

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *Dr. W. D. Moraczewski*—O odczynnikach fizyologicznych—str. 957. II. *Dr. E. Flatau i J. Koelichen*—O zapaleniu rdzenia (c. d.)—str. 662.

Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia:* 579. *W. Petersen* — W sprawie leczenia ran postrzałowych brzucha—str. 971. 580. *H. Kétrr*—Jak wielką jest śmiertelność po operacjach kamicy żółciowej—str. 975. 581. *Hoffman C.*—Oświetlenie i badanie kanału pokarmowego od strony wpustu—str. 977. I. *Choroby kobiet i akuszerzy:* 582. *S. Kaminer*—O wpływie ciąży i rozwiązywania na sprawę gruźliczą i o wartości leczniczej sztucznych poronień—str. 978. 583. *Bräse*—Patologia i terapia parametritis postii—str. 981. 584. *Krauer*—Niedrożność kiszki pooperacyjna—str. 982. 585. *Halban*—Przyczynek do nauki o miesiączkowaniu—str. 982. 586. *Caruso* — Miesiączkowanie podczas ciąży—str. 983. III. *Choroby weneryczne i skórne:* 587. *W. Degré*—O nawrotach i późnych postaciach przymiotu—str. 984. 588. Niektóre poglądy na istotę i przebieg przymiotu—str. 987. 589. *Goldschmidt*—Próba stosowania pudru, maści i ciast zabarwionych na kolor skóry—str. 989. IV. 590—597. *Wiadomości terapeutyczne* — str. 991. V. *Korespondencya z Krakowa*—str. 993. *Kronika bieżąca* — str. 994. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 20. Travaux originaux: *Dr. D. W. Moraczewski* — Sur les réactions physiologiques p. 957. *Dr. E. Flatau et dr. J. Kölichen:* Sur les myélites.

I. O odczynnikach fizyologicznych

podał

Dr. W. D. Moraczewski.

Znane powszechnie jest pojęcie odczynników chemicznych. Ciała, które z pewnemi istotami chemicznymi dają charakterystyczne związki, pozwalające odróżnić szukane ciała nawet w mieszaninie z innymi, nazywają się odczynnikami swoistymi: żelazocyanek potasu, który sole żelazowe barwi na błękitno; chlorki, które z solami srebra tworzą białe nierozpuszczalne osady nazywające się odczynnikami chemicznymi dla ciał wymienionych.

Fizyologicznym odczynnikiem przywykliśmy cum granu salis nazywać: wszelką fermentację, rozszerzenie źrenicy pod wpływem atropiny, przyspieszenie czynności serca przy działaniu muscaryny, znikanie półksiężyców plasmodyi malarycznych po dawkach chininy.

Co jest lepsze? Czy próbowanie rozstworu podejrzanego o atropinę odczynnikiem M a n d o l i n'a (molybdenian sodowy rozpuszczony w stężonym kwasie siarczanym), czy zastrzykiwanie tegoż roztworu do oka, aby wywołać mydriasis. W niektórych razach da się stosować oba sposoby, w innych tylko chemiczny pozostaje. trudno bowiem mieć na pogotowiu chorego z intermitteus, któremu byśmy domniemany roztwór chininy spożyć kazali. W innych wypadkach używamy tylko fizyologicznego odczynnika, np. przy trawieniu.

Zresztą najważniejszą rzeczą jest czułość odczynu, która czasami w chemicznych odczynnikach jest większa. Zwykle zaś bywa przeciwnie. Fizyologiczne odczynniki o wiele przewyższają czułością chemiczne i tu mogą być dwa rodzaje wyższości. Naprzód czułość na *drobne ilości*, potem czułość na *nieznaczone odcienie*. Szczególniej druga własność zdaje się wyłącznie przypadać w udziale odczynnikom fizyologicznym. Naprzykład, chemicznie nie odróżnimy białka fermentów peptycznych i tryptycznych, ale odróżnimy natychmiast i z całą pewnością w fizyologicznym ich zachowaniu się: pierwszy trawi tylko w roztworach kwaśnych, drugi tylko w alkalicznych. Te same enzymy trawią doskonale i bardzo wyraźnie, mimo że obecności ich chemicznymi środkami wykazać niepodobna. Mamy zatem na tych ciałach doskonały przykład większej czułości na *jakość* i większej czułości na *ilość* odczynników fizyologicznych.

