworem 2 do 5⁰/₁₀₀, przyrządem do przemywań nadmanganianem potasu. Za każdym razem przepuszczano płynu przez cewkę 1/2 litra

z wysokości 1 do 1½ metra. Ażeby przy czynności tej nie przenikały do kanału moczowego kryształki kwasu, roztwór powinien być przefiltrowany.

J. Wojciechowski.

360. Wilms. **Leczenie reumatyzmu rzeżączkowego ciepłem.** (Du traitement du rhumatisme blennorrhagique par la chaleur. La Sem. Med. № 23. 1898).

Autor próbował, w klinice chirurgicznej Lipskiej, leczyć reumatyzm rzeżączkowy nakładaniem na zajęte stawy lekkiego opatrunku gipsowego, okolo którego następnie były przeprowadzone zwoje cienkiej, spłaszczonej rurki ołowianej, przez którą przepuszczano wodę ogrzaną do 60° C., przyczem ciepłota na powierzchni stawu podnosiła się od 45° C. do 50° C.

Wyniki leczenia okazały się bardzo zadawalające.

J. Wojciechowski.

361. Prof. Welander. **O leczeniu rzeżączki protargolem.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 44. B.).

Autor stosował poronne leczenie protargolem w 12 przypadkach rzeżączki przedniej, których kurację rozpoczynał w 2—3 dni po zarażeniu. Z przypadków tych w 6-ciu gonokoki znikły w kilka godzin po pierwszym zastrzyknięciu protargolu, w 2-ch rezultatach był nie mniej dodatni, lecz nie mógł być dostatecznie długo kontrolowany; w 3-ch przypadkach wynik był nieco mniej pomyślny, w 1-szym zaś — ujemny. W celu leczenia poronnego autor zastrzykiwał rozczyn 3% do cewki na 10 minut 2 razy dziennie. Gdy wciągu 3—4 dni przy postępowaniu powyższem nie można wykryć gonokoków, zastrzyknięcia dokonywać należy tylko raz na dzień w ciągu 3—4 dni. Po upływie tego czasu t. j. 7—8 dni po zniknięciu gonokoków, przejść należy do szprycowań lekko ściągających, poczem w kilka dni znika wydzielina. W sposób podobny autor leczył również 5 przypadków rzeżączki, trwającej 4—7 dni od czasu zarażenia; rezultat kuracyi we wszystkich był bardzo pomyślny. Z 7-miu przypadków, w których leczenie rozpoczął w 8—14 dni po zakażeniu, w 4-ch gonokoki znikły po upływie od kilku godzin do 7-miu dni, w 1-szym wynik był mniej pomyślny, w 2-ch zaś rezultat był ujemny. Z przypadków rzeżączki, w których leczenie rozpoczął po upływie 14 dni i więcej od czasu zakażenia, w 6-ciu gonokoki znikły po 1-szym do 8-miu dniach, w 7-ym zaś rezultat był niepomyślny.

W 19-tu opisanych przypadkach, trwających od 4 dni do 2 tygodni i więcej, autor zastrzykiwał raz na dzień 2—3% rozczyn protargolu, chory zaś oprócz tego szprycował sobie 2 razy dziennie rozczyn 1%. Po zniknięciu gonokoków leczenie powyższe powta-

rzało się jeszcze kilka dni. W 4-ch przypadkach rzeźączki skomplikowanej nacieczeniem okołocewkowym autor otrzymał od protargolu (2—3⁰/₀) wyniki lepsze, niż od innych środków. Przejście cierpienia na tylną cewkę nastąpiło zpośród wszystkich powyżej wspomnianych przypadków tylko w 3-ch 8,57%. Cyfry tak małej autor nie otrzymał przy żadnej innej metodzie leczniczej. Przy rzeźączce tylnej cewki autor robił w wielu przypadkach irygacje protargolem $\frac{1}{2}$ ⁰/₀ według metody Janet'a.

Opierając się na tych doświadczeniach, sądzi, że protargol przy rzeźączce tylnej przewyższa nadmanganian potasu. W końcu autor przytacza szereg doświadczeń nad zaszczepleniem rzeźączki do cewki i zastrzykiwaniem następnie do tejże 4⁰/₀ protargolu po upływie od 10 minut do 6 godzin od czasu zaszczeplenia. Na mocy tych doświadczeń dochodzi do wniosku, że protargol 4⁰/₀, zastrzyknięty po upływie od kilku minut do 5 godzin po poderzonym spółkowaniu, zabija niezawodnie gonokoki, jeżeli dostały się one do cewki.

H. Uliński.

III. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

(Dokończenie).

Obowiązki służby zdrowia gminnej. Za otrzymywaną pensję lekarz jest obowiązany: przyjmować codziennie, w 2-ch godzinach wyznaczonych, w wszystkich chorych ambulatoryjnych bezpłatnie, odwiedzać bezpłatnie w mieszkaniach wszystkich chorych stanowiących głowy rodzin, przyjmować bezpłatnie dwa razy tygodniowo chorych w drugim punkcie ambulatoryjnym, gdzie takowy istnieje, prowadzić szpitalik gminny, rozmieszczać felezerów i akuszerki w miejscowościach swego rewiru, kontrolować niższą służbę zdrowia, rozciągnąć opiekę sanitarną nad swoim rewirem. Ponieważ lekarz odpowiada za swój rewir, usuwanie i wszelkie zmiany w służbie niższej należą tylko do niego. Za otrzymywaną pensję felezer jest obowiązany: do bezpłatnego niesienia pomocy, w zakresie swoich wiadomości, w szpitaliku i punktach ambulatoryjnych, do bezpłatnych wizyt w mieszkaniu u chorych ojców rodzin oracz biednych, w przypadkach wskazanych przez lekarza. Akuszerka ma obowiązek bezpłatniej pomocy w porodach, gdzie rodząca stanowi głowę rodziny (np. wdowa pozostała w ciąży) oraz u pacjentek biednych, o czym rozstrzyga lekarz, spełniania czynności z zakresu swoich wiadomości w szpitalu w przypadkach, wskazanych przez lekarza, bezpłatnego odwiedzania położnic z dni poprzednich, gdzie tego zajdzie potrzeba; za każdy poród, nie objęty zastrzeżeniem, akuszerka otrzymuje rubla od interesowanych. Wszelkie reklamacje co do niższej służby zdrowia rozstrzyga lekarz.

Wydatki na utrzymanie służby zdrowia w jednym rewirze le-

karskim, posiadającym maximum personelu, czyli prócz lekarza, 2-eh felczerów i 3 akuszerki.

Pensya lekarza	rs. 800 kop. —
„ 2-eh felczerów po rs. 300	„ 600 „ —
„ 3-eh akuszerek po rs. 200	„ 600 „ —
Apteka za lekarstwa dla biednych	„ 300 „ —
Szpital na 6 łózek	„ 1,642 „ 50
Razem	rs. 3,942 kop. 50

Przy układaniu wydatków na szpitalik o 6 łózkach liczę kop. 75 dziennie na łóżko i przypuszczam, że wszystkie łóżka cały rok są zajęte. Na okrąg lekarski zatem potrzeba rs. 3,942 kop. 50, za co każdy będzie miał szpitalik, bezpłatną pomoc w ambulatoryum dla wszystkich, bezpłatne wizyty do chorych ojców rodzin i bezpłatnie lekarstwa dla biednych, wedle uznania lekarza. Zkąd czerpać sumy? Oczywiście z piasku bieżą nie ukreśli i nowy podatek jest nieunikniony. Ponieść go muszą wszyscy właściciele gruntów we wsiach i nieruchomości po osadach, stosownie do wartości swoich majątków, to jest rolnicy stosownie do ilości posiadanego gruntu, właściciele nieruchomości w osadach — stosownie do wartości, jaką sami określili dla swoich domów przy ubezpieczeniu ich od ognia, wreszcie handlujący od wysokości opłat za patenty handlowe. Wyznaczymy podatek z morgi ziemi za 8 kopiejek, (prz. tem 4 morgi lasu liczy się za jedną), podatek z nieruchomości w m. ^vstezkach na kop. 10 od każdego rs. 100 ubezpieczenia i podatekⁱ od zakładów handlowych i przemysłowych na 10% od opłaty za paatenty, otrzymamy, że w ten sposób gmina np. Bełżyce płacić będąc:

rs. 1,570 kop. 96 z 8-kopiejkowego podatku gruntowego,
„ 99 „ 10 z 10-kopiejkowego podatku z każdego rs. 100 ubezpieczeń w osadzie,
„ 128 „ 10 z 10% podatku od patentów handlowych,
rs. 1,798 kop. 16 razem.

