

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *Wł. Kopytowski* — Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry—str. 41. II. *Higier* — W sprawie zaburzeń potowydzielniczych—str. 44.

**Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia:* 26. *v. Hassel* — O leczeniu urazów stawowych—str. 50. 27. *Blecher*—O wpływie wywołanego sztucznie zastoju krwi na zeszytnienia stawowe—str. 51. 28. *Phelos*—leczenie gruzliczego i ropnego zapalenia stawów—str. 52. 29. *Jordan*—O powstawaniu guzów gruzlicy po urazie—str. 52. 30. *Casper L.*—Wartość określenia energii czynnościowej nerek—str. 53. II. *Akuszerya i choroby kobiece:* 31. *Yff*—Przypadek krwimoczu w ciąży—str. 55. 32. *Fabre*—Dwa przypadki obumarcia płodu przy objawach białkomoczu—str. 55. 33. *Pilsky*—Przypadek ostrego otrucia ołowiem w ciąży—str. 56. 34. *Chołmogorow*—Rak, ciąża i poród—str. 56. 35. *Rühl*—Przypadek przedwczesnego odklejenia łożyska—str. 57. 36. *Rieck*—Vaginofixatio et partus—str. 59. 37. *A. Sippel*—Cięcie cesarskie w drgawkach porodowych—str. 60. 38. *Hauffo*—Przyczynek do wywołania bólów porodowych—str. 61. III. *Choroby weneryczne i skórne:* 39. *Lohte*—Syphilis maligna, syphilis gravis—str. 62. 40. *Jakowlew*—Wyniki seroterapii przymiotu—str. 65. 41. *Bute*—Leczenie przymiotu odwarem z gruczołów limfatycznych—str. 68. 42. *Porosz*—Epidydymitis sympatica et blenorrhoea—str. 68. 43. *Dupraz*—Złogi wapienne w cewce moczowej—str. 70. IV. *Choroby uszu:* 44. *Manasse*—Przyczynek do nauki o ropniu mózgowym—str. 70. 45. *Kayser*—Przypadek afazy wrodzonej—str. 71. V. *Wiadomości terapeutyczne* od № 46—№ 50—str. 71. VI. *Bibliografia* № 50—55—str. 73. VII. *Z Towarzystwa lek. Warszawskiego*—str. 75. *Kronika bieżąca*—str. 77. *Ogłoszenia.*

**Sommaire du Nr. 2.** *Dr. Wł. Kopytowski* Deux cas d'une maladie de la peau répandue—p. 41. *Dr. Higier*. Sur les troubles de sueur — p. 44.

## DWA PRZYPADKI

### niezwykłego rozlanego cierpienia skóry,

polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych

PODAŁ

*Wł. Kopytowski.*

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie. (Z pracowni anatomo-patologicznej Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, zostającej pod kierownictwem prof. Przewoskiego).

Zajmując się przed kilkoma laty badaniem histologicznym nad zmianami w budowie skóry w łuszczycy, co posłużyło mi jako temat

do rozprawy doktoryzacyjnej, zauważyłem, że jeden z przypadków choroby skórnej, uznany wtedy klinicznie za łuszczycę ogólną, zupełnie różnił się zarówno swym przebiegiem klinicznym, jak i zmianami patologicznymi w skórze od zwykłych objawów łuszczycy. Wskutek tego parę preparatów gotowych, t. j. zabarwionych i zachowanych w balsamie, również jak i pozostałe kawałeczki z zatopionych preparatów zachowałem. Od tamtego czasu (10. v. 94) ubiegło lat sześć, gdy znowu spotkałem się z podobnym cierpieniem skóry u chorego, który zapisał się w czerwcu roku zeszłego (19. VI. 1900) do szpitala Ś-go Łazarza. Od chorego tego udało mi się otrzymać kawałeczek skóry z klatki piersiowej z pod łopatki, podobnie jak i w pierwszym przypadku, a badając drobnowidzowo skórę, znalazłem zmiany w jej budowie bardzo podobne do zmian, jakie znalazłem u pierwszego chorego.

Ponieważ zmiany te w tak niezwykle sposób różniły się od zmian anatomo-patologicznych, spotykanych zwykle w zapalnych chorobach skóry, dla tego podaję je do wiadomości ogólnej, sądząc, że nie będą one bez szerszego znaczenia.

Obadwaj chorzy nie leżeli na moim oddziale; widziałem ich zaledwie po parę razy, podczas ich pobytu w szpitalu, dla tego też i opisy kliniczne ich choroby są traktowane bardzo pobieżnie—w grubych zarysach, i skreślone na zasadzie mych krótkich notatek, które na razie porobiłem.

Przypadek I. St. T., lat 33, wyrobnik. Zapisał się do kliniki przy szpitalu Ś-go Łazarza 10. V. 1894.

Chory dobrego wzrostu, prawidłowej budowy, odżywiany umiarkowanie. Skóra na całym ciele, z wyjątkiem twarzy, pokryta grubą, jednolitą warstwą łusk, ściśle ze sobą połączonych, i tworzących jakby pancierz na całym ciele. Przeprowadzając rękę po skórze chorego, bądź po skórze tułowia, bądź to po skórze kończyn, otrzymujemy wrażenie, jak gdybyśmy dotykali się miękkiego pluszu. Uczucie porównać można jeszcze do wrażenia, jakie otrzymujemy, przeprowadzając rękę po cienkiej warstwie waty, pokrytej skrzepniętą powłoką elastycznego kolodyum.

Łuski przylegające do skóry tworzą to większe, to mniejsze przestrzenie, odgraniczone od siebie jakby maleńkimi rowkami. Łuski pokrywające klatkę piersiową i boki tułowia są większe. Zeskrobując łuski ze skóry paznokciem lub jakim tępyim instrumentem, widzimy, że podstawa, z kąd usunięto łuski, t. j. skóra jest mocno zaczerwieniona i zgrubiała, a na skórze głowy pokrytej włosami i na ple-

cach lekko krwawi. Skóra na twarzy jest sucha, zaczerwieniona, zgrubiała; w kilku miejscach, przeważnie nad ossa zygomatica pokryta grubą warstwą suchych białych łusek, co nadaje jej wygląd, jakby była obryzgana wapnem. Duże łuski pokrywają dłonie i skórę podszew, lecz warstwa ich jest cieńszą i łuski są mniej liczne. Strony wyprostne kończyn pokryte są grubszą warstwą łusk, niż strony zgięte. Paznogie wszędzie zgrubiałe, barwy buroczarnej, kruche i wygięte jak pazury kota.

Błony śluzowe, gruczoły limfatyczne, układ nerwowy i narządy wewnętrzne bez zmian. Ilość moczu prawidłowa, ze śladami białka.

Choroba zaczęła się przed 7 tygodniami i w krótkim czasie zajęła skórę całego ciała. Choroba wraca po raz drugi. Cztery lata temu chory przechodził podobne cierpienie skóry; choroba po cztero-miesięcznym pobycie w prowincjonalnym szpitalu przeszła. Obecnie chory przed wstąpieniem do szpitala wcale się nie leczył.

Kuracja w szpitalu trwała około trzech miesięcy. W początkach leczenia łuszczenie się naskórka występowało nadzwyczaj silnie, tak że po nocy na pościeli chorego zebrać można było parę garści łusek. Przy stosowaniu różnorodnych maści okazało się, że widoczną korzyść przynosiły bądź to czyste tłuszcze, bądź to obojętne maści i kąpiele ciepłe. Środki używane w łuszczycy pogarszały stan chorego. Jak już wyżej nadmieniałem, chory po trzech miesiącach takiego leczenia wyszedł ze szpitala ze zdrową skórą.

Na drugi dzień po wstąpieniu do szpitala choremu wycięto po znieczuleniu kokainą kawałeczek chorej skóry z boku tułowia pod łopatką, którego połowę utrwalono w stężonym wodnym roztworze sublimatu, drugą zaś część w płynie Müllera. Preparaty zatopiono w parafinie.

Kawałeczki zatopionych preparatów, które pozostały mi z badań z 1894 roku, przetopiłem powtórnie. Preparat krajał się dobrze a skrawki barwiły się normalnie.

Dla porównania zmian anatomo patologicznych w skórze tego przypadku z nowym nąlepiąłem jednocześnie po kilka skrawków z pierwszego przypadku i z drugiego na jednym szkiełku; wskutek tego porównanie obu przypadków było bardzo łatwe, również jak i stosunek obu tych przypadków do różnorodnych barwień przy jednakowych zupełnie warunkach.

*D. c. n.*

# W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w poliomyelitis anterior (paralysis spinalis infantilis) i posterior (herpes zoster)

Napisał

Dr. med. H. Higier.

(Dokończenie).

## Przypadek I. *Herpes zoster faciolingualis sinister.*

U 18-letniej pacjentki wraz z silnym nerwobólem wystąpił na twarzy charakterystyczny wyprysk półpaśca na lewej zewnętrznej muszli usznej, w zewnętrznym przewodzie słuchowym, na lewej stronie czoła, na dolnej i górnej powiece, na policzku oraz lewej połowie nosa, języka i języczka. Ruchy języka i smak nienaruszone, czucie na skórze twarzy niezmienione. Żadnego skrzywienia języczka lub języka, żadnych zaburzeń słuchowych. Bolesność na ucisk w punktach wyjścia *n. frontalis, infraorbitalis i zygomatici*. Żadnych objawów cięższego cierpienia organicznego. Dłuższa obserwacja nie wykazała zajęcia nerwu spółczulnego.

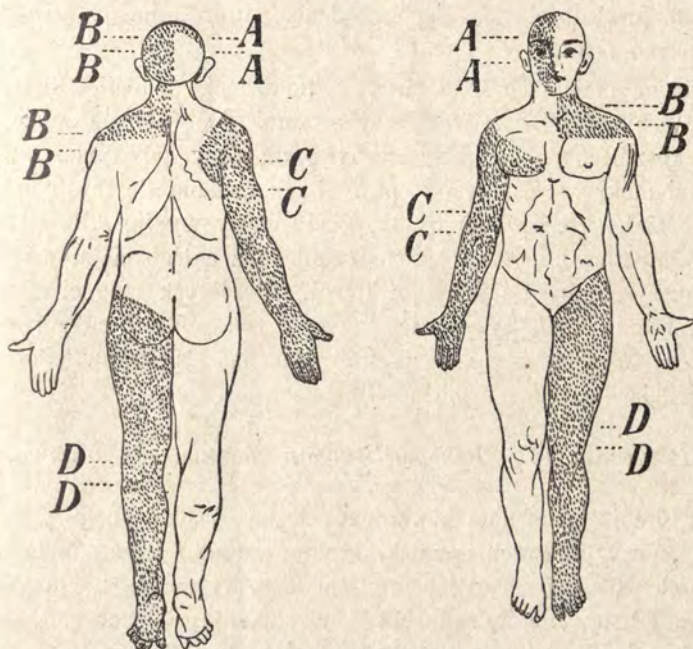
Po 3 tygodniach półpaściec znikł zupełnie. Na lewej połowie twarzy pozostało nadmierne wydzielanie się potu, które trwało miesiące i szczególnie wzmagало się przy użyciu ostrych potraw i przy nieznacznych nawet wysiłkach fizycznych. W miejscu tem skóra nigdy nie była zaczerwieniona. Prawa połowa twarzy oraz reszta ciała była sucha. Szczególnie wydatną w porównaniu ze stroną zdrową była różnica na skórze czoła, skroni i górnej wargi, mniej wyraźną, a czasem żadną, na skórze nozdrzy i na policzku. Nadmierne pocenie się trzymało się ściśle linii środkowej twarzy (Fig. A), tak że pokryta grubemi kroplami potu lewa połowa twarzy rażąco odbijała się od odpowiedniej części strony prawej.

## Przypadek II. *Herpes zoster cervico-subclavicularis et occipito-collaris dexter.*

U zdrowego mężczyzny, w wieku około lat 60, po silnem przeziębieniu wystąpiły przy ostrych objawach gorączkowych bóle po prawej stronie karku i tyłu głowy, które robiły z początku wrażenie reumatycznego *torticollis* albo rozwijającej się róży. Nazajutrz na karku mocne zaczerwienienie bez obrzęku, które znika pod uciskiem palca, aby potem znów wystąpić. Dopiero 5-go dnia rozwinął się

w znacznej liczbie wyprysk półpaśca po prawej stronie głowy, szyi i karku. Mniej wyraźny wyprysk na przedniej ścianie klatki piersiowej, pod pachą i na wewnętrznej powierzchni ramienia.

Wysypka zginęła zupełnie po 10 dniach, a ślady półpaśca po 4 tygodniach, jednak nerwoból w okolicy splotu szyjowego, na karku i tylnej części głowy trwał dłużej, chociaż w słabszym nieco stopniu, a znikł zupełnie po 3 miesiącach. Nie było żadnych nieprawidłowości ruchu lub czucia, żadnego zniekształcenia kręgosłupa, żadnej oznaki tworzenia się jam lub rozwijającego się guza w obrębie rdzenia albo jego opon. Na najwyższym stopniu rozkwitu półpaśca można było



stwierdzić pewną szczególną nieprawidłowość pocenia się, która uwydatniała się po raz ostatni jeszcze w 7 miesięcy po przejściu choroby. Przy użyciu gorących napojów, a także samoistnie, okolica odnośna zaczyna się pocić nie odrazu cała, lecz w pewnych miejscach, tak że *hyperidrosis* rozszerza się powoli — punktem wyjścia jest kark — i w końcu zachodzi na górną połowę piersi, szyję i uwłosioną część głowy. Pod pachą i na wewnętrznej stronie ramienia nadmiernego pocenia niema. Wydzielanie potu na głowie ogranicza się ściśle do linii środkowej, a na tułowiu — do wysokości 3-go żebra — nie przekracza również linii tej (Fig. B). Zimą obfity pot poprostu kapał z miejsce dotkniętych.

*Przypadek III. Poliomyelitis anterior brachialis dextra.*

Chłopiec 14-letni. W 5 roku życia ostry gorączkowy początek porażenia z drgawkami. Porażenie trwa dotąd. Postać porażenia—skombinowane prawostronne porażenie barku z zanikiem *mm. deltoidei, bicipitis, brachialis int. i supinatoris long.* Stawy ręki i palców w ciągłym zgięciu (*flexio*). Wiszący staw barkowy. Jakościowe i ilościowe upośledzenie resp. zanik pobudliwości elektrycznej. Kończyna porażona, zatrzymana w swym wzroście i rozwoju, jest krótsza od kończyny zdrowej. Skóra szorstka, chłodna, sinawa, zawiera sporo tłuszczu, jest absolutnie sucha. Czucie nie dotknięte. Odruchów ścięgnowych brak.

Na zupełną suchość kończyny porażonej zwrócił chłopiec sam uwagę, tembardziej, że wogóle jest on skłonny do pocenia: prawy rękaw koszuli podobno nigdy nie był przepocony, gdy tymczasem lewy stale był mokry i brudny od potu. Brak pocenia się występuje bardzo wyraźnie, szczególnie wtedy, kiedy chory wypije kilka szklanek trunku napotnego: pot kapie wtedy obficie z całego ciała, prócz prawej kończyny górnej i jamy pachowej. Przebłysk wilgoci zjawia się u pacjenta w kąpeli rzymskiej także i pod pachą i na górnej trzeciej części wewnętrznej powierzchni ramienia. Na tułowiu nieprawidłowości pocenia się nie można było znaleźć (Fig. C).