Tu się godzi zaznaczyć, że wyraz „*fizyologiczny*“ jest czężą nazwą, że użyliśmy go dla odróżnienia od „*chemicznego*“. Nikt z nas nie wątpi, że odczyny fizyologiczne są sprawami chemicznymi, że enzymy zwane dawniej fermentami, są ciałami chemicznymi pewnej nieznaney a być może w niedługim czasie dostępney nam budowy, że działanie ich czy go nazwiemy katalitycznem, czy biologicznem należy do zjawisk chemicznych.

Musimy jednak przyznać, że cały rodzaj tych odczynów chemicznych cechuje pewna czułość, jakiej w zwykłych warunkach rzadko kiedy z innymi ciałami osiągnąć nam się udało i że spostrzeżenia najnowszych czasów przyczyniły się do powiększenia naszego podziwu.

Znamy od lat niewiele próby W i d a l'a na tyfus, terapię surowiczą B e h r i n g a i t. p. szukamy wciąż drogi i teoryi, która te zjawiska wytłomaczyć by nam mogła. Przyjrzymy się pierwszemu:

hodowla prątków tyfusowych w bulionie daje pod mikroskopem widok poruszających się prątków tyfusu. Dodajemy do kropli hodowli kroplę krwi lub surowicy człowieka zdrowego lub chorego na wszelką inną chorobę prócz tyfusu—ruchy nie ustają. Dodajemy kroplę krwi lub surowicy chorego na tyfus, ruchy słabną, bakterye zwijają się w kłębek, następuje agglutynacya. G r u b e r, twierdzi, że krew tyfusowa posiada enzym, który sprawia, że osłonki bakteryi cukrzeją, stają się *lepkie*, stąd agglutynacya, jedni się godzą, inni opierają temu. Bądź co bądź nieda się zaprzeczyć, że ten odczyn fizyologiczny jest bardzo czułą i swoistą sprawą chemiczną, bo nieprędko udałoby się chemikom wypracować reakcyę, która pozwalała by we krwi wykryć wogóle *czynnik* swoisty, a powtóre udowodnić jego *swoistość*.

Odczyny, o których tu mówią, są tej samej natury i rzucają pewne światło na sprawę powyższą, a zarazem budzą śmiałe nadzieje co do przyszłych badań w tym kierunku.

W rocznikach instytutu P a s t e u r'a (Annal. d. l'Instit. Past 1899) podał B o r d e t wyniki doświadczeń, które były podstawą i początkiem prac wielkiej doniosłości. Jeżeli królikowi zastrzykiwać do otrzewny krew odwłóknioną świnki morskiej, to z surowicy królika powstaje po jakimś czasie ciało, które na krew świnki morskiej działa swoiście: agglutynuje ciała czerwone krwi. Oprócz tego powstaje jeszcze ciało, które ciała krwi tegoż zwierzęcia t. j. świnki morskiej rozpuszcza. (*Agglutinine i Haemolysine* B o r d e t). Reakcyja ta jest swoista. Na krew psa, lub konia nie działa surowica królika, który przebył wstrzykiwania krwi świnki morskiej. Pod kierunkiem B o r d e t a wykonano dalsze prace. T s i s t o w i t s c h 1899 i V a l t 1900 dowiedli, że ciała strącane surowicą preparowaną w ten sposób, należą do kategorii glabulin. Sam B o r d e t przekonał się, że jeżeli zamiast krwi wstrzykiwać będziemy królikowi mleko krowie, to dostaniemy tak zwane *Lactoserum*, które strąca tylko sernik mleka krowiego, nie działając w tym kierunku na mleko innego zwierzęcia.