Czy podatek ten nie przechodzi sił mieszkańców? Nie mam pretensyi do znajomości kwestyi ekonomicznych i biorę to rzezy zgruba, rozumując w ten sposób. Taki 6-morgowy chłopiec zapłaci kop. 48 rocznie za prawo korzystania z bezpłatnego ambulatoryum dla całej swej rodziny i z bezpłatnych przyjazdów lekarza i felczerą w swojej własnej chorobie, kiedy dziś, wedle utartego zwyczaju, jednorazowe zasiągnięcie rady w mieszkaniu lekarza kosztuje go kop. 30, a 18-kopiejkami w żadnym razie nie wytlómaczy się felczerowi, jeżeli i ten jest potrzebny. Koszt ten zwiększa się przy radach w chorobach, wymagających rękoczynów. A więc podatek całoroczny wyuosiłby mniej niż dzisiaj jednorazowa wizyta. Suma rs. 1,798 na gminę zmaleje nam jeszcze, jeżeli uprzytomnimy sobie, że dzisiaj gmina ponosi koszty kuracyjne swych biednych chorych w szpitalach miejskich. Tak np. gmina Bełżyce płaci od szeregu lat corocznie

rs. 500 szpitalom lubelskim za tego rodzaju chorych. Jakkolwiek w przyszłości wydatek ten nie zostanie usunięty w zupełności, bo trzeba liczyć coś na chorych, potrzebujących ciężkich operacji, które nie będą mogły być dokonane w szpitalach gminnych, zmniejszy się jednak znakomicie. Ostatecznie, wydatek nie tylko na zaciąży ludności, lecz naprawdę ciężarów ujmie.

Gdy więc na utrzymanie służby zdrowia w rewirze np. bełżyckim potrzeba rs. 3,942 kop. 50, jedna gmina Bełżyce może bez ciężaru zapłacić rs. 1,798. W skład zaś tego rewiru wchodziłoby, wedle naszego projektu, cztery gminy.

Przypuszczając, że inne gminy, czy to mniejsze obszarem, czy też nie posiadające w swoim składzie miasteczka, nie będą płacić tyle i redukując sumę *rs. 1798 do rs. 1,200, otrzymamy, że rewir lekarski o 4-ch gminach przyniesie rs. 4,800. Niewątpliwie więc pozostanie remanent, który będzie można obracać na rozmaite ulepszenia lekarskie, podwyżkę pensji wysłużonym lekarzom, gratyfikacje niższej służbie etc. Bardzo być może, niemal jest pewność, że okaże się możliwość tworzenia nowych rewirów.

Dotychczasowe głosy lekarzy jednomyślnie oświadczyły się przeciw obieraniu lekarza gminnego drogą pogłównych wyborów. Kwestya ta tak ściśle jest związana z bytem samego lekarza, że nieznaną dobrze ani naszym wyborów, ani elementów wyborczych, mógł nas posadzić, że mówimy w imię tylko własnej skóry. Przeciwno takim posądzeniu z głębi duszy protestuję, a będę wyrazicielem opinii wszystkich lekarzy. Chcemy, by wybory nie były czezą formą tylko, lecz by były czynnością, do której, ze świadomością jej znaczenia, przystępują interesowani. Chcemy, żeby wybór nasz był nie tylko sposobnością uzyskania pensji i kawałka chleba, lecz by był istotnem votum zaufania i moralnem zadowoleniem, że jestem pożyteczny. Na to potrzeba, by wyborcą była uobywatelniona jednostka. Termin urzędowania obieralnego lekarza gminnego powinien być najmniej sześćoletni. Lekarz, obrany po raz drugi w tym samym okręgu, powinien, jak to jest dzisiaj z dziedziami gminnym, otrzymywać podwyżkę pensji do rs. 1000 i do rs. 1,200 po raz trzeci. Po za tem należy stworzyć kasę emerytalną, dla której opracować trzeba szczegółową ustawę. Wyborcy z pośród siebie wybierają komitet, do którego lekarz zwraca się, jako do najbliższej swej władzy, w kwestyach przechodzących codzienną gospodarke w okręgu, jak reparacye szpitale, powiększenie liczby łózek, podział rewiru na dwa i t. p. Komitet składa się z prezesa, sekretarza i członków, do których z urzędu należy lekarz. Prezesi, sekretarze i lekarze komitetów rewirowych pod przewodnictwem naczelnika powiatu tworzą komitet powiatowy. Postanowienia komitetu w sprawach gospodarki w rewirach zatwierdza gubernator. Również pod decyzję gubernatora idą kwestye sporne, co do których nie nastąpiło porozumienie w komitecie powiatowym.

W obec faktu, co do którego z góry można być upewnionym, że żaden z projektów, dzisiaj kutyh, doskonałym być nie może, że

życie zmusi do robienia poprawek, że powstać mogą kwestye, dzisiaj nawet nieprzewidywane, nienniknione są peryodyczne zjazdy lekarzy gminnych. Że one tylko korzyść przynieść mogą sprawie, każdy to rozumie i nikt, komu interes zdrowia ludności leży prawdziwie na sercu, powstawać przeciw nim nie będzie. Zjazdy takie, prócz spraw wchodzących w zakres administracyi — maszynę lekarską, winny mieć i cele naukowe. Nadto powinny tworzyć ulegalizowane ciało korporacyjne, mające na widoku i swoje własne interesa, jak kwestye emerytury, ubezpieczeń, kas pożyczkowych i t. d.

Pozostaję ze szczerem dla Was uznaniem i szacunkiem

Klarner.

Bełżyce, wrzesień 1898.

IV. KILKA SŁÓW W KWESTYI SŁOWNICTWA,

używanego w „Wydawnictwie podręczników chirurgicznych Billroth-Winiwartera, Hueter-Lossena i Kochera, wydawanych z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra Józefa Mianowskiego.“

W ciągu roku bieżącego zaczęły wychodzić z pod prasy pierwsze zeszyty wymienionego w nagłówku wydawnictwa. W chwili obecnej rozstrzyganie, czy wybór podręczników przeznaczonych do tłómaczenia szczęśliwie był zrobiony, byłoby już rzeczą bezowocną i spóźnioną. Dlatego chciałbym zwrócić uwagę czytelników *Kroniki* jedynie na pewne właściwości terminologii, jaka jest używaną w wydawnictwie.

Każdego z czytających uderzy odrazu wielka ilość nowoutworzonych terminów, spotykanych gęsto na każdej prawie stronie książki. Bez wątpienia, każde nowe odkrycie lub zasadnicza zmiana w pojmowaniu znanych już zjawisk wywołuje potrzebę utworzenia nowego terminu. Nikt też nie protestuje przeciwko neologizmom jak np. radiografia i t. p. Również zrozumiałem jest dążenie do zamiany określeń cudzoziemskich na rodzime; całkiem jednakże inaczej ma się rzecz, jeżeli pewien termin, który pozyskał już prawo obywatelstwa w języku, będzie zastępowany przez nowy, rzecz prosta, mniej zrozumiałą. Zamiana taka może mieć widoki powodzenia tylko w razie, jeżeli jej użyteczność ulegać nie może żadnej wątpliwości.