*Przypadek IV. Poliomyelitis anterior cruralis sinistra.*

18-letnia panienska, dotknięta ciężką postacią histeryi. Przed 13 laty, przy objawach gorączkowych, wystąpiło ostre porażenie obydwu kończyn dolnych. W ciągu pierwszego tygodnia niedowład prawostronny ustąpił. Porażenie lewej nogi znajduje się obecnie w okresie stałym. W wysokim stopniu niedowład *mm. quadricipitis femoris, extensoris dig. comm. long. i brev., extensoris hallucis long. i mm. perineorum* lewej nogi. Wiotkie, ciastowate, zanikłe mięśnie, znaczny pokład tłuszczu na łydce. *Pes equinovarus*. Zanik pobudliwości elektrycznej. Skóra na tych miejscach chłodna, sinawa, szorstka, nieco obrzękła. Żadnych szczególnych zmian nabłonka i paznogi. Czucie zachowane. Odruchy ścięgnowe zniesione.

Z wyjątkiem pięty, na której są ślady wilgoci, cała lewa kończyna absolutnie sucha. Po zabiegach hydropatycznych, które często stosowano u pacjentki ze względu na histeryę, uderzała bardzo, przy obfitem poceniu się ogólnem, zupełna *anidrosis* lewej kończyny dolnej. Poty, wywołane sztucznie za pomocą wstrzyknięcia pilokarpiny, zupeł-

nie ominęły lewą nogę na przestrzeni od kolana do palców, częściowo zaś—na przestrzeni od fałdy pachwinowej do kolana. Gorąca kąpiel nożna z gorczycy wywołała wyraźne pocenie się na prawem udzie, nie dała natomiast żadnej reakcyi na lewem. Gdy pacjentka siedzi podczas skwarów na słońcu z nogami obnażonemi, występuje pot kroplisty tylko na prawej nodze, podczas gdy na lewej wilgotnieją tylko palce (Fig. D). Wzmoczona pobudliwość naczynio-ruchowa dermografizm na całym ciele.

\* \* \*

Co wiemy o siedlisku anatomo-patologicznem porażen dziecięcych i samoistnego półpaśca? Według najnowszych badań (F. Schultze Marie, Goldscheider, Redlich, Siemerling), w porażeniu dziecięcym mamy do czynienia z ostrem, toksyczno-zakaźnem, wychodzącem zwykle z tętnie końcowych zapaleniem krwotocznem przedniego rogu rdzenia kręgowego, które pociąga za sobą zniszczenie ruchowych komórek zwojowych i następnie zwyrodnienie korzeni przednich oraz włókien ruchowych nerwów obwodowych. Zwykle do sprawy śród-mąższowej zanikowej zostaje wciągnięty, przylegający do rogu przedniego, odcinek pęczków przednich, rzadziej — podstawa rogu tylnego, która stanowi przejście od rogu tylnego do przedniego.

Co się tyczy półpaśca, to, jak wykazały liczne i wiarogodne badania z ostatnich czasów (Head i Campbell<sup>1)</sup>, mamy tu do czynienia ze swoistem, prawdopodobnie, również zakaźnem, ostrem zapaleniem krwotocznem tylnego odcinka zwojów międzykręgowych, odpowiadających miejscu wyprysku na skórze. Zapalenie to stale pociąga za sobą zwyrodnienie odpowiedniego korzenia tylnego, rzadziej przechodzi na kolano obwodowe zwoju i na nerwy mieszane. Wszystkie te zwyrodnienia są, jak i przy zapaleniu rogów przednich, pochodzenia wtórnego i w przypadkach cięższych dają się prześledzić na obwodzie aż do najdrobniejszych nerwów skóry, a w rdzeniu aż do „*zone cornu-radiculaire*“, ewentualnie nawet do jąder czuciowych pęczków tylnych w rdzeniu przedłużonym. W półpaścu w okolicy nerwu trójdzielnego ostre zapalenie umiejscawia się w pewnej części *ganglion Gasseri*, zwyrodnienie—w korzeniu nerwu oraz w tak zwanym wstępującym czyli czuciowym korzeniu nerwu trójdzielnego (*radix ascendens N. trigemini*).

Że zarówno rdzeniowe porażenie dziecięce, jak ostry półpaściec

<sup>1)</sup> Head and Campbell. The pathology of herpes zoster... Brain Autumn 1900.

stanowią analogiczną chorobę układu nerwowego natury swoisto-zakaźnej, powinno było już dawno zwrócić uwagę klinicystów. Typowemi są ich sposób powstawania, krótki okres zwiastunów z uczuciem ogólnego niedomagania, ich przebieg z mniejszem lub większem nasileniem ciepłoty, znikanie gorączki i innych objawów ogólnych przy zjawieniu się porażenia lub wyprysku skórniego, rzadkie nawroty, ich pojedyncze epi-i endemiczne wybuchy, zejście ostrej, często krwotocznej sprawy śródniaższowej w bliznowo-sklerotyczną.

Wybitnego znaczenia nabiera wspomniana wyżej okoliczność, którą anatomia-patologiczna lat ostatnich stwierdziła niejednokrotnie, że dwie te wielce charakterystyczne choroby infekcyjne układu nerwowego siedlisko swe właśnie w dwóch najważniejszych punktach obu głównych torów fizyologicznych obierają: czynnik chorobotwórczy w jednym przypadku ma bardzo wyraźną skłonność (*affinitas*) do zajęcia przednich rogów, w drugim — tylnych zwojów międzykręgowych rdzenia. Czem są rogi przednie dla układu ruchowego, dla mięśni, tem tylne zwoje międzykręgowe dla układu czuciowego, dla skóry. „Beide repräsentiren ein physiologisches Aequivalent, eine trophische Centralstation für die betreffenden Systeme“, — jak słusznie powiada Seiff er<sup>1)</sup>, referując pracę Head-Campbell'a.

Jak więc w przypadkach naszych dadzą się umiejscowić sprawy chorobowe i jak da się wytłómaczyć zajęcie dróg potowych? Obszar nieprawidłowego pocenia się skóry naszych pacjentów odpowiada, jak łatwo się przekonać, 4-m terytoryom potowym, które określił Schlesinger na podstawie ścisłych danych literatury i własnych swych badań, mianowicie: 1) terytoryum połowy twarzy, 2) kończyny górnej, 3) górnej połowy tułowia, szyi, karku i głowy, 4) nogi.

Możemy wobec tego w 2 naszych przypadkach poliomyelitidis ant., domyślać się, że ośrodki potowe, jako takie, uległy zniszczeniu (*anidrosis*); nie wyda się to bynajmniej dziwnem, jeżeli weźmiemy pod uwagę, iż sprawa poliomyelityczna, sądząc z natężenia i obszaru porażenia, była bardzo silna i mogła dotknąć i ośrodki potowe, bez względu na to, czy znajdują się one w podstawie rogu tylnego, jak twierdzi Charcot, czy też w bocznych grupach komórek rogu przedniego, jak twierdzi Biedl.

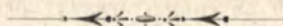
Nieco trudniej wytłómaczyć sobie stan podrażnienia dróg potowych w przypadkach półpaśca (*hyperidrosis*). Można tu uczynić przypuszczenie dwojakie: 1) albo sprawa zapalna ze zwoju między-

<sup>1)</sup> Fortschritte der Medicin 17. 1901.



kręgowego (resp. analogicznego mu zwoju Gassera dla nerwu trójdzielnego) przeszła na róg tylny (resp. analogiczne dla nerwu trójdzielnego jądro piątego korzenia rdzeniowego w rdzeniu przedłużonym i moście)—a zdarzają się podobne przypadki dość często—, tu zaś dosięgła podstawy rogu tylnego i pociągnęła za sobą podrażnienie znajdujących się w tem miejscu ośrodków potowych; 2) albo też przez sprawę zapalną wtórnie zostały zajęte szlaki potowe na ich przebiegu wewnątrz rdzenia, lub, co wydaje się więcej prawdopodobnem, na zewnątrz rdzenia. Można by mniemać, że przy obrzęku zapalnym włókien czuciowych, który wywołuje wiadome bóle newralgiczne w półpaścu, w następstwie zstępującej sprawy zwyrodniającej włókna potowe, idące wraz z czuciowemi, znajdują się, wskutek ucisku, w pewnym nienormalnym stanie podrażnienia.

Bez względu na to, jak w szczegółach przedstawia się podściełisko anatomopatologiczne nieprawidłowości pocenia się, ciekawem pozostaje istnienie ograniczonych zaburzeń potowydzielniczych w wymienionych cierpieniach. Kwestyę tę wartoby zbadać dokładniej na liczniejszym materiale, tembardziej że przy tak łatwo i przedmiotowo dającym się krytycznie ocenić objawie, możliwości ciągłej i ścisłej kontroli oraz przystępnej stronie kliniczno - doświadczalnej (wstrzykiwanie podskórne pilokarpiu), można bez wielkich trudności wykluczyć spostrzeżenia mylne, nieuniknione przy ścisłym określaniu granicy ruchowego niedowładu mięśni lub czuciowego zaburzenia skóry. Ażeby nasze wiadomości obecne o ruchowych, czuciowych i potowydzielniczych czynnościach segmentalnych rdzenia mogły dzięki studjom nad *poliomyelitis ant. et post.* snadniej uleść rozszerzeniu, uzupełnieniu i poprawie, należałoby przedewszystkiem skierować uwagę na idiopatyczną, samoistną odmianę wzmiankowanych chorób, różniącą się zasadniczo od mniej miarodajnych deuteropatycznych, wtórnych postaci, spostrzeganych w próchnicy kręgów, nowotworach rdzenia, syringomyelii, cukrzycy, zatruciu arsenikiem, wjadzie, rozsianem zapaleniu mlecza i niektórych innych chorobach organicznych układu nerwowego.



### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

36. van H a s s e l. **O leczeniu urazów stawowych.** (Journ. de chir. Juin. 1901).

Pod nazwą „uraz stawowy“ rozumieć należy: a) stłuczenie w okolicy stawu bez rany skóry, b) rany samych stawów i c) występujące w nich po urazie zmiany zapalne, przy czem z powikłaniami grupy ostatniej ma się nieraz do czynienia i w przypadkach zwykłego tylko, na pozór, stłuczenia.

Wobec objawów, przemawiających za wytworzeniem się w jamie stawowej obrzęku lub wylewu krwawego, dalej: w przypadkach zapalenia przewlekłego błony maziowej nie jest właściwem leczenie wyczekujące. Wskazane bywa wówczas przekłucie i wypłukanie stawu roztworem gorącym kwasu bornego lub innym jakim wyjałowionym roztworem. Jeżeli dokonywane kilkakrotnie punkcje nie prowadzą do celu, lub też gdy barwa wypuszczanej cieczy zdradza obecność skrząpów, staw otworzyć należy cięciem bocznem i wymieć skrząpnie, co, mówiąc nawiasem, dokonywamy najczęściej w cierpieniach kolana. Dla usunięcia przewlekłej sprawy zapalnej w błonie maziowej S c h e d e zaleca zastrzykiwania 5% roztworu kwasu karbolowego; w razie ostatecznym pozostaje wycięcie omawianej błony (synovectomia) i przedrenowanie stawu. Z rękoczynami tego rodzaju nie ma co zwlekać zbyt długo, zastój bowiem nieprawidłowej w stanie zawartości prowadzi do zwiótczenia rozciągniętych ponad miarę błony maziowej i wiązadeł, a więc do nader niepożądanych zwichnięć niezupełnych.

W tym razie, gdy po stłuczeniu, powikłaniem przez zwichnięcie, rozdarta torebka nie goi się prędko, wywołując podczas najmniejszego wysiłku zwichnięcie nowe, koniecznym jest okrwawienie i nałożenie szwu na błonę maziową. U osobników z zastarzałem, nie dającym się nastawić zwichnięcie, z częściowem zeszczywnieniem włóknistym i zanikiem mięśni okołostawowych wskazaną jest tenotomia, otwarcie a nawet wycięcie stawu (arthrotomia et arthrectomia). Jeżeli sprawa wikała się poszarpaniem ścięgien, pęknięciem np. ścięgna m. trójgłowego uda poniżej rzepki, najlepiej będzie staw kolanowy rozciąć, a po splukaniu skrząpów sublimatem gorącym, ścięgno owo zeszyć. W razie wiktających kontuzję złamań i zwichnięć nasady kostnej, przedewszystkiem te ostatnie nastawia się i potem dopiero odprowadza odłamy kostne, nie stosując zresztą, unieruchomienia z uwagi na zachowanie sprawności stawu. Osobliwie nie trzeba unieruchomiać w przypadkach złamań w stawie łokciowym; dość jest ustawić nmocowane lekko ramię pod kątem prostym, a już 4-go dnia rozpoczyna się wyrabianie ruchów i mięsienie. Zdaniem P h e l p s'a, urazy tego rodzaju obfitują w zbiór wszelakich, sprzyjających wytworzeniu się ankiłozy i zaniku mięśniowego warunków, unieruchomienie zaś ze stałym wewnątrzsta-

wowym uciskiem niszczy nasady kostne i ku ostatecznej stawu prowadzi zagładzie.

Wobec drażących ran stawowych wynik ostateczny zależy od tego, jaką z początku obrało się metodę leczenia. Ta ostatnia polegać musi na jaknajdokładniejszym odkażeniu rany, obfitem jej wycięciu i zastosowaniu opatrunków wilgotnych. Gdy wystąpi ropienie, najlepszą jest wczesna arthrotomia, przemywać roztworem sublimatu, formaliny, bądź t. zw. wodą utlenioną i drenowanie. Co 2—3 dni irygację powtarza się, chorą maziówkę trzeba wyskrobać lub wyciąć, wreszcie dokonywa się rezeceki, gdy szpik kostny jest zajęty. Leczenie zachowawcze i obmywanie wodą utlenioną stosujemy w przypadkach rozległych uszkodzeń podskórnych, tu jednak zajść może niekiedy potrzeba amputacji.

Umiejętne leczenie obrażeń stawów śródrecznych i członeczkowych jest rzeczą niesłychanie ważną dla przyszłej sprawności palców ręki. Trzymać się tu należy metody ściśle zachowawczej i pamiętać, że strata wskaziciela lub paluszka, pojedynczo wziętych, nie upośledza jeszcze zdolności ruchowej ręki, jak również, że zeszywnienie w stawie śródrečno-członeczkowym wywołuje zupełną bezsilność palca.

W przypadkach kategorii trzeciej nie rezekuje się przed ukończeniem rozrostu kości, ropę wypuszcza się drogą szerokiego cięcia lub wypompowania, przyczem Ollier zaleca iniekcye naftolu kamforowego. Naturalnie, wyszczególnione w dwóch poprzednich działach metody operacyjne mogą i tu znaleźć zastosowanie, w razie potrzeby.

*K. Niedzielski.*

27. **Blecher.** O wpływie wywołanego sztucznie zastoju krwi na zeszywnienia stawowe, powstające po urazach i unieruchomieniu kończyny dłuższem. (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bnd. LX, str. 250).

Autor na klinice Bier'a zauważył, zrazu całkiem przypadkowo, pomyślny wpływ opaski uciskającej, którą nałożono na ramię osobnikowi z rzekomem zajęciem stawu (pseudarthrosis), zeszywniałego po immobilizacji, stosowanej uprzednio. Wobec nader dodatniego wyniku metodę tę dr. Blecher zastosował w 18 przypadkach odpowiednich i za każdym razem sprawność kończyny poprawiała się wybitnie, dzięki owym wywoływanym sztucznie zastojom.

Fakt ten wytłomaczyć można chyba w ten sposób, że występujący stale na skutek zastoju obrzęk części miękkich, tj. obrzęk torebek stawowych, więzadeł, ścięgien i powięzi, czyni tkanki te więcej podatnymi, tak jak zauważa się to na drzewie lub skórze, rozmiękzonej w wodzie. Zresztą, jest zrozumiałem zupełnie, że dla usunięcia wypełniających np. jamę stawu skrzepów, trzeba powiększyć ilość mazi, która działa na nie rozcińczająco. Zwykle, po przerywanym od czasu do czasu zastojem, wchłanianie przyśpiesza bardziej jeszcze sprawę rozejścia się owej nieprawidłowej zawartości stawu; mięsienie jest wówczas również wskazane.

*K. Niedzielski.*

28. Phelps. Leczenie gruźliczego i ropnego zapalenia stawów za pomocą drenu i czystego kwasu karbolowego. (Revue d'orthopédie № 1, 1901).