Przez te zdumiewające doświadczenia dał B o r d e t początek szeregowi prac, które właściwie zmieniały tylko przedmiot, ale były powtórzeniem jego odkrycia. M y e r (Centralbl. f. Bacteriologie Parasitenkunde 1900 B. 28, № 8/9) wstrzykiwał w krew królika roztwory ciał białkowych rozmaitego pochodzenia i wykazał, że w surowicy krwi króliczej powstają po jakimś czasie ciała działające swoiście na białko zastrzykiwane. Np. po systematycznym zastrzykiwaniu peptonu, powstaje ciało, strącające pepton, po zastrzyknięciu albuminy—ciała strącające albuminę i tylko albuminę. Co więcej: jeżeli zastrzykniemy królikowi surowicę wołu, to w krwi powstanie

ciało działające tylko na surowicę wołu i strącające z niej pewną część ciał białkowych, a nie strącające nic z surowicy psa. Po strąceniu owej substancji dalsze dodawanie surowicy królika już strącania nie wywołuje. W pracy M y e r'a zawarte są liczne spostrzeżenia równie ważne. Surowica zwierząt pokrewnych, np. surowica owcza ma trochę tegoż ciała co i surowica wołu, ale ma oprócz tego ciało inne, dające się strącić surowicą królika nasyconego krwią owczą. Jeżeli w surowicy wołu stracimy surowicą królika „wołowego“ — *sit venia verbo*—specyficznie ciało, to w przesączu powstanie jeszcze osad za dodaniem surowicy królika „owczego“ itp. Widzimy więc, że pod wpływem przechodzenia w soki zwierzęcia krwi w obcej surowicy zjawia się rodzaj białka prawdopodobnie histonu, który tylko z podobną kategorią ciał białkowych daje osad, a nie łączy się weale z innymi.

U h l e n h u t h (Deutsch Medic. Wochenschr. 1900 № 46) robił podobne doświadczenia z ciałami białkowymi jajek. Nigdy by przedtem nie przyszło do głowy chemikom, że można odróżnić białko kurzych jajek od białka kaczych albo gołębic — a jednak za pomocą odczynów fizyologicznych da się to uskutecznić z łatwością. Zastrzykujemy królikowi białko kurze i otrzymujemy surowicę, w której zawarte jest ciało, strącające tylko białko kurze, a nie strącające kaczego.

W a s s e r m a n n (Zeitschr. für Hygiene B. 36 1901 i Deutsch. Med. Woch. 1900, № 31) robił doświadczenia z mlekiem, które niezależnie od niego wykonał F i s c h C. (Studies on Lactoserum and on other Cellsera St. Louis Courier of Medic. Fetro 1900), a które były rozszerzeniem dawnych doświadczeń B o r d e t'a. Przez wstrzykiwanie do otrzewny mleka krowiego lub ludzkiego, otrzymujemy w krwi królika ciała, które strącają jedno albo drugie—możemy zatem surowicą „ludzkiego“ królika z całą pewnością wykazać, że mleko pochodzi od kobiety, a nie jest mlekiem krowim, kozim etc., bowiem tylko sernik mleka ludzkiego daje osad z surowicą „ludzkiego“ królika.

Wreszcie W a s s e r m a n i S c h ü t z e (Bern. Klin. Wochens. 18 Febr. 1901 p. 187), a wraz z nimi kilku autorów francuskich zastosowało odkrycie B o r d e t'a do medycyny sądowej. Wiadomo, że odróżnianie krwi ludzkiej jest rzeczą ważną, a nie łatwą. Metoda rozumie się sama przez się potem co mówiliśmy dotąd. 5 do 6 razy wstrzykuje się królikom 10 cet. krwi ludzkiej w odstępie paru dni, a po ostatniem wstrzyknięciu zabija się zwierzę po 6-ciu dniach i otrzymuje surowicę. Ta surowica daje z roztworem krwi ludz-

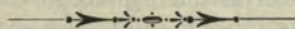
kiej choćby pochodzącej ze starych zanieczyszczonych plam wyraźny osad, a nie daje go z krwią żadnego z 24 zwierząt, które W a s s e r m a n n dla hodowli użył. Lekki osad powstaje tylko w krwi małej, co wskazuje na bliskie fizyologiczne pokrewieństwo.

* * *

Przytoczone powyżej fakty dowodzą, że we krwi pod wpływem zastrzykiwania powstawać mogą ciała, które są może pochodniami ciał zastrzykniętych. Ciała zachowują napozór wszystkie dawne własności, ale różnią się budową cząsteczkową, która w każdym wypadku jest inna. Dzięki temu przy spotkaniu z ciałami pokrewnymi działają za każdym razem inaczej, podlegają skupieniu, wytwarzają białka mniej rozpuszczalne — a wobec ciał niepokrewnych zachowują się obojętnie.