Dla powyższych przyczyn sądzę, że niektóre z proponowanych zmian będą chętnie przyjęte przez autorów piszących po polsku. Do takich zaliczam np. wyrażenie *ropówka* (phlegmone) zamiast zapalenie ropne tkanki łącznej lub obwój zamiast tour (bandaża). Jaką jednak wyższość posiadają *ropniak* nad otokiem (empyema), *grzbietnik* lub bocznik nad określeniem *ciern*, *tarń* lub wyrostek poprzeczny (pr. spinosus et transversus); dlaczego gnilica (septicaemia) ma być lepszem

wyrażeniem, aniżeli posocznica — wyznają otwarcie, nie rozumiem. Zapytałbym również, dlaczego tłumacze zamiast broda piszą bródka? Czy dlatego, że broda oznacza i część twarzy i zarost na niej wystający? Obawa przed dwuznacznikiem jest zbyt dużą, ponieważ w kwestyach chirurgicznych nie mówimy wyłącznie o mężczyznach brodę noszących, lecz również o kobietach i dzieciach. Zresztą i wyrażenie bródka posiada to dwoiste znaczenie. Wyrostek sutkowy (proc. mastoideus) został w podręcznikach, o których mowa, zastąpiony przez wyrostek cycowy. Czy ścisłość wyrażenia na tem zyskuje? Wyrostek ten z formy swojej może być prędzej porównany do brodawki (mamilla) aniżeli do całej piersi (mamma). Wyrażenie sutka, właściwie ssutek, oznacza i jedno i drugie, lecz i używany w trywialnym języku „cyciek, cyc“, posiada obadwa znaczenia. Ścisłość wyrażenia nie zatem na tej zamianie nie zyskuje. Pocóż więc wprowadzać do języka wyrażenia brutalne? Dwieście lat temu już Knapisz w słowniku swoim pisze: „cyciki, honestius dicitur piersi kobiece“; że zaś i dzisiaj do parlamentarnych wyrażen nie należą, to pewna.

Stosowne posiłkowanie się archaizmami może być niepoślednim środkiem uwydatnienia charakteru epoki w literaturze pięknej, lecz któremu z lekarzy zależeć może na tem, by język jego pracy „tracił myszką“? Zbytecznym chyba jest odgrzebywanie po słownikach wyrażen dawno zapomnianych, ażeby niemi zastąpić powszechnie używane obecnie. Odziedza, według słownika Lindego, oznacza błonę, błonkę. W czem lepsze jest wyrażenie odziedza wewnętrzna (intima) od błony wewnętrznej? Nadomiar upodobanie do starodawnych wyrażen łatwo może zaprowadzić na manowce, jak mamy tego przykład na wyrażeniu *cieśń* tarczycy (isthmus gl. thyroideae). *Cieśń*, znów według określeń słownika Lindego, oznacza szparę lub wazką przerwę między dwoma przedmiotami; isthmus oznacza wazkie połączenie. Są to zatem nie identyczne, lecz wzajemnie wyłączające się pojęcia; a więc przekład jest błędny.

Zastrzedz się muszę, że powoływano się moje na słowniki Knapiusa i Lindego nie pochodzi z chęci pochwalenia się erudycją na polu filologii — której nie posiadam zupełnie — lecz w celu zaznaczenia potrzeby uciekania się do nich, jaką ucuwałem przy czytaniu „wydawnictw-podręczników“. Sądzę, że każdy przeciętny czytelnik był w mojem położeniu i uważam to za poważną wadę każdego dzieła, a zwłaszcza dzieła mającego grać rolę podręcznika.

Nie chcąc nużyć czytelnika, na tem kończę uwagi nad słownictwem pojedynczych wyrazów i przechodzę do następującego zarzutu. Jest nim brak jednolitości w terminologii całego dzieła. Jedna i ta sama rzecz nosi, stosownie do uznania poszczególnego tłumacza, coraz inne miano. Septicaemia jest raz gnilicą, drugi posocznica, to znów septicaemia. Odziedza wewnętrzna w niektórych miejscach występuje jako wnętrznianka. Postępowanie przeciwnie nazywa się antyseptyką lub przeciwnością; spotykamy również i dyfteryę i błonicę.

Chwiejność tego rodzaju jest szkodliwą w podręczniku, dając powód do nieporozumień i sprawiając zamęt w pojęciach uczącego się. Jeżeli jednak zwrócimy bacniejszą uwagę na niejednostajność panu-

jąca w terminologii wydawnictw, łatwo dostrzedz możemy, że dotyczy ona głównie terminów patologicznych. W terminach anatomicznych widzimy pewną jednolitość i system. Nowo powstałe terminy dają się w określony sposób uszeregować. Gruczoły, chociaż nie wszystkie, otrzymują nowe nazwy ze stałą końcówką *ica* np. tarczyca (gl. thyroïden), przyusznicza (gl. parotis). Nazwy błon kończą się na *ówka*: słuzówka, spojówka.

Stojemy więc wobec nowego systemu słownictwa. Z przytoczonych prób podejrzewać możemy, że jest to zastosowanie pomysłów, wyłożonych w ogólnych zarysach przez St. Krysińskiego. Znany jest on jedynie jako projekt, jakim się przedstawi w wykonaniu, niewiadomo, ponieważ „Słownictwo anatomiczne“ jest jeszcze pod prasą. Chwalenie lub potępienie z góry rzeczy nieznannej, każdemu musi się wydać niestosownem. W danym jednak razie mamy coś więcej, aniżeli pochwały — wszak czyni od słów wymowniejsze — bo wprowadzanie w życie rzeczy ogółowi nieznannej. Skoro „Słownictwo anatomiczne“ się ukaże, krytyka oceni wartość dzieła, przyjmie lub odrzuci zmiany proponowane, ustali, czy i o ile mamy się stosować do pomysłów autora, ogół zaś ostatecznie kwestyę tę zdecyduje. Sądzę, że tłumacze postąpili niesłusznie, zmieniając naturalny bieg rzezozy. Ogólnie przyjętym zwyczajem jest ogłaszanie prawa przed wprowadzeniem go w życie; w danym wypadku nie może chyba być mowy o prawie i postąpienie tłumaczy uważać musimy niejako za rodzaj próby. Do prób jednak podręcznik mało się nadaje, powinien on zawierać raczej rzeczy ogólnie przyjęte i uznane, zarówno teorye jak i słownictwo. Takiego zdania trzymało się grono tłumaczy pierwszego podręcznika wydanego z zapomogi kasy imienia D-ra Józefa Mianowskiego. Czytamy bowiem w przedmowie do dzieła J. Cohnheima następujący ustęp: „Cel powyżej wskazany, „nazwany pedagogicznym“ mając na myśli, nie szczędzono starań, aby przekład uczynić co do treści dokładnym, poprawnym co do formy, czystym co do języka. W tym ostatnim względzie, unikając przeładowania obcemi dźwiękami, dbano o to, aby nie zgrzeszył nowatorstwem.“

A. Gruźewski.

*V. SPRAWOZDANIE z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Dnia 28-go czerwca r. 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Gabszewicz* przedstawił chorą z tętniakiem tętnicy ocznej. 30-letnia chora poczuła przy silnym kaszlu trzask w oku lewem, połączony z silnym szumem. Odtąd szum nie ustępował. Po 3-ich tygodniach wzrok w oku lewem osłabł. Po miesiącu wystąpiło wypuklenie gałki ocznej i szmer skureczowy w okolicy oka.

2) *Gajkiewicz* przedstawił: a) 28-letnią żydówkę, dotkniętą akromegalią. Od kilku lat zaczęły powiększać się ręce i nogi; od 3-ich lat nie miesiączkuje i od 2 lat widzi źle; obecnie przedstawia chora typowy obraz akromegalii; b) dwa przypadki płasawicy połowicznej po porażeniu; u chorej 45-letniej po porażeniu uczuciowo-ruchowym lewostronnem na tle wady serca pozostał niedowład, osłabienie czucia oraz objawy zwyrodnienia pęczka piramidального (zwiększenie napięcia mięśni, zwiększenie odruchów ścięgnistych) oraz ruchy płasawicze, powiększające się przy wzruszeniach. U drugiego chorego, 65-letniego, który przed 10-miesiącami przeszedł porażenie lewostronne na tle silnej miażdżycy naczyń, objaw ów płasawicy połowicznej jest wyrażony nader silnie.

3) *Świątecki* przedstawił przypadek kamieni pęcherzowych u 2¹/₂ letniego dziecka. Przypadek wydrukowany został w *Kronice Lekarskiej*.