Metoda Phelps'a, ortopedysty amerykańskiego, polega przede wszystkim na bardzo wczesnem, bezwzględnie po stwierdzeniu obecności ropy, otwarciu stawu. Postępowanie takie nie tylko zmniejsza cyfrę śmiertelności, lecz często czyni zbytecznem wykonywanie rezekecyi, broniąc od niepożądanych jej następstw np. od skrócenia. Podczas operacyi bada się dokładnie wnętrze stawu, wyskrobuje i wycina wszystkie części chore, dla usunięcia zaś na dobre ropienia w stawie stosować trzeba czysty kwas karbolowy. Autor badania swe przeprowadzał tylko na stawie udowym; sądzi, że preparat, w mowie będący, w zetknięciu się z białkiem wytwarza białkan, paraliżujący działanie toksyn drobnoustrojowych. Sposób ten dawał autorowi wyniki doskonałe.

Do techniki postępowania leczniczego należy również wprowadzenie w użycie szerokich rurek szklanych, od  $\frac{3}{4}$  do 3 ctm. w średnicy, zakładanych w głąb rany; przez rurki te można patrzeć wygodnie na dno jamy stawowej i sprawdzać zachodzące tamże zmiany z dnia na dzień, stosując do nich kurację. Zazwyczaj, po wywichnięciu główki stawowej i wyskrobaniu części chorych wypełnia się staw czystym kwasem karbolowym, który pozostaje w ognisku chorobowem przez minutę czasu, przyczem tenże zastąpić trzeba wyskokiem, splókanym, z kolei rzeczy, 2% roztworem karbolu. Zamiast zwykłych następczych manipulacyi opatrunkowych, jak wypełnianie rany operacyjnej gazą, szew i t. p., autor wprowadza do jamy szeroką rurkę szklaną, lub w razie potrzeby, zakłada ich kilka i posługuje się niemi w terapii dalszej. Wyciąg (9—12 funt.) stosuje się zawsze.

W 70 przypadkach ropienia w stawie biodrowym dr. P. rezekował 20 razy; dzięki opisanej metodzie u 30 chorych można było się obejść bez rezekecyi. W przebiegu tych operacyj usuwano nader często większe kawałki kości. U 15 osobników główka udowa była odseparowana, niby martwak.

Dodać należy, że przypadki, na które autor powołuje się, należą do najświeższych, wszystkie bowiem spostrzegane były przezeń w ciągu dwóch lat ostatnich.

K. Niedzielski.

29. Jordan (z Heidelbergu). O powstawaniu guzów, gruźlicy oraz innych cierpień ustrojowych po urazie. (Centralbl. für Chirurgie № 46, 1901).

Określenie związku pomiędzy urazem i powstawaniem nowotworu wtedy dopiero może być rozstrzygnięte naukowo, gdy poznamy dokładnie jego pochodzenie; choć więc słusznie, na pozór, możnaby mówić o niejakim tu związku, to jednak, dziś przynajmniej, pouczającymi mogą być tylko w tym względzie badania kliniczne. Ostatnie przekonywają, wszelako, że tylko w bardzo małej odsetce przy-

padków (2—3%) wraz staje się rzeczywiście czynnikiem wywołującym. Dla raka odgrywa tenże rolę arcymierzą, większą ma wagę w wytwarzaniu się mięsaków, notowany jest, wreszcie, stosunkowo najczęściej w dziejach rozwoju nowotworów niewinnych, jak narośle kostne lub chrząstki. Uwzględniać przytem trzeba i ów materiał kliniczny dość powściągliwie, ponieważ w większości przypadków dowiadujemy się o obrażeniu uprzednim li tylko z ust samych pacjentów, jakąż więc mamy pewność co do ścisłego utożsamienia miejsca traumaty i guza? Nie znamy również, najczęściej długości okresu poprzedzającego, nie wiemy też, czy wcześniej już nie istniał tamże mały, niedostrzegalny dla chorego guziczek.

Tak samo niepodobna twierdzić stanowczo, że stłuczenie może wywoływać gruźlicę zdrowego dotąd narządu, przy istniejącej, rozumie się, wrodzonej ku temu u osobnika skłonności. Najnowsze bowiem doświadczenia na zwierzętach wykazały, że uraz nie stwarza bynajmniej locum minoris resistentiae, lecz ujawnia tylko istniejące dotąd skrycie ogniska gruźlicze.

Niezaprzeczoną jest za to wpływ urazu na powstawanie ostrego zapalenia szpiku kostnego. Jak przekonano się niezbicie za pomocą metody doświadczalnej i klinicznej, stłuczenie kości sprzyja umiejscowieniu się krążących we krwi koków ropotwórczych; słusznie również przyjmuje się wpływ będącego w mowie czynnika w sprawie powstawania okołokątnych zapaleń wtedy zwłaszcza, gdy wyrostek robaczkowy zawiera złogi kałowe.

K. Niedzielski.

30. Leopold Casper (z Berlina). **Wartość określenia energii czynnościowej nerek dla rozpoznania cierpień tychże i jamy brzusznej natury chirurgicznej.** (Centralbl. für Chirurgie № 44, 1901).

Na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich autor mówił już (patrz sprawozdanie moje z prac Zjazdu *Kronika Lekarska*, zes. 14, 16 i 18, 1901. *Przypadek Referenta*) o takich operowanych przypadkach, w których znaczenie wyszczególnionego w nagłówku badania uwydatniło się w całej pełni. W przypadkach tych chodziło o przekonanie się, która z nerek zachowała sprawność prawidłową, a która była upośledzoną na tym punkcie. Metoda, zmierzająca ku temu, opiera się, jak wiadomo, na jednoczesnem zebraniu moczu z każdej nerki oddzielnie i jego rozbiórce następującą. Oznacza się zatem siłę czynnościową nerki przez porównanie wydzieńonego z każdej porcyi moczu azotu (N) dalej — z ilości wywołanego sztucznie za pomocą zastrzyknięć florydzyiny cukru (Sa), wreszcie z obniżenia się punktu zamarzania moczu (>). Dla nerek zdrowych trzy te potęgi są po stronach obu jednakowe, tam zaś, gdzie jedna z nerek cierpi, cyfry po stronie chorej bywają stale niższe, nadto, im więcej chorą jest nerka, tem niżej spada odpowiednia jednostka wartościowa.

W przebiegu licznych swych spostrzeżeń Casper przekonywał się niejednokrotnie, że sposób ów jest nader cennym drogowskazem w trudnych do rozwikłania wątpliwościach, jakie następuje chirurgia

brzucha; dla poparcia sądu takiego przytacza w pracy swej kazuistykę bardzo ciekawą. W żadnym z owych przypadków metoda, w mowie będąca nie zawiodła: tu przytaczamy w skróceniu dwa z tych ostatnich, jako zasługujące na uwagę pilniejszą.

1) 40-letni mężczyzna narzekał od czasu pewnego na występujące chwilowo bóle w lewej okolicy lędźwiowej. W moeżu chorego znaleziono białko. Podczas badania (Mikulicz) zauważono powiększenie lewej nerki, przyczem biegun jej dolny sprawiał wrażenie gładkiego, chęłboczącego guza. Ponieważ objawy chorobowe nie ustępowały bynajmniej, choremu zaproponowano próbne obnażenie nerki drogą operacyi, przedtem jednak skierowano go do autora dla dokonania kateteryzacyi moczowodów—z rozpoznawaniem nowotworu miedniczki nerkowej. Wyniki badań wykryły: a) po stronie prawej—mocz czysty, nieco białka, jeden wałek szklisty  $\sqrt{1,64}$ . Sa 1, 6; b) po stronie lewej—mocz czysty z nieznacznymi bardzo śladami białka,  $\sqrt{1,67}$ . Sa 2,07. Na mocy zatem wyników, przemawiających za doskonałą sprawnością nerki lewej, autor orzekł, że, wprawdzie wyczuwa się na tej ostatniej nieprawidłowość pewna, że takową jednak nie wywiera wcale ujemnego na narząd ów wpływu. Pomimo to chirurg dokonał nefrotomii, poczem przekonano się, że na powierzchni nerki lewej znajduje się kilka dużych, jak jajo kurze torbieli, nie mających żadnego z miedniczką nerki związku i nie zwyrodniających wcale istoty narządu. Rozcięcie torbieli, wypełnienie gazą, wyzdrowienie. Operacya więc potwierdziła w zupełności racjonalność zapatrywań autora, gdyż torbiele te nie zwyrodniały nerki wcale.

2) 38-letni pacjent przysłany został z rozpoznaniem wodonercza. Choroba zaczęła się od braku łaknienia, zaparcia, bólów w okolicy nerki prawej i stałego tamże uczucia ucisku. Mocz całkiem prawidłowy. Na wysokości lędźwi, po stronie prawej, wyczuwa się obecność guza podłużnego, dużego, jak głowa dziecka, o spoiwości dość twardej, w pozornym z nerką związku. Po sztucznem rozcięciu okrężnicy opukiwanie dało w tem miejscu odgłos bębunkowy, jelito leżało zatem z przodku guza. Badanie na energię czynnościową dało po stronie prawej  $\sqrt{1,41}$  Sa 2,0%; po lewej— $\sqrt{1,41}$  Sa 2,0%, wobec czego autor uznał rozpoznanie wodonercza za mylne, samą zaś guzowatość—za pozbawioną wszelakiej z nerką łączności. Jakoż podczas operacyi znaleziono po za okrężnicą wstępującą wielką, wypełnioną cuchnącą ropą, jamę (abscessus perityphliticus). Operowany wyzdrowiał.

Co się tyczy przypadków pozostałych, dodać należy, że w jednym z nich cewnikowanie moczowodów pouczyło, która z nerek była siedliskiem kamicy, czego nie udałooby się określić naprzód w sposób inny; w drugim, dzięki metodzie powyższej, rozpoznano gruczolaka nadnercza, po stwierdzeniu niezajęcia samej nerki, w innym znowu—rózrózniono kolkę pęcherzykową od nerkowej. W trzech, wreszcie, spostrzeżeniach badanie na sposób, opisany powyżej, doprowadziło do wniosku, że ma się do czynienia tylko z nerwobólem nerkowym (nephralgia), lubo objawy przemawiały na pozór za istnieniem kamicy—metoda zatem dra C. jest nader użyteczną, uzupełniając sposoby badania w zawiłych i trudnych do rozpoznania przypadkach.

K. Niedzielski.

## II. Choroby kobiet i akuszerya.

31. Yff. **Przypadek krwiomoczu w ciąży** (Centralblatt für Gynäk. 1901, № 47, str. 1290).

U 30-letniej wieloródki, będącej w 8 miesiącu ciąży, zauważono mocz krwawy. Golem okiem nie znaleziono skrzepów krwi w moczu, pod drobnowidzem zaś: liczne chromocyty, pojedyncze leukocyty, fosforany wapnia i magnezyi, brak zupełny wałeczków. Spokój i dyjeta mleczna nie wpłynęły na zmniejszenie zawartości krwi w moczu. Po kilku tygodniach dawano chorej salol (po 1,0 3 razy dziennie). Po dwóch dniach znikło krwawe zabarwienie, po 4 dniach ani śladu krwi i białka. Chora wybrała razem 12 gramów salolu. Po kilku dniach odbył się poród, urodziła się dziewczynka, która ważyła 3500 gm. Uderzającą była minimalna ilość wód płodowych i bardzo mały ubytek krwi. Po porodzie ani śladów krwi w moczu. Autor sądzi, że mocz krwawy pochodził z nerek i że żadnych śladów sprawy chorobowej w nerkach nie było, jakkolwiek inny lekarz przerwał ciążę następną z powodu cierpienia nerek. *M. Warszawski.*

32. Fabre. **Dwa przypadki nałogowego obumarcia płodu przy objawach białkomoczu u matek; wywołanie porodu przedwczesnego.** (Lyon méd. 1900, № 25 i 26).

Autor obserwował dwie pacjentki, które w stanie normalnym (nie ciężarnym) były zupełnie zdrowe; z chwilą, gdy zaszły w ciążę, nagle ukazywał się białkomocz bez widocznej przyczyny. Po kilkotygodniowym trwaniu białkomoczu płody obumierały, a po porodzie białko w moczu znikало. U obu pacjentek, w ostatniej ciąży autor wywołał porody przedwczesne, z chwilą ukazania się białkomoczu, i wydobył żywe płody.

Autor stanowczo wyklucza zmiany organiczne w nerkach. Wyępujący w każdej ciąży białkomocz autor kładzie na karb sprawy chorobowej jaja płodowego, którą autor po zbadaniu mikroskopowym streszcza w sposób następujący: „przeistoczenie destrukcyjne komórek doczesnych z ograniczonym nacieczeniem leukocytów“; zmiany w błonie kosmatej, utworzenie się zawału białego; skrzepnięcie krwi maczynej w przestrzeni pomiędzy kosmkami, zawał krwawy, jednym słowem wstrzymanie oddechu łożyskowego.

Autor przypuszcza, że ten stan stale istnieje w błonie śluzowej w stopniu słabszym i obostrza się w każdej następnej ciąży. Dlatego Fochier radzi w tych przypadkach leczyć błonę śluzową w przerwach pomiędzy ciążami.

Dalsze przypuszczenia autora noszą cechę hipotezy, że doczesna w tym stanie cierpienia wydziela toksyny, które, niwecząc nabłonek nerkowy, powodują transfuzję białka. Wyniki autora są następujące:  
1) Istnieją przypadki nałogowego obumarcia płodu, spowodowane

przez choroby jaja płodowego, bez jakichkolwiek zmian w mięszu nerkowym.

2) Leczenie białkomoczu nie ratuje płodów od śmierci, ponieważ ostatnia jest wynikiem pierwotnego odklejania się łożyska.

3) Porody przedwczesne są w tych razach wskazane, gdy płody są zdolne do życia, a w moczu znajduje się białko.

*M. Warszawski.*

33. **Pilsky. Przypadek ostrego otrucia łożyskiem w ciąży z zejściem śmiertelnym.** (Centralbl. für Gynäk. 1901, № 1289).

21-letnia panna, będąca w 6 miesiącu ciąży, robiła sobie w ciągu sześciu tygodni 2 razy dziennie przemywania pochwowe z octanu łożyska (1—2 łyżki stołowe na litr wody). Nagle zaśląbla przy objawach wymiotów uporeczywych i kolki kiszkowej. Poród przedwczesny. Następnego dnia ciepłota ciała podskoczyła do 39,7° przy dobrym tętnie; silne wymioty przybrały na drugi i trzeci dzień wygląd krwawy. Temperatura 37—38,7 przy pełnym i silnym tętnie, które na trzeci dzień spadło do 54—58 na minutę. Żółtaczka w wysokim stopniu. Na 5 dzień objawy zapaści. Czynność serca coraz słabsza i śmierć w tym samym dniu.

Autopsya wykluczyła zakażenie wewnątrzmaciczne i zapalenie otrzewny. Badanie chemiczne wątroby, nerek, śledziony, żołądka, płuc, kału wykazało obecność łożyska.

*M. Warszawski.*

34. **S. S. Chołmogorow. Rak, ciąża i poród.** (Żurnal aku-sorzstwa i żeńskich bolezniej 1901, № 6).

U 32-letniej wieloródki, dotkniętej rakiem szyi macicznej, autor dokonał cięcia cesarskiego, a następnie wyluszczył macicę przez cięcie brzuszne. Płód nieżywy, macerowany. Chora została wypisaną z nieznanym nacieczeniem w prawem przymaciczu.

Na mocy powyższego przypadku i odnośnej literatury autor stawia następujące dezyderaty:

1) W raku szyi, kwalifikującym się do operacji, należy w początkach ciąży natychmiastowo wyluszczyć macicę włącznie z jajem płodowym.