Żeby zrozumieć tę kategorię zjawisk, trzeba znać doświadczenia D a n i l e w s k i e g o i jego ucznia S a w j a l o w ' a; D a n i l e w s k i oddawna próbował regenerować białko z produktów trawienia z peptonu albumozę, z albumoz białko rodzime. S a w j o l o w i udało się w ostatnich czasach za pomocą podpuszczki stworzyć *plastynę* z produktów trawienia. Możemy zatem przypuszczać, że są ciała, które z ciałami białkowymi tworzą kondensację na wzór tych, jakie dają histony z ciałami białkowymi rodzimymi. Przy ocenianiu przytoczonych powyżej reakcji specyficznych musimy przypuścić, że w surowicy każdego zwierzęcia takie „plastyczne“ ciała istnieją i że wytwarzają z asymilowanego białka białko komórek, że zatem we krwi ustawicznie znikają, bo gdyby były wytworzyły osad i w płynnej surowicy byśmy ich nie mogli odszukać. Owoż wstrzykując zwierzęciu obcą krew rozkładamy ją może na te piastyczne ciała albo w krwi zwierzęcia wywołujemy ich powstawanie. Bądź co bądź muszą to być ciała, powstające albo tylko z krwi zwierzęcia, które krwi dostarcza, albo tylko pod wpływem tej krwi. W surowicy speparowanego zwierzęcia mamy zatem powstałe w podobny sposób ciało plastyczne pewnego gatunku. To ciało przy zetknięciu z surowicą zwierzęcia, które krwi dostarczyło wytwarza ową *plastynę*, którą jako osad widzimy.

Reakeya ta należy do biologicznych, a dowód na to, że zarówno próby V i d a l a jak wszystkie powyższe reakeye łatwiej i szybciej powstają w temperaturze 38—40 stopni.



II. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 23 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

Poliomyelitis anterior chronica.

Cierpienie to jest tak rzadkie, że do ostatnich prawie czasów istnienie jego podawane było w wątpliwość, gdyż przypuszczano, że u podstawy opisanej dawniej pod tą nazwą choroby leży przewlekłe zapalenie nerwów. Obecnie istnieje już w literaturze chorób nerwowych kilka przypadków stwierdzonych przez badanie pośmiertne i drobnowidzowe. Przypadki te opisali: Eisenlohr, Oppenheim, Landouzy, Dejerine, Dreschfeld, Nonne, Dutil i J. Charcot, Darkschewitsch oraz Bielschowsky. W niektórych przypadkach stwierdzono czynnik przyczynowy w postaci przewlekłego zatrucia ołowiem (Oppenheim, Goldflam) i cukrzycy (Nonne). Jako cierpienie wtórne poliomyelitis chronica przyłącza się nieraz do polyneuritis chronica, spowodowanego przez zatrucie ołowiem (Schultze).

Obraz kliniczny przewlekłego zapalenia rogów przednich istoty szarej rdzenia jest mało skomplikowany, gdyż występują jedynie objawy w dziedzinie ruchowej. Są to stopniowo rozwijające się porażenia ruchowe kończyn, naprzód górnych, następnie dolnych lub odwrotnie i porażenia mięśni tułowia. Zaznaczyć przytem należy, że dośrodkowe odcinki kończyn bywają silniej zajęte, aniżeli obwodowe. Wraz z porażeniem następuje zwyrodnienie powolne i zanik mięśni, w które zauważyć się dają drgawki włókienkowe.

Odruchy ścięgnowe znikają zwykle w odpowiednich mięśniach. Pobudliwość faradyczna znika, pobudliwość galwaniczna ulega zmianom charakterystycznym dla zupełnego, lub niezupełnego odczynu zwyrodnienia, — zależnie od stopnia zwyrodnienia i zaniku danego mięśnia.