Na porządku dziennym *Męczkowski* mówił o przypadku syringomyelii, spostrzeganym na oddziale Chełchowskiego; u 37-letniego mężczyzny, chorego od lat wielu. Na sekyi znaleziono spłaszczenia rdzenia na całej przestrzeni; na przekroju znaleziono kanał ciągnący się od oka do dołu rdzenia, wypełniony cieczą przezroczystą. Od kanału rozchodzą się boczne zatoki. Na okolo jamy znajduje się warstwa szeroka tkanki glejowatej. Wewnętrzna część tej warstwy jest bezkształtna jednolita. Światło naczyń jest rozszerzone lub zwężone, ściany naczyń są zgrubiałe i widać liczne wynaczynienia. Zwyrodnienia istoty białej są znaczne największe w pęczkach piramidalnych, zwłaszcza prawych. Pęczki tylne są znacznie zwyrodniałe. Rogi tylne istoty szarej są zanikłe w wielu miejscach. Na całej przestrzeni rdzenia znajdują się w sparze masy szkliste. W dolnej i środkowej części rdzenia znaleziono obraz ostrego zapalenia. Na zasadzie podanego przypadku i danych z piśmiennictwa *M.* robi uwagi co do istoty syringomyelii. Tem mianem oznaczamy chorobę, cechującą się przebiegiem przewlekłym, zaburzeniami w odżywianiu skóry, mięśni, stawów, zaburzeniami czucia rozmaitego rodzaju. Anatomicznie znajdujemy jamy w rdzeniu, zależne od bujania i rozpadu neuroglii. Cierpienie to jest związane z pewnymi zbroczeniami w życiu płodowym. Niezależnie od tego mogą być szczeliny w rdzeniu wskutek wylewów krwi, zapalenia, nowotworów rdzenia, przymiotu i t. d., nie mają one jednak nie wspólnego z syringomyelią.

W dyskusyi *Rychliński* znajduje, że preparaty *M.* są za grube i źle barwione, tak że na zasadzie ich nie można powiedzieć by sprawa chorobowa była syringomyelią.

Luxenburg uznaje preparaty za niedość dobre. Jamy pochodzą wskutek zaniku środkowych komórek w nowotworach, najczęściej glijakach lub wskutek gliozy centralnej. Ta ostatnia zaczyna się ku tyłowi od kanału środkowego na linii zamknięcia. Nabłonek zaczyna bujać, ulega rozpadowi, zanikowi i z tego powstaje jama, nie wysłana nabłonkiem.

Męczkowski utrzymuje, że na preparatach widać wyraźnie opisane przez niego zmiany. Co do syringomyelii niema wątpliwości, choćby na zasadzie badania mikroskopowego.

Rychliński powiada, że są dwa poglądy co do powstawania szpar: że płyn mózgodzeniowy w zetknięciu z mieliną rozpuszcza ją, i że to może mieć miejsce tylko w stanie zapalnym. Ponieważ odczynu zapalnego nie widać na preparatach, przeto można by myśleć o pierwszym poglądzie, który jednak nie wydaje się słusznym.

Gajkiewicz robi uwagę, że przed śmiercią wystąpiły objawy ostre, które *M.* tłumaczy zanikiem naczyń. Czy nie prościej uważać to za rozmiękczenie rozlane wobec braku nacieczenia drobnokomórkowego.

Męczkowski odpowiada, że przebieg kliniczny ostry nie pozwala na takie tłumaczenie.

W. Miklaszewski.

VI. Organizacya pomocy lekarskiej w gubernii Warszawskiej.

Od roku zeszłego, kiedy poraz pierwszy w *Z. XIX Kroniki Lekarskiej* zaznaczyliśmy dążność do uorganizowania pomocy lekarskiej dla ludu, kilkakrotnie już pismo nasze zajmowało się różnemi projektami, lepiej lub gorzej odpowiadającymi zadaniu. Ocenę projektu płockiego podała wyczerpująco *Kron. Lek.* w *Z. XXII*, takiej samej krytyce w *Z. IX* poddany był projekt inspektora gubernii Lubelskiej przez kol. Biernackiego.

Zaznaczyliśmy w zeszłym zeszycie nowopowstały projekt kielecki, do którego stosują się też same uwagi, co do płockiego. Wreszcie na łamach naszego pisma czytelnik niejednokrotnie spotykał się z głosami, krytykującemi drukowany w *Kronice Lek.* projekt Tow. lekarskiego w Lublinie oraz drukowany w *Medycynie* Towarz. lek. w Łodzi.

Obecnie pragniemy zapoznać czytelników z projektem, opracowanym dla gubernii warszawskiej przez inspektora lekarskiego gubernialnego d-ra Marcelego Lewińskiego.

Jak wiadomo gub. Warszawska zajmuje 15,400 m. kw. i liczy ludności (bez Warszawy) 1,558,557, podzielona jest na 14 powiatów. Ludność miejska wynosi 165,528 w 21 miastach, ludność wiejska 1,393,029 w 179 gminach. W całej gubernii praktykuje 115 lekarzy, gubernia posiada 7 szpitali stałych i 1 szpital letni (w Ciechocinku). Szpitale znajdują się we Włocławku, Kutnie, Łowiczu, Skierniewicach, Mieni, Pułtusk i Grójcu; wogóle łóżek jest 252 (prócz 60 w Ciechocinku).

W czasach ostatnich dzięki staraniom inspektora urządzono w Gostyninie, Nieszawie, Sochaczewie i Płońsku ambulatorya wraz z 4 łózkami, czyli ogólna liczba łóżek podniosła się o 16, w miastach tych utworzono dla leczenia chorych posady lekarzy miejskich; w innych miastach, gdzie szpitale już istniały, obowiązkiem lekarza miej-

skiego było przyjmowanie chorych niezamożnych w ambulatoryum. O ile można wnioskować ze statystyki ostatnich czasów, w miarę jak skutkiem drożyzny podnosi się opłata szpitalna, liczba chorych w szpitalach zmniejsza się. Ludność, korzystająca ze szpitala jest tak biedna, iż faktycznie nie jest w możności opłacać dziennie po kop. 33. Z drugiej znów strony szpitale utrzymywane jedynie z odsetek od legatów, z niewielkich wpływów doraźnych nie są w możności pozbawić się owych opłat od chorych, żadnych zaś zapomóg od rządu szpitale nie otrzymują.

Istnie prawo względnie tylko słuszne ściągania za niezamożnych opłaty z gmin odnośnych; o ile jest to osobnik, który mieszka w gminie i stałe ciężary ponosi — rzecz to słuszna, częstokroć jednak gminy płacą za przypisanych do gminy, który prócz tego, że urodzili się w danem miejscu, nie z gminą wspólnego nie mają. Z tego względu i gminy obciążone wydatkami ściągają opłatę z całą gorliwością od byłych pacyentów szpitali, co również przyczynia się do zmniejszonej frekwencji w szpitalach.

W ogóle szpitale w gub. Warszawskiej przyjmują wszystkich chorych, nie wyłączając weneryków, tych ostatnich jednak na krótki pobyt. Nie przyjmują natomiast chorych umysłowo, dla których przeznaczony jest szpital w Tworkach. Ten ostatni jednak zawsze jest przepełniony, ztąd też jest brak wielki miejsca dla względnie dużej liczby chorych tej kategorii. Co się tyczy syfilityków kontrola nad nimi jest słaba, chorzy w szpitalach ogólnych w zbyt w małej znajdują się liczbie, co na szerzenie tej choroby nie pozostaje bez wpływu.

Oto w krótkich zarysach stan obecny kwestyi pomocy lekarskiej w gub. Warszawskiej, złemu ma zaradzić projekt inspektora, jak zobaczymy poniżej nader umiejętnie i co, niezmiernie ważne, z wielką znajomością stosunków miejscowych opracowany.

Projekt sam dzieli się na 3 części: 1) reforma szpitali; 2) pomoc dla ludności niezamożnej w miastach; 3) pomoc dla ludności niezamożnej wiejskiej.