2) Od 6—8 miesiąca ciąży w raku szyi, kwalifikującym się do operacji, należy dokonać cięcia cesarskiego pochwowego i zaraz potem wyluszczyć macicę per vaginam.

3) Pod koniec ciąży należy dokonać cięcia cesarskiego per laparotomiam i zaraz wyluszczyć macicę przez cięcie brzuszne sposobem Freund'a.

4) Gdy poród został ukończony per vias naturales lub przy pomocy jakiejś operacji, to w raku, kwalifikującym się do operacji, należy natychmiastowo wyluszczyć macicę per vaginam.



5) W nie nadającym się do operacji raku należy pod koniec ciąży dokonać cięcia cesarskiego sposobem Porro.

6) W nie kwalifikującym się do operacji raku, gdy płód nie jest zdolny do życia, należy czekać, dopóki płód nie dojrzeje, a wtedy dokonać cięcia cesarskiego sposobem Porro.

*M. Warszawski.*

35. Dr. Wilh. Rühl. **Przypadek przedwczesnego odklejenia łożyska, siedzącego w miejscu właściwym. Zakończenie porodu przez cięcie cesarskie pochwowe.** (Centralbl. für Gynäk. 1901, № 47, str. 1283).

Do bardzo ciężkich i poważnych powikłań ciąży resp. porodu należy przedwczesne odklejenie łożyska na znacznej przestrzeni, zanim jajo płodowe resp. płód zostały wydalone. O niebezpieczeństwie tego powikłania decyduje fakt, że we wszystkich znanych dotychczas przypadkach umarło więcej niż połowa matek i prawie wszystkie dzieci. Rokowanie w tych przypadkach jest gorsze, aniżeli w placenta praevia. Według statystyki Goodell'a, że 107 uratowano tylko 6 dzieci, a z 106 matek pochowano 54. Śmierć dzieci można łatwo sobie objaśnić przez wstrzymanie krwiotoku płodu wskutek odklejenia się łożyska. Matki zaś umierały wskutek silnego krwotoku z miejsca przyczepu łożyska; a wobec takiego krwotoku jesteśmy bezsilni, gdyż wynik zależy od wczesnego rozpoznania i stosowania odnośnej terapii. Lecz rozpoznanie takich przypadków nie jest łatwe, zwłaszcza w tych razach, gdy krwotok powstał wskutek przedwczesnego odklejenia się łożyska zachowuje charakter czysto wewnętrzny lub też jeżeli krwawienie zewnętrzne jest nieznaczne. Wskutek krwotoku wewnętrznego ściana macicy (miejsce przyczepu łożyska) wypukła się; w powstałej zatoce może się tyle krwi ułożyć, iż chora może umrzeć z utraty krwi, zanim rozpoznanie krwotoku wewnętrznego będzie ustalone. Drugi punkt ciężkości polega na tem, że opróżnienie jamy macicy, niezbędne do tamowania krwotoku wewnętrznego, jest na razie utrudnione lub też wymaga dłuższego czasu, tak iż długotrwałe i powolne krwawienie może spowodować śmierć chorej. Gdybyśmy taki krwotok wewnętrzny w czasie właściwym rozpoznali i mogli zaraz opróżnić macicę, to rokowanie byłoby o wiele lepsze. Gdyż tylko po należytem opróżnieniu macicy możemy myśleć o radykalnem zatamowaniu miejsca krwawiącego (masaż, ucisk, tamponada etc.). Na nieszczęście, warunki te należą do rzadkości; najczęściej krwotok powstaje nagle i odrazu przybiera postać groźną. Nie trzeba zapominać i o tem, że przedwczesne odklejenie łożyska może mieć miejsce nie tylko z chwilą rozpoczęcia porodu, lecz i w końcu ciąży; w ostatnim przypadku przedwczesne odklejenie może spowodować bóle porodowe. Zważywszy, że cierpienie powyższe nie często się zdarza, autor podaje spostrzegany przez siebie przypadek.

W dniu 18 listopada 1900 roku autor został nagle wezwany do chorej, która już 2 razy rodziła; ostatni poród kleszczowy przed 3 laty. Chora, dotychczas zawsze zdrowa, dnia poprzedniego (t. j. 17 listopada) została lekko uderzona w ścianę brzuszną. Nazajutrz t. j.

18 listopada o godzinie 11 $\frac{1}{2}$  przed południem chora nagle doznała kilku lekkich bólów porodowych i pod koniec uczuła jeden bardzo silny ból; chorej się zdawało, że coś w brzuchu pękło. Jednocześnie ukazało się krwawienie nieznaczne z pochwy. Utraciwszy przytomność, chora spadła z kanapy na podłogę. Autor przybył o godz. 12-iej w południe i, zbadawszy chorą, znalazł: Dno macicy znajduje się w okolicy prawego łuku żebrowego, macica posiada prawidłową konfigurację, wyjąwszy stronę prawą trzonu, która się więcej uwydatniała. Części płodu z trudnością się wyczuwały, ruchy płodu zniesione, bicie serca ustało. Pochwa wypełniona skrzepami krwi, szyja maciczna zachowana, twarda, ledwie przepuszcza palec. Ujście wewnętrzne z ledwością przepuszcza koniec wskaziciela. Błony płodowe całe i napinają się podczas słabych bólów, w okolicach ujścia macicznego nie wyczuwa się łożyska. Oprzytomniała podówczas pacjentka uskarżała się na bóle dokuczliwe. Krew się sączyła z pochwy i najwięcej odchodziła podczas bólów.

Autor rozpoznał przedwczesne odklejenie się łożyska. W celu przyspieszenia porodu wprowadził kolpeurynter do macicy, chcąc z jednej strony przyspieszyć rozszerzenie szyi macicznej, a z drugiej spodziewał się przez ten rękoczyn zatamować krwotok; ostatni cel byłby niewątpliwie osiągnięty, gdyby muskulatura macicy była silna i niepodatna.

Jakkolwiek krwawienie zewnętrzne ustało, już po 15 minutach chora straciła przytomność, zbladła i zemdląca. Jednocześnie na przedniej ścianie trzonu i dna macicy ukazał się duży guz, wielkości głowy osoby dorosłej; nie ulegało wątpliwości, że krwotok wewnętrzny się wzmógł i wypuklił ścianę przednią macicy. W celu uratowania życia chorej należało natychmiast opróżnić macicę. Ponieważ stan chorej stawał się coraz groźniejszym, a kolpeurynter wcale nie rozszerzył szyi macicznej, autor zdecydował się zrobić cięcie cesarskie pochwowe sposobem Dührssen'a. Wstrzyknąwszy sporą ilość roztworu fizjologicznego soli, autor przepołowił tylną i przednią ścianę szyi macicznej, odseparowawszy poprzednio pęcherz moczowy ku górze, przerwał błony płodowe i wysokimi kleszczami wydobyl płód martwy; łożysko wnet samo odeszło, poczem krwotok zaraz ustał i macica sama się dostatecznie skurczyła. Operacja trwała wszystkiego 6 minut! Cięcia sztuczne autor zaszył szwami.

Przebieg pooperacyjny był bardzo uciążliwy; przez 20 minut chora walczyła pomiędzy życiem a śmiercią. Drobnę, ledwie wyczuwalne tętno, brak tchu, uczucie strachu i niespokój ustąpiły po wstrzyknięciu roztworu soli kuchennej, cukrzanu sodu (natrium sascharat), kamfory, lawatynu odżywczych etc. Po 24 godzinach stan chorej się polepszył; okres popołogowy przeszedł bez powikłań.

W epikryzie autor zaznacza, iż dzięki szybkiej pomocy chora została uratowana. Według autora, klasyczne cięcie cesarskie nie mogło mieć zastosowania w danym przypadku chociażby z tej racji, że odpowiednie przygotowania do tej operacji wymagają dużo czasu. Dla tego rodzaju przypadków nadaje się najlepiej cięcie cesarskie pochwowe sposobem Dührssen'a. Przygotowania do tej operacji

są niewielkie, a technika bardzo prosta. Potrzeba tylko mieć pewną wprawę do operacji pochwowych. Wreszcie, szybka pomoc przy rozpoznaniem odklejeniu przedwczesnem łożyska może w znacznym stopniu poprawić rokowanie dla matek. *M. Warszawski.*

36. A. Rieck. **Vaginofixatio et partus.** (Monatschrift f. Geb. und Gynäk. Bd. XIV, Hft. 2).

Od roku 1893—1899 Martin 1,000 razy dokonał przyszycia macicy do pochwy (vaginofixatio). Tylko u 30 kobiet operowanych można było obserwować porody. Technika vaginofixacji miała wpływ wielki na przebieg porodu. Do roku 1897 Martin przyszywał trzon macicy za pomocą 3 szwów, a szyję za pomocą jednego szwu do pochwy. U 15 kobiet, w powyższy sposób operowanych, porody były przewlekłe, lecz bez żadnych powikłań; tylko w 5 przypadkach miały miejsce ciężkie powikłania: 1) cięcie cesarskie, wskutek położenia ujścia macicy zupełnie ku tyłowi, zakończone zejściem śmiertelnem. 2) Obrót, gdyż główka płodu napierała na przednią ścianę szyi zamiast na ujście macicy, a tylko warga silnie obrzmiała i stała się niepodatną. 3) Dla tych samych powodów dokonano podwójnego nacięcia wargi tylnej i nałożono kleszcze. 4) Obrót przy poprzecznem położeniu płodu; płód nieżywy. 5) 2 porody, obrót za każdym razem; płód nieżywy. Na 20 tedy porodów 5 razy użyto sztuki (20%). W razach wyjątkowych należy cięcie cesarskie zastąpić przez cięcie przednie szyi macicznej (Rühl). W przypadkach, wyszczególnionych pod № № 2 i 3, należy robić nacięcia szyi macicznej, następnie nałożyć kleszcze lub zrobić obrót.

Od roku 1897 Martin zmienił trochę technikę i stale robił dolną vaginofixację: grubą (№ 5) nitkę katgutową przeprowadzał przez ścianę pochwy, otrzewną, macicę (4—5 cm. poniżej trzonu), a poniżej jeszcze 2 nitki przeprowadzał przez pochwę i macicę (jedną przez przesmyk, a drugą przez szyję). W dziesięciu porodach u chorých w ten sposób operowanych nie zauważono żadnych powikłań. Dolna fixacja daje te same wyniki wysmienite odnośnie powrotu choroby, co i górna; ostatnią należy zupełnie zarzucić u kobiet będących w okresie rozrodczym. Przy wykonaniu dolnej fixacji należy baczyć, aby górna nitka przechodziła przez pochwę w miejscu odległym na 3—5 cm. od ujścia cewki. Podwiązywania są zbyteczne, narzędzia proste, nitki nie trzeba usuwać. Na 15 dzień można chorą wypisać, jeżeli nie dokonano żadnej operacji plastycznej w pochwie. Dalsze leczenie polega na iniekcjach gorących do pochwy z płynu Lngol'a (1 łyżka płynu na litr wody), kąpielach nasiadowych przez 6 tygodni.

Godnemi uwagi są wskazania do vaginofixacji. W tyłozgięciu macicy niezupełnem wystarcza leczenie za pomocą wianków; lecz, jeżeli opuszczenie pochwy wymaga operacji plastycznej, natenczas można jednocześnie i macicę umocować przez pochwę. Główne zaś wskazanie daje tyłozgięcie nieruchome, połączone z zapaleniem około-

maciecznem (perimetritis). Zrosty należy do tępo separować za pomocą palca; najszersze nawet zrosty z kiszka udaje się z łatwością rozerać. Rokowanie wtedy bywa lepszem, jeżeli zapalenie okołomacieczne wystąpiło pierwotnie, a macica została wtórnie pociągniętą ku tyłowi przez wysięki, ponieważ więcej jeszcze nie zostały wciągnięte w cierpienie. Mniej pomyślnem bywa rokowanie, jeżeli do istniejącego pierwotnie tyłozgięcia ruchomego przyłączy się zapalenie okołomacieczne wtórne.

Kazuistyka Martin'a dla tego jest tak bogata, że do każdej przedniej kolpotomii dodawał vaginofixacyą. Na 391 operacyi, dokonanych z powodu tyłozgięcia zrośniętego M. miał 4 przypadki śmiertelne (2 razy zakażenie przez wypływającą zawartość kiszek, jeden raz zakażenie wskutek pękniętej pyosalpinx, jeden raz nacieczenia moczowe przy jednocześnie istniejącej przetoce pęcherzowo-pochwowej). 49 operacyi wskutek tyłozgięcia ruchomego bez śmierci. 216 operacyi wskutek tyłozgięcia i opuszczenia pochwy (1 przypadek śmierci wskutek embolii). Razem na 656 operacyi 5 przypadków śmiertelnych, co stanowi 0,77%. Pozostała ilość kolpotomii została dokonana na mocy różnorodnych i uciążliwych wskazań i dała 10 przypadków śmierci (Sepsis, krwotok, embolia). Summa summarum na 1000 operacyi przypada 15 przypadków śmiertelnych, co stanowi 1,5%.

*M. Warszawski.*

37. A. Sippel. **Cięcie cesarskie w drgawkach porodowych.**  
(Centralbl. f. Gynäk. 1901, № 46, str. 1270).

Będąc przekonany, że eklampsya powstaje wskutek intoksykacyi i że ciąża sprzyja wytwarzaniu się swoistego dla eklampsyi jadu, do czego przyłącza się jeszcze ucisk mechaniczny moczowodów, autor wypowiada zdanie, że w terapii czynnej tego cierpienia pierwsze miejsce zajmie cięcie cesarskie. W przypadkach ciężkich (wysoka gorączka, częste małe tętno nawet w przerwach, sinica, anuria, śluz w gardzieli) należy bezwarunkowo przyspieszyć rozwiązanie chorej bądź przez pochwę, bądź przez cięcie cesarskie. Autor sam z dobrym wynikiem dokonał cięcia cesarskiego, jako ultimum refugium, u 17 letniej pierwiastki, dotkniętej ciężką eklampsyą. Płód, który był w stanie asfiksyi, przywrócony został do życia; przed zamknięciem jamy brzusznej, autor wlał do jamy otrzewny litr roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Temperatura (39,6°) spadła do normy, tętno stało się pełniejszym i powolniejszym, ilość moczu wydzielanego znacznie się powiększyła, lecz przytomność wróciła dopiero na 2 dzień po operacyi. Duża ilość białka w moczu (12%) na 3 dzień znikła zupełnie. Od piątego dnia objawy krwotoku żołądkowo-kiszkowego, a na 7 dzień exitus letalis.

Autopsya wykazała, że źródłem krwotoku był zadawniony wrzód dwunastnicy. Śmierć zatem nie była bezpośredniem następstwem operacyi. Zważywszy, że eklamptyczki mają wzmoczoną skłonność do

zakażenia, autor przypuszcza, że wyniki cięcia cesarskiego będą lepsze, jeżeli zawczasu przystąpić do powyższego zabiegu operacyjnego.

M. Warszawski.

38. G. Hauffe. Przyczynę do wywołania bólów porodowych za pomocą wprowadzenia do jamy macicznej mało elastycznych balonów gumowych. (Monatschrift für Geb. und Gynäk. Bd. XIV; Centralblatt für Gynäk. 1901, № 46, str. 1270).

W poznańskiej szkole dla akuserek stosują rozwieracz (szyi macicznej) Zweifel'a z nieznaczną modyfikacją, polegającą na tem, że zamiast kondomu używają smoczka gumowego. Smoczek, który w zwykłych warunkach zawiera tylko 5 cm. płynu, wypełnia się płynem w ilości 80—120 cm. i przyjmuje w ten sposób postać piłki twardej, niepodatnej. Do dodatnich stron smoczka zalicza się jego taniłość, łatwość odkażania (przechowuje się dobrze w formolu) i nabycia. Raz użyty smoczek niezdalny jest do powtórnego użycia z powodu zupełnej utraty elastyczności; przy stopniowym napełnianiu nie pęka; z łatwością i bez bólu daje się wprowadzić do szyi macicznej za pomocą mandaryna, wstawionego do cienkiej rurki metalowej, zwłaszcza u wieloródek, poczynając już od 5 miesiąca ciąży. Wypełniony przez macicę balon pozostawia otwór wielkości rubla srebrnego i umożliwia wprowadzenie kolpeuryntera Braun'a. Ostatni wypełnia się płynem w ilości większej, aby nie mógł się przesliznąć przez nierozwartą zupełnie macicę. Kolpeurynter można gotować i może być używany większą ilością razy.