Czucie nie ulega żadnym zaburzeniom, rzadko powstają jedynie bóle w kończynach porażonych (Rosenberg). W dalszym przebiegu najczęściej występują powoli objawy opuszkowe w postaci utrudnionego polykania, czucia, oddychania i mowy, a wreszcie zajęcie ważnych dla życia ośrodków w opuszcze kładzie kres cierpieniu.

Przebieg poliomyelitis chronicae bywa rozmaity. Według zdania Nonne'go można odróżniać 3 postaci tego cierpienia, a mianowicie: 1) postać ograniczoną, w której sprawa zapalna tli się przez cały czas na pewnej tylko wysokości rdzenia, a zatem porażenia i zaniki występują na niewielkiej tylko przestrzeni ciała, 2) postać postępującą względnie szybko i ogarniającą większe przestrzenie, lecz zatrzymującą się na pewnym okresie chorobowym, czasem nawet uleczalną i wreszcie 3) postać powoli, lecz nieustannie postępującą i prowadzącą do śmierci, na skutek zajęcia opuszki. Wogóle co dotyczy przebiegu cierpienia, to istnieją pomiędzy poliomyelitis acuta i chronica formy przejściowe, poczynając od rozwijających się w ciągu paru miesięcy, a kończąc na takich, w których rozwój cierpienia trwa lata całe, porażenia i zaniki przechodzą powoli i stopniowo z jednej grupy mięśni na drugą. Istnieją wreszcie przypadki, w których porażenia występują w postaci jakby oddzielnych napadów, oddzielonych od siebie okresami wolnymi, trwającymi nieraz po kilka miesięcy.

Przy rokowaniu należy wziąć pod uwagę, że w większości przypadków cierpienie, postępując nieustannie, sprowadza wreszcie śmierć skutkiem wyniszczenia lub też zajęcia opuszki. W rzadkich jedynie przypadkach możliwym jest zatrzymanie się cierpienia w pewnym okresie i powolny powrót do normy mięśni porażonych. Przypadki podobne opisali między innymi Frey i Erb, zachodzić jednak może wątpliwość, ażali nie należały one do kategorii przewlekłego zapalenia nerwów.

Absolutnie pewne rozpoznanie poliomyelitis anterioris chronicae jest niezmiernie trudne ze względu na to, że w każdym przypadku nastęrcza się wątpliwość, czy podstawą cierpienia nie jest przewlekłe zapalenie nerwów obwodowych, w którym również mogą występować objawy jedynie w dziedzinie ruchowej. Odróżnienie tych dwóch cierpień opierać się może na następujących punktach wytycznych. W polyneuritis ulegają porażeniu przedewszystkiem mięśnie odcinków obwodowych kończyn, w poliomyelitis zaś występuje zwykle naprzód porażenie odcinków dośrodkowych. W poliomyelitis porażenia i zaniki rozwijają się zwykle równomiernie, w polyneuritis stopień zaniku nie zawsze odpowiada natężeniu porażenia ruchowego. Drgawki włókien-

kowe w mięśniach częściej i obficiej występują w polyneuritis, aniżeli w poliomyelitis. Wreszcie umiejscowienie porażień w poliomyelitis zależy od zgrupowania odpowiednich ośrodków ruchowych w rdzeniu w polyneuritis zaś od zgrupowania włókien ruchowych w pniach nerwów obwodowych. Jest rzeczą zrozumiałą, że obecność widocznych zaburzeń czuciowych rozstrzyga wątpliwości na korzyść rozpoznania polyneuritis.

Od rozmaitych cierpień samego rdzenia poliomyelitis chronica odróżnić się dają z łatwością. Pewne wątpliwości następcza mogą jedynie *sclerosis lateralis amyotrophica* i *atrophia musculorum spinalis progressiva*. Pierwsze jednak z tych dwóch cierpień łatwo odróżnić można po objawach spastycznych, po szybkim występowaniu w przebiegu cierpienia objawów opuszkowych, po tem wreszcie, że porażenia i zaniki poczynają się zwykle od drobnych mięśni dłoni. W postaci rdzeniowej postępowego zaniku mięśni, porażenia ruchowe są poprzedzane przez zanik mięśni, który nie występuje przytem od razu w całym mięśniu lub grupie mięśni *en masse*, jak to bywa w poliomyelitis, lecz ogarnia je częściowo.