I. Szpitale.

Za najpilniejszą potrzebę projekt uważa projekt urządzenie w już istniejących szpitalach 50 łóżek dla chorych umysłowo i 65 dla syfilityków. Cyfrę tę rozdziela w ten sposób, iż szpital we Włocławku powiększy się o 25 łóżek (10 dla chorych umysłowo, 15 dla weneryków), szpital w Grójcu o 12 (4 dla chorych umysłowych i 8 dla weneryków), szpital w Kutnie o 20 (po 10 dla obu kategorii chorych), szpital w Łowiczu o 28 (8 dla chorych umysłowych i 10 dla wenerycznych), szpital w Mieni do 30 i szpital przeznacza się wyłącznie dla chorych suchotników jako sanatorium specjalne, a otworzyć należy w Nowomińsku szpital na 30 łóżek, między nimi 4 dla chorych umysłowo i 6 dla wenerycznych, szpital w Pułtuskach zwiększyć należy do 60, przeznaczając po 10 łóżek dla chorych umysłowych i wenerycznych; szpital w Skierniewicach zwiększy się do 30, w tem 4 łóżka dla chorych umysłowych i 6 dla syfilityków.

Współcześnie projekt omawia potrzebę zwiększenia personelu lekarskiego i pomocniczego oraz podwyższenia pensji lekarzom. W ten sposób szpital we Włocławku będzie miał lekarza naczelnego z pensją 750 rubli, starszego ordynatora rs. 450, młodszego rs. 300, 2 siostry miłosierdzia, 2 felczerów, 6 służących i 1 pisarza. Na powiększenie szpitala wypadnie wydać rs. 10—12,000, na etaty personelu o rs. 2,170 więcej, niż dotąd (obecnie 2,030 rubli). Pieniądze na utrzymanie pokryć mają środki bieżące, na przebudowę zaczerpnąć należy z kapitałów szpitalnych, umieszczonych w Banku Państwa.

Mniej więcej w tym samym stosunku projektodawca chce zwiększyć etat innych szpitali. Na teraz kwestyę tę pozostawiam na boku.

Obecnie natomiast muszę zwrócić uwagę na wnioski projektodawcy.

Niewątpliwie za nader ważne w projekcie poczytywać należy utworzenie kilkudziesięciu miejsc dla chorych umysłowych. Chorzy ci dotąd mieli dostęp do Tworek tylko teoretycznie — miejsc nigdy nie było, a pisanina zajmowała $\frac{1}{2}$ roku nieraz, przez ten czas chorzy z cierpieniem ostrem bądź umierali, bądź też cierpienie w złych warunkach przechodziło w okres chroniczny — nieuleczalny. Powiększenie o 50 łóżek szpitali i stosowne urządzenia wyniosą zaledwie rs. 34,000, a za pieniądze te postawić szpitala centralnego dla tego rodzaju chorych nie można. Zresztą kwestya przewożenia chorych, często niebezpiecznych dla siebie i dla otoczenia przemawia raczej za rozdzieleniem ich między większą liczbę szpitali. Za udostępnieniem pomocy w szpitalach w tym kierunku przemawia też wzgląd za chorych, których wobec dzisiejszych trudności, ludność ciemna traktuje w sposób nie dający się opisać. Niewątpliwie, opieka szpitalna, szczególnie wobec zwiększonego personelu, będzie dla tych chorych wielkiem dobrodziejstwem. Naturalnie, zwiększenie szpitala pociąga za sobą powiększenie personelu lekarskiego i, co jest rzeczą słuszną, zwiększenia etatów, do dziś dnia nader niskich.

Drugą niezmiernie ważną kwestyą jest udostępnienie szpitala dla ludności uboższej, która, jak już zaznaczyliśmy powyżej, mniej niż potrzeba korzysta z niej z powodu zbyt drogich opłat szpitalnych. Szpitale muszą być dostępne dla wszystkich, w przeciwnym razie zgoła nie odpowiadają zadaniu. Dlatego też projektodawca proponuje: a) wszystkich biednych mieszkańców powiatu, gdzie się szpital znajduje, leczyć darmo na zasadzie świadectw ubóstwa, wydawanych przez właściwe władze; b) od chorych z innych powiatów bądź bezpośrednio, bądź przez gminy ściągać właściwą opłatę szpitalną; c) w celu wzmocnienia skąpych funduszy szpitalnych utworzyć specjalny podatek wzór gub. płockiej.

II. Pomoc dla ludności miejskiej.

Dotąd pomoc lekarska w miastach jest w rękach lekarzy urzędujących i wolnopraktykujących, głównie więc pomoc dla biednych jest pozostawiona inicjatywie prywatnej. W czasach ostatnich w miastach kilku lekarze miejscy przyjmowali w ambulatoriach niezamożnych oraz rozporządzali kilkoma łóżkami dla chorych, wymagających

leczenia szpitalnego, w tych miejscowościach, gdzie szpitale nie było; liczba to jednak była zbyt mała, aby mogła odpowiedzieć zadaniu, wiele miast nie posiada dotąd tych urządzeń, z 21 miast tylko w 13 lekarze miejscy obowiązani są do leczenia biednych w ambulatoriach (Radzymin, Pułtusk, Nowomińsk, Kutno, Grójec, Nowy-Dwór i Błonie).

Wobec tego dr. Lewiński projektuje zaprowadzić we wszystkich miastach ambulatorya dla biednych, w miastach zaś, gdzie niema szpitale, przy ambulatoriach urządzić lecznicę. A więc ambulatorya z łózkami dla chorych mają być urządzone w Radzyminie, Nasielsku, Nowym-Dworze, Nowomińsku i Błoni, według wzoru lecznicy Sochaczewskiej, zatwierdzonego przez ministra spraw wewn., w Kutnie, Grójcu i Pułtusku urządzić tylko ambulatorya. Jednocześnie urządzić ambulatorya z 4 łózkami: w Mszczonowie, Brześciu, Gąbinie, Warce, Kałuszynie i Zakroczymiu, gdzie są już lekarze miejscy, a w Łowiczu tylko ambulatoryum.

W lecznicach na 4 łóżka (etatowe) 2 przeznaczone są dla mężczyzn i 2 dla kobiet, oraz jest 1 łóżko zapasowe. Przy lecznicy jest oddzielny pokój na ambulatoryum, kuchnia, pralnia, wanna i pokój dla służby. Chorzy otrzymują pomoc w lecznicy bezpłatnie, o ile okażą świadectwo ubóstwa, inni płacą jak w innych szpitalach.

Ambulatorya bez łóżek mieszczą się w 2-ech pokojach; w ambulatoriach udziela lekarz porady oraz dokonywa drobnych, niewymagających następnie leczenia w łóżku, operacyj chirurgicznych. Poradę i opatrunki biedni otrzymują bezpłatnie, o ile okażą świadectwo, inni płacą 30 kop. Wydatki na utrzymanie ambulatoryum wyniosą 700 rubli rocznie, na utrzymanie ambulatoryum przeznaczają się 1700 rs. rocznie. Fundusze na ten cel należy zacierpnąć z dochodów magistratów miast oddzielnych, dochód zaś wpływający od chorych winien być przeznaczony na wzmocnienie środków leczniczych i znajduje się pod zarządem rad. dobr. powiatowych gubernialnych.

Instytyucye te znajdują się pod władzą rad. dobr. powiatowych i winny mieć oddzielnych kuratorów.

Urządziwszy ambulatorya z łózkami w miastach, gdzie niema szpitale, i bez łóżek w miastach, gdzie są szpitale, projektodawca przypuszcza, że pomoc lekarską dla ludności miejskiej uzyska w zupełności. Na przyszłość liczba łóżek przy ambulatoriach może być zwiększona i mogą one być tym sposobem zarodkiem szpitalei.

III. Pomoc dla ludności wiejskiej.

Z uwagi, iż obecnie brak wszelkich urządzeń, mających na celu pomoc bezpłatną dla ludności wiejskiej, dr. Lewiński zwraca uwagę przedewszystkiem na osady, jako miejsca dogodne z wielu względów dla urządzienia tam stacyj lekarskich. Obecnie przeciętnie w 179-u gminach zamieszkuje po 7782 mieszkańców. Jeżeli obliczymy na 4 gminy jednego lekarza, dla biednych wypadnie urządzić 45 posterunków w całej gubernii. Niewątpliwie, nie jest to zupełnie dostateczna liczba, na razie jednak w znacznej mierze polepsza stan obecny.