Wydęte ad maximum balony były również stosowane w celach kolpeuryzy pochwowej. Zależnie od tego, czy mamy wskazanie do prędkiego ukończenia porodu, a także bacząc na charakter bólów porodowych, możemy działanie kolpeuryntera powiększyć, przyczepiając do końca balonu ciężarki. Przez zbytne pociąganie możemy spowodować bóle skurczowe; spostrzegano nawet zbyt duże rozdęcie szyi macicznej i obrączkę skurczową bardzo wyraźną. Gdy bóle stopniowo występują, należy porzucić wszelkie ciężarki; przy słabych bólach można ostrożnie pociągać balon za pomocą ciężarków. Z chwilą ukazania się bólów nieprawidłowych, należy wstrzyknąć chorej morfinę, ciężarki usunąć i krawędź nożną łożka unieść ku górze. Gdy balon wewnątrzmaciczny został wypchnięty, w wyjątkowych tylko razach należy przedsięwziąć badanie wewnętrzne; w większości przypadków wystarcza badanie zewnętrzne. W ciągu 2 lat stosowano 24 razy ad maximum wydęte balony wewnątrzmaciczne (4 poronienia, 10 porodów przedwczesnych). Na 10 porodów przedwczesnych były 2 przypadki śmiertelne; w jednym było pęknięcie macicy (pęknięcie długości 12 cm. od szyi do parametrium), a w drugim kolpeuryza wewnątrzmaciczna pozostała bez wpływu tak samo, jak i bougies. Po zadaniu chorej chininy (0,6 gr.) poród postępował. Śmierć nastąpiła wskutek zakażenia; punktem wyjścia zakażenia były wgłębienia uciśkowe na powierzchni wewnętrznej macicy od guzików, znajdujących się na końcu bougies.

M. Warszawski.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

39. Dr. L och t e. *Syphilis maligna, syphilis gravis.* (Untersuchungen über *S. maligna* und *S. gravis.* Monatshefte für praktische Dermatologie. Band XXXII. № 10, 11, 12).

W maju 1898 r. przyjęto do szpitala św. Jerzego w Hamburgu chorego z przymiotem, którego przebieg (w kilku słowach) był następujący: owrzdzenie pierwotne z samego już początku okazywało wielką dążność do rozpadu, gruczoły w pachwinach uległy zropieniu; pierwsza wysypka, acz w postaci łagodnej wysypki plamistej, ukazała się niezwykle wcześnie (już ku końcowi maja), wkrótce jednak potem zaczęły się ukazywać w różnych okolicach ciała owrzdzenia, które zmusiły chorego do 10-miesięcznej kuracji w szpitalu (z jedną przerwą 2 tygodni); wycieńczenie przytem było tak znaczne, iż można było się obawiać końca jaknajgorszego.

Przypadek ten zachęcił autora do rozejrzenia się w materyale szpitalnym za lat 5, wybrania z niego przypadków odpowiednich opisanemu i krytycznego ich przeglądu. Znalazła się pewna grupa przypadków niemal analogicznych, lub bardzo do siebie zbliżonych. Cechami charakterystycznymi dla nich były: wcześnie występujące i liczne wykwyty wrzodziejące, znaczne osłabienie chorego i wycieńczenie, często—gorączka, bezskuteczność leczenia ręcją.

Te są mianowicie cechy przymiotu *złośliwego* (*s. maligna*). W innym szeregu przypadków przebieg zbliżony jest do typu poprzedniego, złośliwość wszakże polega tam na tem, że albo choroba najdzie umiejscowienie w narządach pierwszorzędnej wagi, albo też przyłączy się do innej, już samej przez się poważnej choroby. Przymiot tej drugiej grupy nazywa autor, za przykładem Neisser'a — *ciężkim: syph. gravis.*

Z 3270 dotkniętych przymiotem mężczyzn przebieg złośliwy był u 17 (0,52%).—Wiek chorych: między 20—30 rokiem 10-ciu, 30—40 sześciu, między 50—60 jeden. Już owrzdzenie pierwotne zdradzało złośliwość choroby w dwu przypadkach: w jednym rozpad posuwał się w głąb, w drugim owrzdzenie miało charakter petzajacy. Objawy ogólne występowały niekiedy niezwykle wcześnie, chociaż nie odrazu w postaci złośliwej: u jednego chorego wykwyty wrzodziejące ukazały się na skórze już w 8-ym tygodniu *post coitum*, w 12-ym zaś tygodniu można było naliczyć u niego takich owrzdzeń 70; u 3-ch chorych wystąpiły także objawy dopiero po trzech miesiącach, u 9-ciu po 6-ciu, u jednego po 9-ciu miesiącach, u czterech zaś chorych dopiero w końcu pierwszego roku choroby.

Widzimy z tego, że pierwsze objawy ogólne mogą jeszcze niczem nie zdradzać złośliwości. Z obserwacji powyższych można wyprowadzić jeszcze jeden wniosek: oto z ogólnej liczby 17-tu chorych u 12-tu złośliwość choroby można było stwierdzić w końcu pierwszego półrocza, u żadnego wszakże po upływie roku, czyli że z pozornie łagodnego początku nie wolno przed rokiem wyrokować o również

łagodnym dalszym ciągu choroby, i odwrotnie—po roku, jeżeli przez ten czas przebieg był łagodnym, można wróżyć również dobrą przyszłość: (Obserwacje innych lekarzy potwierdzają powyższe zestawienie. Neisser).

Co się tyczy zmian na błonach śluzowych w przebiegu złośliwym, to tu spotykamy najczęściej owrzodzenia, mając wygląd takich, jakie widzimy dopiero w okresie trzecim choroby. Gruczoły limfatyczne w większości przypadków wcale nie nabrzmiwiają, lub też w bardzo małym stopniu.—Z 17-tu chorych, o których tu mowa, tylko u 6-ciu zauważono podniesienie się ciepłoty 38,0—39,5, trwające niekiedy do czterech miesięcy, za to upadek sił, upośledzenie odżywiania, wychudnięcie występowały wogóle niezwykle często i dosięgały znacznego stopnia.—Leczenie szło opornie; w kilku przypadkach dla usunięcia objawów potrzeba było 100, 158, 215, 289, 598 dni; przyczem można było stwierdzić fakt, dawno dostrzeżony, że w przymiocie złośliwym rtęć albo wcale nie pomaga, albo szkodzi nawet, gdy, przeciwnie, jod, przy ogólnej dycie wpływa dodatnio, nawet przy użyciu dużych dawek: 3—8 gramów dziennie.

Powstaje teraz pytanie, jakie warunki stanowią przyczynę przymiotu złośliwego oraz przymiotu o przebiegu ciężkim (s. maligna et gravis)? Dawano rozmaite przyczyny: zoty, ciężę, wiek chorego zbyt młody lub podeszły, malaryę, złe warunki higieniczne, przewlekłe zatrucie wyskokiem i t. p. Kopp, Neisser, Finger, Lesser sądzą, że przymiot ma ciężki przebieg u chorych, których przodkowie nie mieli wcale przymiotu, lub, jeżeli mieli, to przodkowie bardzo dalecy. Inni widzą zależność od infekcyi mieszanej: specyficznej i ropnej. (Tarnowski, Nobel).

*Przymiot i zatrucie przewlekłe wyskokiem* (alcoholismus chron). Przeciwno przypuszczeniu o związku przyczynowym pomiędzy przymiotem złośliwym a alkoholizmem przewlekłym wystąpił Lesser (1882), twierdząc, że gdyby związek taki istotnie zachodził, to wobec rozpowszechnionego nadużycia spirytualii należałoby się spodziewać znacznie więcej przypadków ciężkiego przebiegu przymiotu, niż spotykamy w rzeczywistości; dowodem również dobrym mogą być prostytutki, u których przymiot ma wogóle przebieg lekki, pomimo że użycie alkoholu pomiędzy nimi jest bardzo rozpowszechnione. Przeciwnego zdania jest Fourmier (1886); doświadczony ten specjalista twierdzi, że u alkoholików częściej, niż u innych występują postacie syfilidów wrzodziejące, ukazują się wcześniej, w wielkiej ilości, lub na dużych przestrzeniach; recydywy bywają częste, szybko prowadzą ustrój do ruiny; alkoholizm, wreszcie, należy zaliczyć do najważniejszych przyczyn usposabiających do przymiotowych cierpień ośrodków nerwowych. Z pośród innych badaczy jedni przechylają się na jedną, inni na drugą stronę, zależnie od spostrzeganych przypadków własnych. Tarnowski (1895) sądzi, że u alkoholików łatwiej ulega cierpieniu przymiotowemu narząd naczyniowy, wątroba i nerki. Na zasadzie doświadczenia osobistego autor twierdzi, że zatrucie przewlekłe wyskokiem wpływa ujemnie na przebieg przymiotu, który nabiera zwykle w tych warunkach charakteru złośliwego: już owrzodzenie

pierwotne łatwo ulega rozpadowi, objawy ogólne występują wcześniej, recydywy bywają częste, przeważają postaci wrzodziejące. Wątroba i system nerwowy łatwo ulegają cierpieniu, gdy, przeciwnie, nerki pozostają zwykle nietknięte.

*Przymiot i gruźlica.* Przebieg przymiotu u osób dotkniętych gruźlicą nie zawsze bywa złośliwym, chociaż w ogólności jest cięższy, niż w innych warunkach: często spotykamy skłonność do owrzodzeń, przeważają wykwity drobno-guziczkowe (lichen syphilitic.) uporczywe, cierpienia gardła, nosa i stawów. Warunki pogorszają się znacznie przez to, że u chorych dotkniętych gruźlicą nie daje się zastosować energiczne leczenie ani ręką, ani tem bardziej jodem. I odwrotnie: rokowanie co do przebiegu gruźlicy również staje się gorszem z chwilą nabycia przez chorego przymiotu. Pod tym względem istnieją wszakże godne podziwu wyjątki, znane są mianowicie przypadki, w których pod wpływem przymiotu następowało nie tylko polepszenie, ale napozór zupełne nawet wyleczenie gruźlicy. Przypadki takie doprowadziły niektórych badaczy do mylnego przypuszczenia o istnieniu antagonizmu pomiędzy gruźlicą a przymiotem. Zdarza się nieraz, że objawy gruźlicy występują dopiero po zarażeniu się przymiotem: można przypuścić, że w razach tych albo ukryta gruźlica wystąpiła na jaw pod wpływem opóźnionego skutkiem przymiotu odżywiania, albo też chory istotnie nie miał zgoła żadnych zaczątków gruźlicy, tylko przymiot postawił go w warunkach, które wywołały w nim skłonność i podatność do przyjęcia zarazy gruźliczej np. przez obrażenie specyficzne migdałków, gardła i t. p., na co wskazują często napotymane w gardle postaci mieszane owrzodzeń przymiotowo-gruźliczych. W przypadkach tych przez owrzodzenie natury przymiotowej mógł się dostać zarazek gruźlicy, albo też odwrotnie: owrzodzenie przymiotowe mogło powstać na miejscach gruźlicą dotkniętych. Co się tyczy przebiegu przymiotu w przypadkach, w których gruźlica rozwinęła się później, to w zasadzie dzieje się tak, że z chwilą, gdy chory zaczyna skutkiem gruźlicy swojej gorączkować, przymiot się nie przejawia. Tak bywa i w innych cierpieniach, którym towarzyszy gorączka: nie tylko nie powstają nowe objawy przymiotu, ale istniejące znikają. Nie staje się tu jednak wyleczenie, gdyż po ustąpieniu gorączki, recydywy przymiotu przychodzą zwykłą koleją. Rzecz oczywista, że gdy dwie tak poważne choroby, jak gruźlica i przymiot dotkną jedną osobę, łatwo mogą doprowadzić ją do stanu godnego politowania, za główne jednak zło w tych razach należy pożytywać gruźlicę i w niej główne niebezpieczeństwo upatrywać.— W końcu można dodać jeszcze jedną uwagę, że gruźlica, występująca u chorego dopiero w późnych okresach przymiotu, nie ma wpływu ujemnego na jego przebieg.

*Przymiot i zimnica.* Wszyscy niemal badacze, którzy mieli chorych, dotkniętych jednocześnie zimnicą i przymiotem, twierdzą, że pierwsza wpływa niekorzystnie na przebieg drugiego. Przebieg bywa cięższy, choroba trudniej poddaje się leczeniu i prędzej przechodzi w okres trzeci (gummata). Wyjątek stanowią chorzy, którzy mieli zimnicę przedtem, pozbyli się jej i dopiero potem ulegli zarażeniu się



przymiotem: w takich razach wpływu jednej, wygasłej już, choroby na drugą, świeżą zauważyć się nie dało. Wpływ ujemny zimnicy polega zapewne na anemii, towarzyszącej jej, która współcześnie daje podstawę do łatwiejszego opanowania ustroju przez przymiot. W najczęściej obserwowanych przypadkach połączenia tych dwóch chorób gra niepoślednią rolę *różnica rasy*, dawne już bowiem spostrzeżenia wskazały, że przymiot, nabyty od człowieka innej rasy, ma gorszy przebieg, niż zwykle. U Europejczyków najgorszą opinią pod tym względem cieszy się przymiot, udzielany przez rasy, zamieszkujące Azyę.

*Przymiot i starość.* Przymiot nabyty w wieku podeszłym ma skłonność, zdaniem Sigmund'a, do przebiegu łagodnego z pomyślnym zakończeniem; rozwija się też wolniej, okresy wylegania ma dłuższe, cały przebieg wolniejszy. Quinquaud i Ulmann zgadzają się co do przedłużonych okresów wylegania, dodają wszakże, że przymiot u starców bywa niekiedy bardzo uporczywym z częstymi nawrotami, rzadko atoli występuje w postaci złośliwej. Lesser zauważył, że u starców częściej, niż u innych chorych występuje obfita wysypka guziczkowa (s. papulosa) oraz specyficzne zapalenie tęczy. Nieco odmiennego zdania są specjaliści francuscy, którzy często obserwują u starców: owrzodzenia pierwotne uporczywie trzymające się, wykwyty przeważnie guziczkowe (papulae), rzadziej plamiste, wczesne występowanie i częste nawroty objawów okresu trzeciego, oraz niezwykle częste cierpienia ośrodków nerwowych, co zależy, niezawodnie od fizjologicznych zmian w naczyniach u starców. Spostrzeżenia autora każą mu się przechylić ze zdaniem własnym na stronę specjalistów francuskich i twierdzić, że z rokowaniem w przymiocie u starców należy być ostrożnym.

Co do wpływu innych chorób przewlekłych na przebieg przymiotu, autor wstrzymuje się od wygłoszenia zdania, nie znajdując podstawy w spostrzeżeniach własnych, zwraca atoli uwagę na często spotykany ciężki przebieg omawianej choroby w czasie ciąży, przy czem przymiot staje się nieraz łagodnym z chwilą porodu, co się tafia częściej, albo też zachowuje nadal swój złośliwy charakter; w końcu przytacza spostrzeżenie Brandis'a, który znalazł, że u lekarzy przymiot ma zwykle przebieg ciężki.