Neurtyczną formę postępowego zaniku mięśni łatwo odróżnić można od poliomyelitis chronica przez to, że cierpienie to najczęściej występuje u kilku członków tej samej rodziny i poczyną się już zwykle w latach dziecińczych, podczas gdy poliomyelitis chronica spostrzegano dotychczas tylko u dorosłych. Neurtyczny zanik mięśni zajmuje przytem typowo symetryczne obwodowe odcinki kończyn, a wreszcie towarzyszą mu zwykle przedmiotowe i podmiotowe zaburzenia uczucia.

Odróżnienie poliomyelitis chronica od myopatycznej formy postępowego zaniku mięśni opierać się może na tem, że ta ostatnia jest postacią chorobową, która występuje najczęściej jednocześnie u kilku członków tej samej rodziny i zaczyna się w wieku dziecięcym, po zatem ułatwia rozpoznanie charakterystyczne umiejscowienie zaników w tem cierpieniu, brak drgawek włókienkowych w mięśniach zanikających, oraz brak zaburzeń pobudliwości elektrycznej.

Paralysis acuta ascendens Landry.

Do rzędu zapaleń rdzenia, umiejscowionych przeważnie w obrębie istoty szarej, t. j. w obrębie rozgałęzień art. spinalis anterior, należy niezaprzeczenie bardzo wiele przypadków cierpienia, opisanego po raz pierwszy przez Landry'ego pod nazwą ostrego paraliżu wstępującego. Aczkolwiek nazwa ta obejmuje cały szereg przypadków, które pod względem klinicznym są prawie identyczne, jednakże pod

względem anatomicznym zachodzą między niemi znaczne różnice, konieczność zaś utrzymania wspólnej nazwy tłumaczy się tem, że dotychczas nie jesteśmy w stanie klinicznie odróżnić tych przypadków od siebie.

Co się tyczy podstawy anatomicznej, to wiadomo że sam Landry, a po nim Westphal, Kahler i Pick, w nowszych zaś czasach Watson, Ormerod, Albu, Morton-Prince, Kapper, Lindray-Steven, Diller i Meyer nie znaleźli w układzie nerwowym osób zmarłych na to cierpienie żadnych zmian chorobowych, wobec czego badacze ci uznają tę sprawę za czynnościową, powstającą na tle zatrucia (analogicznie do myasthenii). Burghardt podejrzewa działanie trucizny na komórki rogów przednich istoty szarej; w komórkach tych zresztą może nie być znacznych zmian jak tego dowiedli Flatau i Goldscheider przy doświadczeniach z jadem tężca.

Strümpell pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że podstawę ostrego wstępującego paraliżu stanowić może zapalenie nerwów obwodowych; przypuszczenie to potwierdzili następnie w wielu przypadkach przez badanie drobnowidzowe Eichhorst, Minor, Krewer, Eisenlohr i wielu innych. Niektórzy znajdowali jednocześnie zmiany patologiczne w nerwach i istocie szarej rdzenia; do takich należą: Leyden, Pribytkow, Thomas, Krewer, Giazetti, Burghardt, Centanni. Krewer przypuszcza nawet, że podstawą większości przypadków paraliżu Landry'ego jest polyneuritis, do którego przyłącza się następnie zapalenie rogów przednich istoty szarej rdzenia i opuszki. Zdanie to podziela poniekąd i Leyden, chociaż uznaje on obok formy, zależnej od zapalenia nerwów, istnienie drugiej samodzielnej postaci, zależnej od pierwotnego zapalenia rdzenia i opuszki (*medulläre, bulbäre Form*).