W każdej chwili, skoro liczba okaże się zbyt małą, Rada Gubernialna może liczbę posterunków lekarskich zwiększyć.

Przedewszystkiem projekt zaznacza, że posterunek musi być stały, nie może być ruchomy; zmieniać miejscowość może tylko rada dobr. gubernialna na przedstawienie rady powiatowej i tylko w tym razie, jeżeli punkt obrany nie odpowiada zadaniu. Projekt słusznie zupełnie występuje przeciw posterunkom ruchomym, w których lekarz przyjmuje tylko w pewne dni, gdyż nie odpowiada to zupełnie przeznaczeniu, na pomoc np. w przypadku akuszeryjnym nie można czekać dnia wyznaczonego na przyjęcie; przez niestały pobyt lekarza nie może wyrobić się zaufanie ludności do niego, obsadzanie zaś felczerami takich punktów, dla braku kontroli i wobec niekompetencji felczera do samostrojnej działalności, jest rzeczą szkodliwą. Niewątpliwie przy stosowaniu punktów ruchomych zyskuje się na oszczędności, ale względy te upadają wobec uczuć ludzkości i potrzeb wskazanych przez naukę.

Na punktach urządzają się ambulatorya z 4-ma łózkami na wzór ambulatoryów w miastach; ambulatorya wyposażone są w narzędzia i niezbędne środki lecznicze, wydawane bezpłatnie. Zarządza ambulatoryum lekarz i udziela w niem codziennie w godzinach rannych wszystkim zgłaszającym się chorym bezpłatnej pomocy, wydając lekarstwa niezłożone oraz opatrunki darmo; w znajdującej się przy ambulatoryum lecznicy umieszczają się chorzy wewnątrznie, którzy w domu leczyć się nie mogą; mogą być przyjmowani również chorzy chirurgiczni oraz rodzące w cięższych przypadkach. Obok tego lekarz udziela chorym w swoim okręgu pomocy i w domu chorego, jeśli ten nie może być przywieziony do ambulatoryum ze względu na stan zdrowia.

Przy każdym ambulatoryum jest felczer *lub osoba przygotowana przez lekarza do pomocy*, babka *lub kobieta przez lekarza obznajmiona z pomocą dla rodzących*. Osoby te mianuje i uwalnia lekarz.

Mieszkanie na ambulatoryum składa się z pomieszczenia na 5 łóżek, ambulatoryum, mieszkanie dla lekarza, felczera, babki, służby oraz kuchni, wanny, pralni i t. p.

Lekarz prowadzi księgę chorych osobiście i składa władzom sprawozdania. Każde ambulatoryum ma swego kuratora.

Wobec otworzenia w gubernii Warszawskiej 45-u ucząstków z 5-ma łózkami, liczba łóżek szpitalnych wzrośnie o 225 t. j. do 557, co odpowie potrzebom ludności, gdyż wtedy jedno łóżko szpitalne wypadnie na 2798 mieszkańców.

Koszt utrzymania będzie dla ucząstków wiejskich następujący:

45 lekarzom po 400 rs.	18000 rs.
45 felczerom po 180 rs.	8100 „
45 babkom po 120 rs.	5400 „
utrzymanie 5-u łóżek po 600 rs.	24000 „
lekarstwa dla chorych leżących i ambulatoryj- nych po 200 rs.	9000 „

przyrządy apteczne, sprzęty etc. po 100 rs.	4500 rs.
wynajęcie pomieszczenia dla ambulatoryum, le-	
karza, felczera etc. po 300 rs.	13500 „
wydatki kancelaryjne po 60 rs.	2700 „
	<hr/>
	85200 rs.

Fundusze potrzebne na utrzymanie winna dostarczyć cała ludność gmin bez różnicy stanu, na nią więc należy włożyć podatek główny. ¹⁾

Wprowadzać reformę należy, zdaniem projektodawcy, stopniowo: najprzód rozszerzyć istniejące już szpitale i urządzić oddziały dla chorych umysłowych i wenerycznych, jednocześnie urządzić w miastach i okręgach miejskich tylko ambulatorya dla chorych przychodzących, dopiero w roku następnym należałoby przy ambulatoryach urządzić lecznice z łózkami.

W zakończeniu streszczenia podajemy wykaz osad i wsi, w których projektowane są ambulatorya okręgowe: Raciążek, Radziejów, Osiennice, Piotrkowo, Lubraniec, Kowal, Chodecz, Lubień, Krośnice, Strzelce, Łąck, Żychlin, Sanniki, Hów, Kiernożia, Bielawy, Młodziszyn, Czerwińsk, Sączocin, Nowe Miasto, Wąszyce, Solec, Bolimów, Łyszkowice, Żyrardów, Grodzisk, Nadarzyn, Błędów, Mogilnica, Piaseczno, Góra Kalwarya, Chinów, Brudno, Wilanów, Mokotów, Kołbiel, Siennica, Latowice, Jabłonna, Tłuszcz, Stanisławów, Pomiechówek, Serock, Wyszaków, Kamieńczyk i Jadów.

Przedstawiliśmy możliwie dokładnie projekt warszawski, w następnym zeszytcie zajmujemy się jego oceną.

(D. n.) J. Z.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go października 1898 r.

(J. Z.) Rok temu, z okazji taksy lekarskiej zagranicą, na tem samem miejscu rozpatrywałem przyczyny niechętnego udawania się lekarzy do nagłych wypadków. Zaznaczyła wtedy prasa codzienna słuszność tych uwag; w których domagałem się od publiczności większego poszanowania dla pracy lekarskiej.

Dziś wrócić muszę do tej kwestyi z powodu listu otwartego kol. M. Zweigbauma, wydrukowanego w Nr. 40 *Gazety Lekarskiej*. List ten jeszcze raz dowodzi, jak źle jest opacznie traktować kwestye pierwszorzędnego znaczenia.

¹⁾ Ponieważ ludności wiejskiej jest około 1393029, wypadnie na osobę około 6 kop. rocznie.

Bo już samo założenie projektu kol. Z. jest błędne — winę za brak lekarzy w nocy zwała na lekarzy, którzy w sprawie tej, doprawdy, najmniej zawinili.

Rozpytując kolegów, cieszących się rozległą praktyką w mieście i sam z własnego doświadczenia wiem dobrze, jak rzadko lekarz odmawia pomocy swej, czy w dzień czy w nocy, i jak wogóle stosunkowo rzadko pomocy tej żąda publiczność. Skargi wzywających lekarza na bezowocność poszukiwania kilkunastu lekarzy, są tak stereotypowe, iż raczej kłaść je należy na karb chęci wzbudzenia współczucia, niż na rzeczywistość.

W dobrze zrozumianym interesie własnym do swego pacyenta lekarz pospieszy zawsze i bezwzględnie, z niechęcią natomiast udaje się do obcego, ze smutnego bowiem własnego doświadczenia wie dobrze, iż w najlepszym razie wezwanie nie jest wywołane stanem groźnym chorego, lecz raczej fantazją, zwykle zaś, jeśli wypadek był w istocie nagły, na miejscu zostanie już kilku kolegów, a wzywający bez ceremonii oświadczy, iż pomoc lekarza jest już zbyteczna — o honorarium, a nawet o zwrocie kosztów za dorożkę — naturalnie, niema mowy. Obudzony ze snu, należnego lekarzowi przynajmniej w tym samym stopniu, co każdemu pracującemu ciężko umysłowo, lekarz naraża swe zdrowie, traci pieniądze na dorożkę i nikt za to nie powie mu nawet „dziękuję“ — rzecz to tak zwykła, że o niej dyskutować nawet niewarto: każdy z lekarzy ze swej praktyki wie o tem dobrze. Czyż więc można się dziwić, że lekarz niechętnie spieszy w nocy do nieznanego chorego. Wprawdzie, byłby sposób zapobiegnięcia tego rodzaju nadużyciom przez wymaganie honorarium za wizyty nocne do chorych nieznanymi zgóry, no, ale lekarz, któryby kwestyę w ten sposób postawił, niewątpliwie, dostałby się na łamy prasy jako wyzyskiwacz, obdzierca etc.—, do tego więc „sposobu“ lekarze nie uciekają się, idą, dokąd woła ich obowiązek ludzkości, a za to częstokroć łaskawy pacjent zapowie przed kratki sądowe, jak to było niedawno. I za to wszystkim spotyka stan cały ciężki zarzut *ze strony lekarza*, że jest winą lekarzy brak (?) pomocy lekarskiej w nocy.