Należy pamiętać, że wszystkie wymienione stany i choroby, a więc zatrucie wyskokiem, gruźlica, zimnica, wiek podeszły i t. p. nie zawsze pociągają za sobą złośliwość przymiotu, który właśnie nabiera niekiedy cech złośliwych tam, gdzie żadna z tych przyczyn, ani inna jakaś widoczna nie istnieją. Czem się to dzieje? Można twierdzić stanowczo, że w przypadkach, w których pewna choroba infekcyjna ma przebieg ciężki, tam: a) albo pierwiastek zarażający posiada siłę niezwykłą, b) albo tafia na ustrój niezwykle mało oporny, albo też c) grają rolę obie te przyczyny. Ponieważ doświadczenie poucza, że przymiot bywa złośliwym lub też łagodnym bez względu na źródło, z którego pochodzi, t. j. niezależnie od ciężkiego lub lekkiego przebiegu choroby u osobnika udzielającego zarazy, twierdzić przeto możemy, że przyczyna złośliwości choroby nie leży w jakichś niezwykłych własnościach zarazka, ale wyłącznie w ustroju samego chorego.

Od czegoż więc zależy ta niezwykła wrażliwość jednych, a mała, lub zgoła nieistniejąca u innych? Haslund, Lesser, Neisser i inni przypuszczają, że przymiot bywa złośliwym u ludzi, którzy mają przodków bez syfilisu, albo jeżeli choroba ta dotknęła nawet którego z przodków, to bardzo dalekiego. Doświadczenie zbija tę hipotezę, gdyż przymiot nieważnie często przebieg złośliwy: a) u dzieci ojców, którzy umarli niewątpliwie skutkiem przymiotu, b) u obarczonych przymiotem dziedzicznym, noszących niewątpliwie cechy tej dziedziczności, c) u ulegających infekcyi powtórnej (reinfectio). Pozostają więc inne przyczyny ogólne, wpływające niekorzystnie nie tylko na przebieg przymiotu, ale i innych chorób, oraz przyczyny nieznanne, o których może się dowiemy czegoś, gdy poznamy sam zarazek przymiotu.

*Fr. G-yc.*

40. **Wyniki seroterapii przymiotu.** (Podług referatu, odczytanego przez d-ra Jakowlewa dla uzyskania docentury prywatnej w Akad. lekar. w Petersburgu).

W chwili, kiedy Behring wykazał, że surowica krwi zwierząt uodpornionych posiada siłę, niszczącą działanie toksyn w tęczu i błonie, powstało przypuszczenie, że, być może, odkrycie to da się zastosować również do przymiotu i że surowica krwi zwierząt, na przymiot niewrażliwych, będzie w stanie wstrzymać rozwój lub zniszczyć doszczętnie zarazek syfilityczny albo jego toksyny w człowieku, przymiotem dotkniętym. Myśl powstała w roku 1890, a zaraz już w następnym sprobowano wprowadzić ją w czyn, atoli bez powodzenia: dr. Feulard pierwszy zastosował surowicę psia, jako środek leczniczy w różnych okresach przymiotu u chorych z oddziału prof. Fournier'a i otrzymał wyniki ujemne. W roku 1892 prof. Tommasoli użył w 13 przypadkach surowicy jagniąt i cieląt i był bardzo zadowolony z otrzymanych wyników, były to jednak złudzenia tylko i próby późniejsze Kollman'a zgoła tego nie potwierdziły. Również bez powodzenia stosowali Mazza i Müller surowicę końską. Próby innych lekarzy wykazały, że surowica zwierząt nie tylko nie leczy przymiotu u człowieka, ale wogóle nie wywiera żadnego zgoła wpływu dodatniego.

Kiedy dalsze badania Behring'a, zwłaszcza zaś Waillard'a wykazały, że kura, niewrażliwa z natury na zarazek tęcza, po zastrzyknięciach zarazka jego do krwi daje surowicę o własnościach niszczących toksyny tegoż zarazka, badania nad przymiotem wzięły również inny kierunek, starano się mianowicie zwiększyć odporność zwierząt na syfilis przez wprowadzanie do ich krwi zaraźliwych produktów przymiotu, w przypuszczeniu, że surowica tych zwierząt nabierze własności antytoksyecznych. Mazza pierwszy użył w roku 1893 surowicy zwierząt, którym zastrzykiwał uprzednio krew, wziętą od chorego syfilityka w okresie, gdy ten nie miał objawów widocznych. Wynik był wątpliwy. Richet, Hericourt i Triboulet brali surowicę od psa, któremu uprzednio zastrzykiwali krew syfilityka

z chorobą rozwiniętą, w okresie wystąpienia wykwitów specyficznych. Wynik był na pozór niezły: owrzodzenia u syfilityków w okresie trzeciorzędnym goiły się, bóle kostne znikwały, ale bardzo prędko potem występowały recydywy. Gilbert, Wikham, Anderson i Barling szczepili zwierzętom wydzieliny szankrów, owrzodzeń syfilitycznych i następnie stosowali otrzymaną surowicę z powodzeniem połowicznym, t. j. w kilku przypadkach objawy choroby u ludzi znikwały, w innym atoli szeregu przypadków leczenie to na przebieg choroby pozostawało bez wpływu.

Prof. Tarnowski uznał za przyczynę niepowodzeń w do tychczasowych próbach nietrafny wybór zwierząt użytych do doświadczeń; zdaniem jego, należało wziąć takie zwierzę, które nie jest zupełnie odpornem, ale posiada pewną wrażliwość na działanie zarazka syfilitycznego i przez szereg szczepień wzmocnić odporność jego, posiadaną tylko w pewnym stopniu. Zwierzęciem takim miał być koń, u którego pod wpływem kilkakrotnych szczepień przyniotu można wykryć w niektórych narządach wewnętrznych zmiany analogiczne z przymiotowemi. Praktyczne zastosowanie zasady zawiodło: zastrzykiwania surowicy koni, odpowiednio przygotowanych, nie tylko nie wywierały wpływu dodatniego na przebieg choroby u syfilityków, ale przeciwnie—wykazywały niekiedy uboczne działanie niepożądane (gorączka, biało w moczu, wysypki skórne i t. p.).

Niepowodzenie skłoniło Tarnowskiego do podjęcia doświadczeń, opartych na zasadzie odmiennej: wiadomo, rozumuje on, że nawet duże ilości rtęci, wprowadzone do ustroju zdrowego człowieka, nie zabezpieczają go od infekcyi syfilitycznej, chorego zaś—od wybuchu nowych objawów, niekiedy bardzo nawet ciężkich, wobec tego należy przypuścić, że rtęć nie niszczy bezpośrednio zarazka syfilitycznego, ale podnosi odporność ustroju; jeżeli więc do krwi zwierząt wprowadzimy rtęć, możemy się spodziewać, że surowica ich nabędzie własności leczniczych pożądaných. (Casanova opowiada w pamiętnikach swoich o współczesnym sobie lekarzu, który „wyleczył pewnego chorego, dotkniętego niemocą sekretną, mlekiem oślicy, której uprzednio zrobiono trzydzieści wcierań rtęciowych. *Przyp. Spraw.*). Doświadczenie zadało kłam przypuszczeniom teoretycznym: objawy choroby u wszystkich chorych, u których zastosowano ten sposób leczenia, rozwijały się w dalszym ciągu, jakby ci chorzy zgola nie byli leczeni, natomiast występowały niekiedy zjawiska, dowodzące, że sam sposób leczenia wpływa na ustrój szkodliwie.

Jednocześnie z temi próbami odbywały się inne, mianowicie z surowicą ludzką. Zasadą, na której próby te oparto, był fakt, że syfilityk nie ulega nowej infekcyi, że matka, na pozór zdrowa, wydawszy na świat dziecko syfilityczne, staje się odporną i, karmiąc to dziecko, nie nabywa od niego choroby. Ztąd wniosek, że we krwi syfityka powstają takie pierwiastki, które zabezpieczają od zarazy syfilitycznej. Teoretyczne rozumowanie to wprowadził w czyn pierwszy Dida y jeszcze w roku 1848, t. j. w czasie, kiedy o bakterjologii nie było mowy jeszcze. Słynny ten syfilidolog starał się zapobiedz rozwinięciu się ogólnych objawów przymiotu u chorych z szankrami

przez zastrzykiwanie surowicy, pochodzącej od chorych z trzeciorzędnymi objawami. Że jednak działa się to w czasie, kiedy jeszcze nie odróżniano szankrów od owrzodzeń syfilitycznych, przeto próby Diday'a mają znaczenie tylko historyczne. Za naszych czasów próby te powtórzyli: Bonaduce, Pellizari, Cotterel, Boeck, Karliński, Neumann, Neisser. Brali surowicę od chorych ze świeżymi i późnymi objawami przymiotu, stosowali ją u chorych w okresie wylegania, by zapobiedz wybuchowi objawów ogólnych, również u chorych z już rozwiniętymi objawami, by je usunąć. Niektórzy widzieli pewien wynik dodatni, (należy pamiętać, że objawy przymiotu ustępują często zgoła bez żadnego leczenia), stanowczego jednak dowodu, przemawiającego na korzyść leczenia surowicą ludzką nie uzyskano.

Stosowano więc dotąd: surowicę zwierząt, którym uprzednio szczepiono przymiot; surowicę zwierząt, którym uprzednio wprowadzano do ustroju rtęć; surowicę ludzi syfilityków z różnych okresów ich choroby. Wszystkie te próby seroterapii dotąd zawiodyły.

*Fr. G-yć,*

41. **Butte. Leczenie przymiotu odwarem z gruczołów limfatycznych.**  
(Annal. de thérapeutique dermatologique et syphilographique).

Autor wpadł na pomysł zastosowania nieznanego dotąd sposobu leczenia dzięki następującej obserwacji: widział on mianowicie chorego, któremu musiano poprzednio usunąć z jednej strony gruczoły pachwinowe skutkiem ich zropienia; chory ten nabył później przymioty i oto objawy syfilityczne wystąpiły na kończynach z tej właśnie strony, gdzie gruczołów w pachwinie brakło, gdy na drugiej żadnych zmian dostrzedz nie można było. Zjawisko to autor postawił w zależności od gruczołów.

Do wyrobu leku bierze on gruczoły limfatyczne krów, oczyszcza je z tłuszczu, sieka na drobne kawałki i gotuje w naczyniu porcelanowym w ciągu pół godziny z podwójną ilością (na wagę) wody. Otrzymany tą drogą płyn trzyma przez minut 20 w termostacie przy ciepłocie 120 stopni, filtruje przez bibułkę, wreszcie poddaje sterylizacji. Gotowe już teraz lekarstwo zawiera pół grama substancji gruczołowej w 1 cm. sześć. płynu. Zastrzykiwania choremu płynu robi co 2 tygodnie, niekiedy częściej, biorąc 1—3 grm. płynu na raz. Otrzymawszy wyniki bardzo zadowalniające, autor podaje do wiadomości swój pomysł, zachęcając innych do wypróbowania go, gdyż sam nie mógł dotąd zastosować leku w większej ilości przypadków.

*Fr. G-yć.*

42. **Dr. Moritz Porosz. Epidydymitis sympathica et blennorrhoeica.**  
(Monatshefte für praktische Dermatologie. Band XXXIII, Nr. 1).

Zapalenie przyjądrza należy do najczęstszych powikłań rzeżączki. Towarzyszy przeważnie ostremu zapaleniu tylnej części cewki, zna-

cznie rzadziej występuje w rzeżącce przewlekłej. Okoliczności te skłoniły do przypuszczenia, że przyczyną zapalenia przyjądrza są gonokoki, że zapalenie z cewki przez przewody wytryskowy i nasienny (duct. ejaculat. et vas deferens) dochodzi do przyjądrza; za tą drogą przemawia istotnie obrzęk i bolesność przewodu nasiennego. Zajęcie jednakże przewodu nasiennego nie zawsze daje się spostrzegać. Dla wyjaśnienia zjawiska tego uciekamy się zwykle do wskazania przypadków analogicznych: oto gruczollimfatyczne ulegają niekiedy zropieniu, a naczynia, przez które pierwiastek wywołujący ropienie dostał się do gruczolów, pozostają nietknięte. Przychodzą atoli przypadki zapalenia przyjądrzy ropnego pochodzenia niewątpliwie tryprowego, a w ropie gonokoków niema wcale. Znowu szukamy wyjaśnienia, wskazując na możliwość infekcyi mieszanej. Ale oto występują zapalenia przyjądrzy bez rzeżączki i wogóle bez zapalenia cewki moczowej, bez urazu, u ludzi zkadinał zdrowych. Tego rodzaju zapalenie przyjądrzy nazywa autor *sympatycznym* (epididymitis sympathica) i kreśli obraz jego kliniczny: popocałunkach, pieszczotach i innych tego rodzaju podrażnieniach płciowych, które nie znalazły wyjścia w stosunku płciowym, uczuwa mężczyzna—ku wielkiemu swemu zdziwieniu—ból obu przyjądrzy i spostrzega ich obrzęk. Wiedziony instyktem, stosuje okład zimny i cała chprbą przechodzi, przetrwawszy niecałą dobę. U innego podrażnienie płciowe powtórzyło się prędzej, nim skutki pierwszego ustąpiły i oto rozwinęło się zapalenie przyjądrza, które zmusza już do szukania spokoju w łóżku i wymaga dłuższego leczenia. Zapalenie tego rodzaju, zwane przez mężczyzn „zapaleniem przyjądrzy narzeczonych“ i ogólnie znane, nie było dotąd opisane w literaturze; autor proponuje dla niego nazwę *sympatycznego* i zastrzega, że ma na względzie tylko te przypadki, w których o rzeżącce, chociażby dawno przebytej, mowy nawet być nie może. Przyczynę opisanego powyżej cierpienia przyjądrzy należy upatrywać w niezwykle silnym napływie krwi z następczym przesiękiem surowiczym; przy takiej przyczynie staje się rzeczą zrozumiałą, dlaczego dobrym lekiem bywa tu spółkowanie.

Jeżeli—ciągnie autor dalej—pewien stan psychiczny może wpłynąć drogą odruchową na zaburzenia w krążeniu krwi i wywołać podrażnienie, nawet zapalenie przyjądrza, to czy nie należy przypuszczać, że przyczyną zapalenia przyjądrzy, powstającego w przebiegu trypra, ale bez współdziałania w cierpieniu przewodów nasiennych, również są zaburzenia w krążeniu krwi? Tak. Istotnie, jeżeli zwrócimy uwagę na wywiady, to się przekonamy, że zapalenie przyjądrza wystąpiło u jednego chorego po skoku, u drugiego po podniesieniu ciężaru znacznego, u trzeciego po nadużyciach *in Baccho et Venere*; inni wskażą rower, polucyę, wstrzyknięcie mocnego lekarstwa, wprowadzenie sondy do cewki i t. p. słowem—zawsze znajdziemy przyczynę, która musiała albo wywołać bezpośredni napływ krwi, albo ubocznie wpłynąć na zaburzenie krwioobiegu w tylnej części cewki, a w dalszym ciągu przyjądrza. Przy takim wyjaśnieniu stają się zrozumiałymi przypadki zapalenia przyjądrzy po operacyach niektórych (lithotomia perinealis, usunięcie przepukliny pachwinowej), po wysiłku przy defekacyi, oraz przestanie zadziwiać znany fakt, że

podczas tryprowego zapalenia przyjądrzy wyciek z cewki ustaje, albo znacznie się zmniejsza.

W końcu poświęca autor kilka uwag leczeniu, dowodząc, że ani przerwa w leczeniu rzeźączki szprycowaniami, ani leżenie w łóżku i robienie okładów z lodu na chore przyjądrze nie prowadzą do celu. Szprycowania, byle były robione nie gwałtownie, środkami nie nazbyt mocnymi, nie pogorszą stanu przyjądrza, a pomogą na trypra; spokój zaś należy zapewnić nie człowiekowi, trzymając go w łóżku, ale choremu członkowi przez zastosowanie dobrego suspensoryum i usunięcie drażnienia, wywoływanego przez ustawiczną zmianę okładów.