Jesteśmy, zdaje się, w błędnem kole.

Nikt nie powie, że winien jest robotnik, jeżeli danego artykułu brak fabrykantowi, nikt nie będzie utrzymywał, że adwokat winien się starać, aby każdy zbrodniarz był obroniony, — zostawia się to interesowanym: w pierwszym wypadku robotnik spełni zamówienie i jeśli je spełni sumiennie, zdobędzie uznanie, w drugim adwokat, jeśli wezwany rolę swą spełni, również jest w porządku — lekarz stanowi wyjątek.

Nie dość, że w ciągu dnia daje $\frac{2}{3}$ pracy darmo społeczeństwu w szpitalu, w lecznicy, w domu i na mieście, nie dość, że leczy darmo szereg ludzi, od których przez konwenanse brać honorarium nie wypada, jeszcze po dniu pracowitym każą mu kłopotać się, aby chorym w nocy nie zbrakło lekarza.

Spółczeństwo nie jest dzieckiem, które na pasku wodzić trzeba — jeśli uznaje potrzebę czegoś i brak dotkliwy, winno się o to postarać, ale nie wkładać na jednostki całego ciężaru, nie do lekarzy

więc winien się był kol. Z. zwrócić, ale do ogółu, który z obojętnością godną skarcenia, traktuje sprawę swego bezpieczeństwa.

Nikt chyba mnie, com wspólnie z innymi tworzył instytucję, która właśnie samarytańskie ma zadania, pomówić nie ma prawa o brak współczucia dla bliźnich, ale są przecież granice, których przekraczać niewolno. Gdybyśmy w sferze ekonomicznej chcieli iść za radami kol. Z., doszlibyśmy do absurdów, przeciwnych wszelkiemu porządkowi społecznemu.

Rzeczą więc społeczeństwa, a nie lekarzy jest staranie o utworzenie instytucji pomocy nocnej, jeśli jej potrzebę uznaje i jeśli tak gwałtownie ją odezuwa. Nie grzeszmy zbyt sentymentalizmem, bo w stosunkach społecznych czynnik to szkodliwy.

Kolega Z. proponuje utworzenie Towarzystwa, którego członkami byłiby lekarze: jedni, jako protektorzy, płaciliby składkę roczną, inni, jako czynni, odbywaliby po 2-eh dyżury nocne [jeden z nich ma być terapeutą, drugi akuzerem obeznanym z chirurgią (?)].

Wynagrodzenie za pomoc nocną ma być dowolne, stosownie do środków chorego, a biedni otrzymywać mają porady darmo..

Na koszt lokali, służby, wydatków bieżących ma być przeznaczony fundusz zebrany od protektorów, honorarya zaś dzielą się między członków czynnych.

Doprawdy dawno już nie czytaliśmy tak niepraktycznego projektu.

1-o. Koszt lokalu, telefonu etc. będzie tak wysoki [nawet w lecznicach], że, prawdopodobnie, wypadnie dokładać jeszcze z honoraryów.

2-o. Brak taksy narazi Towarzystwo na szereg procesów skandalicznych i niepożądanych.

3-o. Składanie honoraryów do kasy wspólnej i podział równomierny jest niemożliwy, bo trudno, aby za całonocną pomoc w przypadku np. operacyjnym, lekarz otrzymać miał takie same honorarium, jak np. za poradę w chorobie wewnętrznej, która trwała kilkanaście minut.

4-o. Znajdą się tacy „biedni“, którzy, jak to było w Paryżu, będą wzywać lekarzy tylko w nocy, przez co wydatki wzrosną niepomierne.

5-o. Określenie „biedny“ jest u nas, gdzie niema instytucji wydającej na to świadectw, tak elastyczne, że narazi Towarzystwo na szereg najrozmaitszych seysyj.

6-o. Protektorów towarzystwo mieć nie może, gdyż nie jest instytucją filantropijną.

7-o. Gdyby nawet ustawa w tym kierunku była zatwierdzona, to nikt z lekarzy na protektora się nie zapisze, gdyż zapisanie się ze składką nie uwolni go od zasadniczego prawa, iż jest obowiązany udać się z pomocą i nikt takiej wymówki nie uwzględni -- żaden lekarz więc nie ma interesu popierać pieniężnie instytucji; protektorem takiego towarzystwa może być tylko społeczeństwo całe, w którego interesie leży otwarcie dyżurów nocnych.

Nie wątpimy ani na chwilę, wobec tego szczególnie co pod 4-o i 5-o powiedziałem, że lekarzom Towarzystwa pracy nie zbraknie, ale że dochodów z tego źródła nikt nie uzyska, kwestya to jasna. Nato-

miast na surowe skarcenie zasługuje ostatni punkt dowodzeń kol. Z., który chce, aby lekarze mogli „w ten sposób choć w części wynagrodzić społeczeństwu tę krzywdę (!), jaką mu wyrządzają, odmawiając udzielania chorym pomocy w porze nocnej.“

Zdaje się, że ustęp ten komentarzy nie potrzebuje, dowodzi tylko, jak łatwo, gdy na straży uczucia nie staje zimna rozważa, dojść można do opacznych i przewrotnych pojęć. Nawet społeczeństwo nie stawilo nigdy lekarzom tak ciężkich oskarżeń.

Streszczam się. Dziś, kto chce znaleźć lekarza w nocy i zapłacić go, zawsze znajdzie pomoc; znajdzie ją często i ubogi, ale tem zająć się winna rada miejska dobroczynności publicznej.

Jeżeli zaś zachodzi nieodzowna potrzeba dyżurów nocnych, jest rzeczą magistratu, aby to na wzór Paryża zorganizował. Projekt podobny podał już dawno kol. S. Markiewicz.

W Paryżu w każdym cyrkule we własnych mieszkaniach dyżurują lekarze, których adresy są u policyantów. W razie potrzeby publiczność zgłasza się do policyanta, który osobiście wzywa lekarza, idzie z nim do pacyenta i po skończonej wizycie wręcza czek na kasę miejską na 10 lub więcej franków, stosownie do rodzaju pomocy. Od bogatszych ściąga te 10 franków miasto, biedniejszym umarza należność. Przed 2-ma laty już chciano znieść tę instytucję, gdyż owi biedniejsi bez skrupułu wzywali lekarzy tylko w nocy, ponieważ pomoc była bezpłatna i spieszna.

Jeszcze raz powtarzam, że tam, gdzie w grę wchodzi zagadnienia społeczne, czułośćkowską powodować się nie można.

— h. — Z początkiem bieżącego roku szkolnego zapisało się do uniwersytetu warszawskiego 174 nowych studentów, z tej liczby 42 na fakultet medyczny. Na tak znaczne zmniejszenie się liczby słuchaczy w tutejszym uniwersytecie wpłynęło niezawodnie w części otwarcie Politechniki, która odciągnęła wielu kandydatów, a w części i to, że wstęp dla seminarzystów na równi z Warszawą dozwolony został na wszystkie wydziały w uniwersytecie Jurjewskim i Tomskim. W ostatnim uniwersytecie świeżo został otwarty wydział prawny, a na sam fakultet medyczny wstąpiło tam 51 seminarzystów.

— h. — Skargi na opłaty 10-kopiejkowe za lekarstwa w ziemstwach ciągle się powtarzają tam, gdzie ten zwyczaj, potępiony ogólnie przez lekarzy ziemskich, jeszcze się utrzymuje. Świeżo 34 wsie na zebraniu w siole Woskresenskiem — podały petycye o zmianę wzmiankowanych opłat. (Wrzecz 38).