*Fr. G-yé.*

43. Dupraz. **Złogi wapienne w cewce moczowej**, (La Sem. Méd. N<sup>o</sup> 43, 1901).

Autor opisuje ciekawy przypadek złogów wapiennych kanału moczowego, rozwiniętych w następstwie zastrzykiwań wody wapiennej, za pomocą której chorey leczył się od rzeźączki. Kamyki te zostały usunięte za pomocą przemywań cewki kwasem solnym 1%.

Bazy wspomina również o podobnym przypadku, spostrzeganym w klinice prof. Guyon'a u chorego zapaleniem gruczołu przyprądnego, który to chorey miał zalecone zastrzykiwania, w skład których wchodził zasadowy azotan bizmutu.

*J. W.*

#### IV. Choroby uszu.

44. Manasse. **Przyczynę do nauki o ropniu mózgowym pochodzenia usznego**. (Beitrag zur Lehre vom otitischen Hirnabscess. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXVIII. 4. 1901).

Autor opisuje dwa operowane przez siebie przypadki ropnia mózgu pochodzenia usznego, dosyć ciekawe z powodu licznych różnic, jakie zachodziły między nimi.

W pierwszym przypadku po ostrem ropnem zapaleniu ucha średniego rozwinęło się zapalenie kości skalistej i uformował się ropień mózgu, który to ropień nie dawał żadnych objawów i był znaleziony dopiero podczas operacji, dzięki obecności przetoki, która przechodziła przez kość i oponę twardą do substancji zwojów skroniowych. Po operacji chorey przyszedł do zdrowia.

W drugim przypadku u chorego na stare przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego nagle wystąpiły objawy typowe dla ropnia mózgu, ropień ten, dzięki krzyżowemu porażeniu, mógł być odnalezionym w sposób dosyć dokładny. Zastosowano natychmiast operację doszczętną i otwarcie ropnia mózgu. Znaleziony ropień, dużych rozmiarów, był wypełniony cuchnącym zielono-brązowym płynem, nie miał otoczki i przy pomocy licznych komór przenikał do wnętrza substan-

eyi mózgowej. Po kilku wahaniach w przebiegu pooperacyjnym cierpienia chory wyzdrowiał.

*Kaz. Dudrewicz.*

45. R. Kayser. **Przypadek afazji wrodzonej (niemota bez głuchoty).** (Aphasia congenita. Monatschr. J. Ohrenheilk. 1901. Nr. 4).

Autor opisuje spostrzeżenie, dotyczące się sześciolatniego dziecka, które dotychczas zawsze było zdrowem. Mając rok życia, miało przez czas krótki lekki wpływ ropny z uszu. Rzadkością w danym przypadku jest to, że dziecko nie mówi, lecz dobrze słyszy. Badanie obiektywne nie wykazuje nic nienormalnego: jedna tylko czaszka odznacza się nadzwyczaj małą objętością. Obie błony bębenkowe są trochę zniekształcone, nos normalny, oddech przez nos swobodny. Że dziecko słyszy, dowodem tego może służyć to, że wykonywa wszelkie dane mu polecenia. Badanie inne słuchu jest niemożliwe najpierw z powodu małej inteligencji dziecka, a powtóre, że jest nieposłusznym i prędko wpada w gniew. Jako środek leczniczy, stosuje się ćwiczenia fonetyczne, które dały już pewien wynik, gdyż można było spostrzedz, że po upływie 9 miesięcy kuracyi, zapas słów dziecka znacznie się wzbogacił.

W danym przypadku chodzi o dosyć rzadką postać afazji wrodzonej z zachowaniem całkowitego słuchu. Autor utrzymuje, że ta afazja jest skutkiem osłabienia intelektualnego, idyotyzmu, którego cechy, dziecko to niezaprzeczenie posiadało.

*Kaz. Dudrewicz.*

## V. Wiadomości terapeutyczne.

46. (kn). **Anthrax benignus.**

Dr. Ströhl z Monachium zaleca następującą, wypróbowaną z powodzeniem maść w przypadkach *wąglika* (anthrax):

Rp. Acid. salicyl. 2,0.

Mellis crud. 20,0.

Extr. arnic. flor. 10,0.

Farin. trit. q. s. ut f. unguentum molle. D. S. Externum.

Maść tę, nasmarowaną grubo na gazie, stosuje się w ciągu 2—3 dni, zmieniając opatrunek co 24 godz., dopóki wąglik nie pęknie w kilku miejscach. Dalej leczenie zwykłe, t. j. stopniowe usuwanie rdzenia i opatrunki wilgotne.

(München. med. Wochenschr. № 45, 1901).

47. (jwoj) **Anthrax benignus.**

Po miejscowym znieczuleniu i dokonaniem przecięcia na krzyż miejsca chorego, brzegi nacieczone tegoż oddzielają się za pomocą mocnego zgłębnika od przyległych tkanek, następnie cała rana wypełnia się gazą, obficie posypaną siarką strąconą. Na wierzch opatrunku tego nakłada się opaska wilgotna, którą pokrywa się płótnem nieprzemakalnym i wszystko umocowuje się bandażem.

Siarka przyspiesza oddzielanie się strupa, a jednocześnie ogranicza tworzący się rozpad tkanek. Po upływie 6 do 8 godzin, sprawa rozpadowa kończy się, a wtedy usuwa się gazę z siarką i na-

klada jakikolwiek opatrunek antyseptyczny.

(La Sem. Méd. № 49).

#### 48. (*juoj*) **Arthritis gonorrhoeica.**

Powszechne jest mniemanie, że salicylan sodu w gościach rzeżączkowych wcale nie działa.

Bockhard przekonał się, że tak jest istotnie, jeżeli środek ten będzie podawany w zwykłych dawkach. Naodwrot, otrzymać możemy bardzo dobre wyniki, podając go pierwszego dnia 8 do 10 gram. (w dawkach 1 gram.); nazajutrz dawka zmniejsza się do 6 gram.; później zawieszka się podawanie leku przez dwa dni, a po upływie tego czasu chory otrzymuje znów 6 gram. dziennie. Po 48 godzinach leczenia następuje nowa przerwa trzydniowa, po której chory przyjmuje dalej lek, którego jednak ilość zmniejsza się codziennie o 0,50, tak jednak, ażeby dawki dzienne były wyższe od 4,0.

Opisanym sposobem było leczonych 65 chorych z gośćcem rzeżączkowym, z nich 60 wyleczyło się zupełnie, 5-ciu zaś nie doznało poprawy.

(La Sem. Méd. № 51).

#### 49. (*kd*). **Ozaena.**

Hallopeau leczy ozęnę przemianami nosa 0,25% roztworem błękitu metylenowego, z początku trzy razy dziennie, później zaś raz dziennie. Przy irygacjach tych zabarwiają się na niebiesko nozdrza i górna warga. Odór z nosa prędko znika i wyleczenie otrzymuje się po 3 lub 4 tygodniach podobnej kuracji.

(Sem. Méd. № 42, 1901).

#### 50. (*juoj*) **Serum.**

C. L. Schleich, wychodząc z zasady, że dla przywrócenia normalnej czynności skóry, jest rzeczą ważną zabezpieczyć całość

i odżywianie komórek za pomocą środków zblizniających i ochraniających, o ile możliwości zbliznionych do składu tkanek (homogennych), zastosował w tym celu surowicę krwi, której własności chemiczne są najwięcej zbliznione do komórek składających tkanki.

Po zmieszaniu litra surowicy krwi, otrzymanej z wołu, z 500 gram. tlenku cynku, Schleich otrzymał masę jednorodną, którą rozsmarowywał na szklanych płytach w celu wysuszenia. Przetwór ten był później wyjalawiany i używany pod postacią proszku, pasty zblizniającej i t. p.

Doświadczenia Scharrff'a (ze Szczecina) wykazały, że pasta wspomniana, mająca postać gęstej masy, łatwo rozprowadzającej się na skórze, bardzo zbawiennie działa na rozmaite postaci pryszczycy ostrej, na nacieki skóry pochodzenia chemicznego i termicznego, wyprzenia, zapalenia, rozwijające się około przewlekłych owrzodzeń goleni i t. p.

Warstwa pasty, mniej lub więcej cienka, nałożona na miejsce cierpiące, wkrótce zasycha, tworząc rodzaj błonki ochronnej, zabezpieczającej skórę od wpływów drażniących i sprzyjającej szybkiemu zbliznieniu.

Pasta ta działa również bardzo dobrze na oparzenie pierwszego i drugiego stopnia; po wypuszczeniu zawartości pęcherzy, nakłada się jej grubą warstwę.

Nakoniec, w pewnych postaciach pryszczycy moknącej ostrej, otrzymano bardzo dodatnie wyniki, nakładając najpierw pastę, a później posypując proszkiem surowiczo-cynkowym, celem wzmocnienia osuszającego działania pierwszej.

(La Sem. Méd. № 47, 1901).



## VI. Notatki bibliograficzne.

Dr. Elsaesser, Knapptshattsarzt, Ramsbeck. *Mittheilungen über die Gefahr der tuberculose für Ehe u. Familie.* Arnsberg 1901. w 8-ce. 65.

Rozprawa ta ma za przedmiot rozpatrzenie niebezpieczeństwa gruźlicy w pożyciu małżeńskim i wogóle, w rodzinie. Autor, lekarz gwarectwa w Ramsbecku, rozporządzał bogatym materiałem, wobec tego, że ludność górnego Sauerlandu, którą poddaje obserwacji i badaniu, omal wyłącznie pracuje w górnictwie, a głównie w kopalniach węgla kamiennego, a tem samem narażoną bywa więcej niż pracownicy innych zawodów na cierpienia narządu oddechowego. Nie tylko warunki pracy, lecz i wogóle życia, a wszczególności współżycia małżeńskiego sprzyjają rozwojowi gruźlicy.

Badania autora obejmują okres 11 letni i oparte są na 3000 osobach. Obok osobistych badań El. zrobił wyciąg z urzędowych rejestrów śmiertelności, co do przyczyn śmierci. Przeciętna śmiertelność roczna wskutek gruźlicy dla Górnego Sauerlandu wynosi 47: 10,000, gdy w Prusach stanowi tylko 22: 10,000. Wogóle cyfra to bardzo wysoka. Nadto cyfry autora są dwa razy większe od urzędowych. Według niego, co drugi przypadek śmierci przypisać należy gruźlicy według urzędowej statystyki, co czwarty. Elsaesser czyni nadto omówienie i twierdzi, że biorąc pod uwagę śmiertelność wszystkich wieków i warstw społecznych, otrzymujemy dla tej miejscowości śmiertelność z gruźlicy 80: 10000!

Przechodząc do rozpatrzenia stosunków szerzenia się gruźlicy w małżeństwie, a właściwie przez małżeństwo i rodzinę, autor zastanawia się bliżej nad znanymi pracami w tym przedmiocie Ryffla i Kirchnera i wyprowadza następujące liczbowe dane: 45% zdrowych mężczyzn, wstępujących w związki małżeńskie, naraża się na niebezpieczeństwo zarażenia gruźlicą od chorych żon; a 55% zdrowych kobiet, wstępujących w związki małżeńskie, naraża się na niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą od chorych mężów. Cyfry te na ogół odpowiadają wyliczeniom Kirchnera, za wyjątkiem, że ilość przypadków gruźlicy u żon w małżeństwie według statystyki autora jest w trójnasób mniejsza. Okoliczność ta tłumaczy się wyjątkowymi warunkami pracy zawodowej mężczyzn Sauerlandu. Niezliczonych sposobności zarażenia się gruźlicą dostarczają, mówi Elsaesser, różne ujemne warunki życia rodzinnego, domowego tych właśnie warstw, z których dane me czerpałem. Ciasne mieszkanie wspólne chorych ze zdrowymi, nieczystość, brud, duszne wilgotne powietrze izb, plucie chorych na podłogę, wreszcie, dzielenie łóża małżeńskiego omal do ostatniego tchnienia gasnącego życia, wszystko to sprzyja i wpływa na wybuch i szerzenie się gruźlicy.

Kończową część swej pracy, poświęca autor roztrząsaniu sposobów i środków zwalczania choroby ludu, „t. j. gruźlicy, tej plagi ludzkości“. Wskazano w tem miejscu na zadania nie tylko bygieny, lecz i na szereg przedsięwzięć natury ekonomiczno-socyalnej.

Wogóle, rozprawa d-ra Elsaessera czyta się z zajęciem i stanowowi rzadki, a ważny przyczynek w omawianej sprawie. Byłoby dobrze, aby zapoznanie się z tą książką pobudziło i naszych lekarzy opiekujących się górnkami do odnośnych badań nie tyle trudnych, o ile mozolnych.

*Józef Jaworski.*

**Prof. W. Nieberding. Über die Behandlung der Versioflexionen des Uterus.** Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. II. Band. 3 Heft. in. 4 o go; 34.

Jest to monografia, w której systematycznie i drobiazgowo zebrano wszystko w sprawie postępowania przy pochyleniach i zgięciach macicy. Znajdujemy tutaj także krytyczny rozbiór postępowania operacyjnego w tych przypadkach, a każdej metodzie, sposobowi, nawet różnym modyfikacyom operacji—poświęcono dużo miejsca i uwag. Pod tym względem monografia prof. Nieberdinga nie wybiega po nad innych autorów, a wyróżnia jeszcze ją chyba zwiezły, a jasny jak przystało na pedagoga, sposób przedstawienia rzeczy. Mojem zdaniem rozprawa ta z innego powodu zasługuje na uwagę. Autor w ostatecznych wnioskach, przyznając, że rozpowszechnienie sposobów operacyjnych usuwania pochyłeń i zgięć macicy niezawodnie wpłynęło dodatnio na dokładniejsze zbadanie i leczenie tej sprawy chorobowej, występuje otwarcie i stanowczo przeciwko zbyt rozległemu, bez indywidualizowania, stosowaniu operacyjnych zabiegów przy versio-flexiach macicy. Autor stwierdza, że w ostatnich latach zjawiał się pewien prąd ujawniający się w zbiorowem usiłowaniu leczenia pochyłeń i zgięć macicy i coraz więcej i stanowczo ustala się pogląd, że w tych razach za wiele się operuje i że ten kierunek uleść musi zmianie. Wynika to przypuszczenie z odnośnych rozpraw w towarzystwach ginekologicznych, oraz z treści; w tej kwestyi prac. Kiedy przed kilku laty, mówi prof. W. Nieberding, rozprawy o nowych zabiegach operacyjnych odnośnie pochyłeń zgięć macicy podporządkowywały inne kwestye i wypełniały całe tomy, to w ostatnich czasach względnie cieszone się i dobroczynny spokój w papierowym lesie ginekologicznym (gynäkologischen Blätterwalde) zastąpił miejsce łoskotu burzy.

Zwrot opinii w tej kwestyi, powstały właśnie w Niemczech, gdzie, jak wiemy w zebranych na miejscu spostrzeżeń, nadużywano zabiegów chirurgicznych, jako metody leczniczej, godnym jest zaznaczenia. Z tak stanowczo i otwarcie wypowiedzianem w tej kwestyi zdaniem, jak prof. Nieberdinga, spotkałem się w ostatnich latach tylko w pismach d-ra Lahmanna, rozgłośnego... „naturarza“ z okolic Drezna.

*J. Jaworski.*

(jz) Knopf S. A. **Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią;** tłumaczył i uzupełnił Stanisław Łagowski z zapisu Wł. Pełowskiego, Warszawa 1901.

Sprawa gruźlicy jako choroby społecznej poruszoną została w czasach ostatnich na zjeździe w Krakowie, w tej kwestyi wypowiedział odczyt ogólny prof. Baranowski, a prace sekcji gruźliczej wydaliliśmy w księdze oddzielnej, na dobre jest tłumaczenie pracy

Knopf'a, odznaczonej na konkursie tembardziej, że tłumacz uzupełnił ją danymi co do ziem naszych. Dane te zaczerpnął z prac zjazdu w Krakowie i podaje, że w Królestwie jest 150,000 suchotników, z których umiera 25,000 rocznie t. j. 2500 na milion, w Poznańskim wypadła śmiertelność z gruźlicy 1730 na milion, a w Galicyi 6500 na milion. Praca napisana jest zrozumiale i zasługuje na jaknajszersze rozprzestrzenienie wśród publiczności, która o gruźlicy wie zbyt mało a w interesie walki z nią powinna być jaknajbardziej wtajemniczona.

(jz) Franta Jaroslav. **Boubelle mechozilové v tehotenství, za porodu a v sestinedeli.** (Kystes hydatiques) v Praze 1901.

Jest to bardzo obszerna praca 1-go asystenta kliniki praskiej. Autor zebrał z piśmiennictwa 37 przypadków ciąży przy współistnieniu torbieli wodnistych, z tych 2 obserwował sam. Operowanych przypadków torbieli w czasie ciąży było 22. Pracę tę obszerniej streścimy w dziale referatów.

**Medicinskij otczot mosk. Golicynskoj bolnicy za 1900 g.** Moskwa 1901.

S. F. Zinin. **Med. otcz. roditelnago prijata pri Golicynskoj bolnice za 1900 g.** Moskwa 1901.

Sprawozdania powyższe mają wartość przeważnie statystyczną choć podają opisy i pojedynczych wybitniejszych przypadków. U nas jak wiadomo, nie wychodzą sprawozdania ze szpitali pojedynczych, a cyfry odnośnie grupują się w sprawozdaniach Rady miejskiej, wychodzących w 2 lata po roku sprawozdawczym.

Biernacki E. **Zasady poznania lekarskiego.** Warszawa 1902. Ocenę tej pracy podamy niebawem.

## VII. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

*Posiedzenie dnia 5 listopada 1901 r.*

1) Neugebauer przedstawił dziecko jednoroczne z przepukliną pępowiny, przepukliną mosznąwą prawą, otokiem jądrowym i epispadiasis glandis.

2) Biro. *O padaczkę.* Autor oparł swój odczyt na 226 spostrzeżeniach, między chorymi było 53% mężczyzn, 47% kobiet; u dzieci 13—15 lat stosunek płci jest 37:63; przed 21 r. życia padaczka wystąpiła w 69% ogółu spostrzeganych przypadków. W 33% Biro przyjmuje uraz fizyczny za przyczynę wywołującą, w 25% uraz psychiczny, przymiot daje odsetkę małą. Co się tyczy wysokości, jest on przy nadużyciu u rodziców częstą przyczyną padaczki. Dziedziczność bezpośrednią stwierdził autor w 7%, dziedziczność psycho—i neuropatyczną w 22%, po ojeu dzieci dziedziczą częściej, niż po matce.

Co się tyczy symptomatologii, aura występowała w 25% głównie przed napadami lżejszymi, wymioty w 1,5%, język pokąsany w 14%, oddawanie bezwiedne moczu częściej u kobiet, utratę przytomności stwierdzano zawsze, objawy ponapadowe w 96%. Napady częściej

występowały nocą, co autor objaśnia zmianą warunków odżywczych mózgu w czasie snu.

W dyskusyi przyjmowali udział: Wisłocki, Flatau, Nusbaum.

*Posiedzenie dnia 19 listopada 1901 r.*

1) J. Borzymowski przedstawił 2 kamienie moczowe, wyjęte z chorego, którego przedtem już 2 razy w celu usunięcia kamieni operowano, oraz 10 włókniaków macicy, usuniętych metodą Doyen'a.

2) J. Borzymowski i S. Kopeczyński przedstawił chorego z porażeniem Brown Sequard'a po uderzeniu sztyletem na wysokości 6 kręgu grzbietowego; łuk 6 kręgu był złamany.

3) S. Zaborowski przedstawił 2 chore po porodzie, w 1-m przypadku dokonano wymóżdżenia i rozkawalenia płodu skutkiem zwięzienia macicy, w 2-gim dokonano pomyślnie cięcia cesarskiego skutkiem zgorzeli i zwyrodnienia bliznowego pochwy i części pochwowej.

4) Męczkowski W. przedstawił chorego z *unieruchamiającym zapaleniem kręgosłupa*.

5) Gryglewicz przedstawił *larwy much*, wyjęte z wrzodzień, rozsianych po ciele chorego.

6) Gabszewicz przedstawił chorego z *gruźlicą w obu rzepekach*. Przed 3 $\frac{1}{2}$  laty skutkiem zajęcia lewej rzepek wycięto gruźliczą błonę maziową, wyskrobano resztę i nalano 10% zawiesinę jodoformową, 2 $\frac{1}{2}$  lat temu ten sam zabieg musiał być dokonany na prawej rzepece. Chory chodzi prawidłowo.

7) Kępiński M. przedstawił chorego z *enophthalmus traumaticus* po zranieniu w sierpniu r. b. dolnej powieki i tkanki łącznej i tłuszczu w wewnętrznym kącie oczodołu.

8) Brudziński J. przedstawił model cieplarki, używany w tutejszym domu wychowawczym.

9) Oderfeld przedstawił chorą po rezeceji stawu żuchwowego skutkiem zrośnięcia stawu od dzieciństwa, operacyi dokonał według Helferich'a. Chora po operacyi otwiera usta na 3 $\frac{1}{2}$  cm.

10. Biro M. *O padaczce*. W dalszym ciągu autor rozpatruje anatomie patologiczną i patogenezę padaczki oraz rokowanie i sądzi, że upośledzenie umysłowe występuje dość rzadko (14%). W uwagach o leczeniu autor streszcza dotychczasowe na tę kwestyę poglądy.

*Posiedzenie dnia 26 listopada 1901 r.*

1) J. Borzymowski przedstawił przypadek rozpoznanej i operowany pomyślnie *cięży zamacicznej* obustronnej.

2) Bregman L. Przypadek niezwykłego *hysterycznego skrzywienia kręgosłupa*. Górna połowa tułowia odchyłona w tył, część łądźwiowa ku przodowi, chora stoi z trudnością, w położeniu leżącym skrzywienie bez zmiany, ale stopień skrzywienia zmienny. Inne objawy (czkawka, bezgłos, napadowe osłabienie wzroku, zaburzenia czucia) umożliwiły rozpoznanie prawidłowe.

3) Dydyński L. *Przyczynek do badań nad przebiegiem*

*niektórych pęczków rdzenia kręgowego.* D. badał rdzeń w myelitis transversa i przy pomocy metody Marchi'ego doszedł do następującego wniosku: w pęczkach tylnych zwyrodnienie szło aż do rdzenia przedłużonego, na zasadzie czego można twierdzić, że włókna korzeni tylnych szyjowych i 4 górnych grzbietowych idą w obrębie pęczków Burdach'a, że pewna ilość pęczków tylnych idzie do ciał powrózkowatych i mózdzka. W powrózkach bocznych i przednich szło również zwyrodnienie, na zasadzie czego autor nakreślił przebieg pęczka aż do ciał powrózkowych i wzgórza czworaczego oraz oliwek.

W dyskusji przemawiał Flatau.

## KRONIKA BIEŻĄCA.



*Dnia 15 Stycznia 1902 r.*

(iz) Prawie jednocześnie z dwóch krańców Europy odezwały się głosy w sprawie bytu lekarzy, konkluzye autorów nie są jednakowe, jednakowe za to utyskiwania na niewdzięczność zawodu, na przykry stosunek lekarza i niezupełnie zgodne z pracą stanowisko lekarza w społeczeństwie.

Dr. Weresajew wydał już w 2-gim wydaniu swoje „*Zapiski wracza*“. Siedm lat temu autor ukończył medycynę, praktykował początkowo na prowincyi, później w mieście stołecznem, poznał więc jeden i drugi rodzaj praktyki i żadnym z tych zajęć nie jest zachwycony. W pierwszej części, może zbyt jaskrawej, opisuje studia na wszechnicy, wykazuje braki wykształcenia specjalnego, znane nam wszystkim; braki te poznał z chwila, gdy otrzymał dyplom, wyjechał na praktykę samodzielną do miasteczka. Tu na każdym kroku mógł stwierdzić, jak mało jest przygotowany do swego zawodu, z prawdziwem przejęciem opisuje walki duszne, jakie przechodził, łamanie się ciągle, aby dostroić się do otoczenia, ze szczerością podaje omyłki w dyagnosyce, leczeniu, aż wyczerpany rzuca miejsce i wraca do stolicy po naukę. Ale i tu spotyka trudności, wykłady dla lekarzy starczyć mu nie mogą, oczywiście, nie o teorię bowiem mu chodzi, stara się o miejsce w szpitalu, zdobywa je z trudnością, walczy z nędzą...

Uśmiecha mu się fortuna, zyskuje nieco praktyki i daje obraz stosunku pacyenta do lekarza, poruszając kwestye honoraryów, porad przymusowych, nieuzasadnionych pretensyi, smutku, jaki widzi naokół siebie lekarz; wiecznej troski o chleb powszedni, o los bliższych, narażonych na zarazę... Umiejętnie ilustruje przykładami tę całą nędzę naszego bytu aż nadto jaskrawie, aż nadto realistycznie; każdy z nas znajduje na kartach tej książki osobiste wspomnienia i osobistą walkę. Rozmyślając o tem, autor dochodzi do wniosku, że zło leży głęboko w ustroju społecznym i że z rozwojem społeczeństw zło będzie usunięte...

Do innych wniosków dochodzi K ö n i g w broszurze: „*Jakie widoki ma dziś młody lekarz*“. I on zobrazowuje stosunki obecne w Niemczech i na zasadzie cyfr, zaczerpniętych z życia dowodzi jak smutną jest dola lekarza. W Berlinie na 1747 lekarzy  $\frac{10}{17}$  miało dochód wyższy nad 3000 mk., z tych 250 lekarzy zarabiała więcej niż 8000 mk., a z pozostałych  $\frac{7}{17}$  zaledwie cząstka zurabiała tyle, ile potrzeba na nędzne utrzymanie i to pracą niewdzięczną, pełną ciągłych udręczeń i cierpień moralnych, pracą bez jutra.

Przeczytę widzi K ö n i g w rozwoju kas chorych i wzmagającej się konkurencji lekarskiej, dzięki której nawet na nędzne te miejsca nie brak kandydatów, a miejsca te dają po 10 fen. za poradę w domu, 15 fen. na mieście. Jako sposób zaradczy proponuje ustalenie taksy oraz ograniczenie napływu młodzieży na wydziały lekarskie przestrzega młodzież przed medycyną praktyczną i radzi, by tylko istotnie powołani poświęcali się temu zawodowi. A we Francji... nie tak dawno korespondent nasz paryzki zobrazował stosunki tamtejsze, nie lepsze od tych, jakie panują w Niemczech i w całej Europie. Czy u nas jest lepiej? niejednokrotnie stwierdziliśmy, że nie, może nawet gorzej pod pewnymi względami. Liczba lekarzy wzrasta zbyt szybko, niepomierne do potrzeb, ztąd w miastach takich, jak Warszawa mamy stanowczą hiperprodukcję.

Hyperprodukcya ta smutno odbija się na samych lekarzach, a sędzę *mutatis mutandis* stosunek nie jest u nas lepszy, niż w Berlinie. Cyfr dla Warszawy mieć nie można, gdyż niema u nas podatku dochodowego, a więc i ujawnianie dochodów lekarza pojedynczego opierać się może na domysłach, a te nie dają pola do wniosków ścisłych.

Sędzę, że prace takie, jak W e r e s a j e w a, winny się znaleźć w rękach każdego lekarza, tchną może one pesymizmem, właściwym piśmiennictwu rosyjskiemu doby obecnej, czuć w nich jakiś przedsmak oczekiwania czegoś lepszego, ale dają karty z życia wycięte i materiał poważny do rozmyślań. Praktyczność niemiecka z innego na kwestyę patrzy punktu widzenia, łączy się jednak w założeniu: źle jest, szukajcie dróg wyjścia.

—s— Na posiedzeniu wyborczem Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego na prezesa wybrano kol. T. D u n i n a, na wiceprezesa kol. W. K a m o c k i e g o, na sekretarza dorocznego kol. Stan. K o p c z y Ń s k i e g o, na miejsce opróżnione po wyjściu długoletniego sekretarza stałego prof. B r o d o w s k i e g o wybrano prof. H o y e r a, do Zarządu powołano kol. W. K o s m o w s k i e g o, wybory do komisji nie zostały ukończone. Na członków czynnych wybrano kol. kol. A. B i a ł o b r z e s k i e g o, S. B u c e l s k i e g o, H. L a n d a u a, J. P i l t z a, E. T r y j a r s k i e g o, A. T u c h e n d l e r a, J. W i ś n i e w s k i e g o, na członków korespondentów S. K o n w e r s k i e g o i L. W o l f r a m a. Członków przeto Towarzystwo liczy 233.

—s— Na r. 1902 Tow. lek. w Krakowie wybrało na prezesa prof. K o s t a n e c k i e g o, na wiceprezesa prof. N o w a k a, na sekretarza J a n a L a n d a u a.

—s— Wyszedł 1-szy zeszyt „Farmaceuty polskiego“ (dawniej

Przegląd farmaceutyczny), dwutygodnika poświęconego farmacyi, naukom pokrewnym i sprawom zawodu.

—z— Za pracę o fotografii tonów serca nagrodę im. Chałubińskiego otrzymał dr. fil. Hołowiński.

—z— Jak donosi „Przegląd lekarski“, na zjazdach lekarzy i przyrodników rosyjskich wszystkie języki słowiańskie zostały równouprawnione. Wiadomość ta doszła zbyt późno, aby w r. b. mieć mogła praktyczne zastosowanie, z Krakowa jako delegat wyjechał prof. Wicherkiewicz, a w liczbie uczestników było kilkunastu polaków z Warszawy i miast cesarstwa.

---

## Z M A R L I.

---

Dr. Waleryan Wieliczko, w Warszawie, w wieku lat 78, dnia 2 Stycznia r. b.

Dr. Axel Key, znany anatom, zmarł w Sztokholmie.

Dr. Blatteis, lekarz zdrojowy w Krynicy.

---

Do dzisiejszego numeru dołączamy prospekt „Głosu“.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Января 1902 г.

Przyjmuje się prenumeratę na 1902 rok (13 wydawnictwa)

— N A —

# „Bolnicznuju Gazetu Botkina”

wychodzącą co tydzień od 2—3 arkuszy objętości

pod redakcją prof. M. M. WOŁKOWA i priv.-doc. N. J. KETCZERA

przy współudziale d-ra W. M. Borodulina, doc. E. S. Botkina, prof. S. S. Botkina, d-ra J. A. Dmitriewa, d-ra A. A. Nieczajewa, prof. T. P. Pawłowa, prof. W. N. Sirotinina, doc. Smirnowa i d-ra Trojanowa.

Od r. 1897 gazeta wydaje się w znacznie większej objętości i według nowego programu, na równi z wielkimi zagranicznymi tygodnikami lekarskimi. W następnym 1902 roku, nie zmieniając objętości wydawnictwa redakcyja **zmniejsza prenumeratę do 6 rubli na rok.**

Treść gazety stanowią: I. Prace oryginalne. II. Szpitalnictwo w Rosyji i zagranicą. III. Referaty i przegląd literatury lekarskiej rosyjskiej i zagranicznej. IV. Korespondencya. V. Sprawozdania ze szpitali i Towarzystw. VI. Krytyka i bibliografia. VII. Przegląd spraw bieżących.

Prenumerata wynosi:   rocznie . . . . . rub. 6  
                                  półrocznie . . . . .     3 (wraz z przesyłką)

Prenumerować można w księgarni N. N. Morewa pod firmą: „N. Fenu i Komp.” (Petersburg, Newski Prosp. 90—92. Tel. № 1323) i we wszystkich księgarniach.

Numer pojedynczy 20 kop.

---

# Nałęczów

Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych (z wyłączeniem umysłowych).

W sezonie zimowym ceny zniżone (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

Lekarz zakładu Dr. B. Maleszewski.