Nie powinni zapominać o tem organizatorowie służby zdrowia dla ludu u nas.

— h. — W Petersburgu, dzięki staraniom prof. Otta, zatwierdzoną została ustawa Towarzystwa pomocy wzajemnej dla lekarzy, przyjeżdżających do tego miasta w celach wydoskonalenia naukowego

Zadaniem towarzystwa jest udzielanie przyjeżdżającym do miast kolegom wszelkiej pomocy, zarówno informacyjnej, jak i materyjalnej w razie potrzeby. Będzie ono pośredniczyć między szpitalami, klinikami etc., które dają wstęp gościom, informować o kursach i planie lekcyi, dostarczać książek. A z drugiej strony ułatwiać wynalezienie mieszkania, stołu, zarobków w razie potrzeby i t. d.

Szczegółów udziela prof. Ott, w kancelaryi domu położniczego W. K. Heleny. (Wrac 38).

—h.— Według toczących się rokowań ugodowych między Austryą i Węgrami lekarze węgierscy od 1-go stycznia roku przyszłego nie będą mieli prawa praktyki w Austryi i odwrotnie.

Nadesłano do Redakcyi.

A. *Simon* (Warschau): Ueber die Wirkung des Glaubersalzes auf die Magenfunction.

Odb. z Zeitschr. f. Kl. Med.

B. *Dzierżawski*: Eukaina. Odb. z *Medycyny*.

E. *Sonnenberg* (Łódź): Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia.

Odb. z *Medycyny*.

25-te sprawozdanie Tow. Opieki Szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1897.

Kraków, 1898.

H. *Higier*: Hysterie bei einer Katze und e. Kanarienvogel.

Odb. z Neurol. Centr.

Tenże: Ein Fall v. Neuritis Optica.

Odb. z Neurol. Centr.

Dr. med. *Higier*: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych.

Odb. z „Krytyki“.

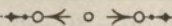
S. *Serkowskij*: Пособіе для распознаванія микробовъ.

Charków, 1898.

Wł. *Wroński*: Otwoek, jako miejscowość lecznicza.

Warszawa, 1898.

Wydawnictwo podręczników chirurgicznych z zapomogi kasy pomocy d-ra Józefa Mianowskiego zeszyty trzy: (z. 1-szy Kocher, z. 2-gi Billroth-Winiwarter, z. 3-ci Hueter-Lossen).



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Rozmiękczenie samodzielne gałki ocznej — Ignacy Strzemiński — str. 851.
II. Najnowsze prądy w nauce o odporności — Dr. Jerzy Brunner — str. 860.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia i choroby kobiece.

Wyciąg ze sprawozdania 27-go zjazdu chirurgów niemieckich, (dok.) 343—353.
str. 867.

354. Prof. Schech — Przyczynek do patologii próchnienia kości klinowej — str. 874.

II. Choroby weneryczne i skórne.

355. Kümmel — Leczenie porównawcze wilka promieniami Röntgena i światłem skupionem — str. 876. 356. Tessier et Roux — Rozpoznanie różniczkowe przymiotu arteryi, opon mózgowych i mózgowia — str. 876. 357. Dr. Róna — O objawach całkowitego zapalenia cewki moczowej — str. 878. 358. Drobny — Znaczenia dla rokowania i leczenia rzeżączki ostrej umiejscowień gonokoków wewnątrz i zewnątrz komórek ropnych — str. 878. 359. Scatolari — Leczenie kwasem pikrynowym ostrej rzeżączki — str. 879. 360. Wilms — Leczenie reumatyzmu rzeżączkowego ciepłem — str. 880. 361. Prof. Welander — O leczeniu rzeżączki protargolem — str. 880.

III. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 881.

IV. Kilka słów w kwestyi słownictwa — str. 884.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 886.

VI. Organizacja pomocy lekarskiej w gub. Warszawskiej — str. 888.

Kronika bieżąca — str. 893.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 3 Октября 1898 года.

A p t e k a
E. GESNERA

Poleca następujące środki:

D r a g é e s .

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Acid. arsenicos 0,001. | Guajacoli 0,05. |
| Aloes 0,10. | " 0,10 c. codeini 0,01 |
| Balsam. peruviani 0,05. | " 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001. |
| " " 0,05 acid | Hydrastinini hydrochlorici |
| " arsen. 0,001. | 0,025. |
| Chinini ferro-citrici 0,05. | Ichtyoli 0,05. |
| " muriati 0,05. | Jodoformii 0,05. |
| " sulfurici 0,05 | " 0,05 c. acid. arsenicos 0,001. |
| Camphor, bromat. 0,05. | " 0,05 c. extr. belladon 0,001. |
| extr. Cascar. sagrad. fluid 0,5 | " 0,05 c. morph. muriatic 0,004. |
| " hydrast. Candens fl. 0,5 | Kreosoti Carbonici 0,05. |
| " rhei comp. 0,05 | " Fagi 0,03. |
| " simpl. 0,05. | " " 0,05. |
| " Valerianae spir. 0,10. | " " 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001. |
| Ferri albuminati 0,05. | " " 0,10. |
| " carbonici-Blauidii minor | " " 0,10 c. acid. arsenicos. 0,001. |
| " aa 10,00—10 *). | " " 0,15. |
| " carbonici-Blauidii major | " " c. balsam, toltan. aa 0,05. |
| " aa 15,00—100 *). | Pepsini 0,05 (c. acid. muriat.) |
| " carbonici-Blauidii c. acid. | Picis 0,05. |
| " arsen. 0,001. | Pulv. rad. rhei 0,10. |
| " carbonici Valleti. | |
| " dialisati peptonati 0,05. | |
| " lactici 0,05. | |
| " oxydulati Kirchmani. | |
| Guajacoli Carbonici 0,05. | |
| " 0,05 c. extr. belladon 0, 001. | |

*) Zielone w rozłamię.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktoom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindejaży lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

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.



Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska, róg Ś-to Krzyskiej.
w Warszawie

poleca

PŁYN DO KAPIELI

balsamiczno-leśnych,

według wksazówek i z porady panów lekarzy przygotowany

składu następującego:

- Ol. pini pumilionis (*Reichenhall*),
- Ol. pini foliorum (*Abies petinata*),
- Ol. juniperi baccarum i Ol. Terebinthinae gallici z małą ilością mydła alkalicznego, rozpuszczone w alkoholu.

Płyn ten zawiera 25% wyżej wymienionych olejków eterycznych we flakonach objętości 70—75 grammów.

↔ Wina lecznicze ↔

specyalnie wino rabarbarowe, chinowe, rango i piołunowo-gorzkie (Vermouthcondu-

Chlorophormum purissimum

(do operacyi)

oczyszczony w laboratoryum Apteki

2 uncye	55 kop.	Ceny niniejsze są dla Aptek, Szpitali i Zakładów leczniczych
3 "	80 "	
6 uncyi	1,50 "	
12 "	2,80 "	

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szeregu ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej“ od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę.**

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie 52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.**

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumerato-rom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *naj-mniej* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *u-twór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłómaczony. *Przejdziemy kolejno wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcję arcydzieł i najwybitniejszych prac współczesnych.* Po kilku latach ka-żdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

BEZPŁATNY
COROCZNIE
52 tomy
DARMO
DODATEK

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych dopłat, bez zwrotu kosztów opakowania czy przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że *na takich warunkach nikt nigdy jeszcze książek nie dostawał.*

Że zaś treść każdego takiego tomu będzie godną poznania; że te 52 książki, które do-damy corocznie, będą zarówno pod względem

estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszym wymaganiom, tego zupełną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety“ i nazwiska ludzi, którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze ma-teryału literackiego, a są nimi pp.

BEZPŁATNY
COROCZNIE
52 tomy
DARMO
DODATEK

Zyg. Gloger, Kaz. Raszeński i Ign. Matuszewski.

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej“ w pierwszym tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień, abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

Redaktor i Wydawca Jan Gałomski.

Cena „Gazety Polskiej“ wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :

W Warszawie: Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwartalnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnoszeniem do domów.

Na prowincyi: Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

Adres: Warszawa, Warecka 14.