W obecnych czasach istnieje już wielka ilość obserwacji przypadków porażenia Landry'ego, w których jako podstawę cierpienia znaleziono wyłącznie zapalenie istoty szarej rdzenia i opuszki. Podobne przypadki opisali: Klebs, Schüle i Schultze, Hlava, Eichberg, Ballet, Barley i Eving, Marie i Marinesco, Marinesco i Oettinger, Remlinger, Piccino, Chantemesse, Hirtz i Lesné, Mills i Spiller, Reusz, Wappenschmidt, Zusch, Thomas, Immermann, Courmont i Bonne oraz Hoffmann. Już Duchenne zwracał uwagę na podobieństwo paraliżu Landry'ego do poliomyelitis anterior, proponował nawet dla tego cierpienia nazwę poliomyelitis acutissima. W nowszych czasach poruszał tę kwestyę

Immermann. Na takie utożsamianie tych dwóch cierpień zgodzić się jednak nie można, gdyż jakkolwiek daje się spostrzedz pewne podobieństwo pomiędzy nimi, istnieje jednak również znaczna różnica. W paraliżu Landry'ego sprawa zapalna, aczkolwiek umiejscowiona również jak w poliomyelitis, przeważnie w obrębie rozgałęzień art. spinalis anterior, nie ogranicza się jednak do przednich rogów istoty szarej, a jest bardziej rozlana i zajmuje znaczną przestrzeń istoty szarej, a nawet obok leżącej białej rdzenia. Fakt ten wyjaśnia różnicę w obrazie klinicznym, polegającą na obecności w paraliżu Landry'ego zaburzeń czucia oraz zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy.

Ostry paraliż wstępujący zdarza się najczęściej u osobników w wieku średnim, pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Cierpienie zaczyna się nieraz od zaburzeń w stanie ogólnym, które trwać mogą od kilku godzin do kilku dni, a nawet tygodni. Często jednak zdarzają się przypadki, w których paraliż występuje nagle, bez wszelkich objawów poprzedzających. Do objawów tych zaliczyć należy: osłabienie ogólne, brak apetytu, wymioty, rozwolnienie, bóle i zawroty głowy, bóle w karku i krzyżu, silne bóle rwące w kończynach. Jako zapowiedź cierpienia powstają różnego rodzaju parestezye, w postaci uczucia drętwienia w kończynach, mrowienia, uczucia zimna naprzemian z gorącem, oraz uczucia opasywania (Marie i Marinesco, Lindray-Stephen, Eichberg). Gorączka mniej lub więcej wysoka może poprzedzać wystąpienie porażień ruchowych i występować wraz z ich zjawieniem się, lub też przeciwnie zjawiać się dopiero wraz z porażeniami, a nawet później od nich i trwać aż do śmierci lub wyzdrowienia.

Porażenia ruchowe występują nagle, lub też rozwijają się powoli, poczynając od osłabienia zdolności ruchowej i potęgując się stopniowo aż do zupełnego paraliżu. Charakterystycznym jest dla paraliżu Landry'ego kolejne występowanie porażień ruchowych najpród w kończynach dolnych, zwykle początkowo w jednej, następnie w drugiej. Porażenie przechodzi stopniowo z odcinków obwodowych kończyn na ośrodkowe, następnie na tułów, zajmując mięśnie brzucha i lędźwi, mięśnie pleców i międzybrowne oraz piersiowe, poczem porażenie przechodzi na kończyny górne, a wreszcie zaczynają występować objawy opuszkowe. Połykanie i oddechanie staje się utrudnionem, występuje duszność, mowa staje się niewyraźna, bełkocząca, często też następuje porażenie mięśni twarzy i okoruchowych, mięśni unerwianych przez ruchową gałązkę nerwu trójdzielnego, diplopia, strabismus, żucie staje się utrudnionem, wreszcie przy wzra-

stającym utrudnieniu oddychania następuje porażenie przepony i śmierć na skutek uduszenia.

Porządek, w którym porażenia ruchowe występują, może być również odwrotnym, t. j. ulegać im mogą najpierw kończyny górne, później zaś reszta ciała w kierunku zstępującym; mamy w takich razach do czynienia z rzadszą *zstępującą* formą paraliżu Landry'ego (Pellegrino, Levi, Bernhardt, Strübing, Piccinino i in.). Wreszcie cierpienie to poczynać się może od objawów opuszkowych i dopiero w dalszym przebiegu następuje porażenie innych mięśni.

Porażenia ruchowe w paraliżu Landry'ego należą zwykle do rzędu porażień wiotkich: napięcie mięśni zmniejsza się, odruchy ścięgnowe słabną, lub znikają zupełnie, często również znikają odruchy skórne.

Zachowanie się pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów bywa różne. Bardzo często nie ulega ona żadnym zgoła zmianom, tak że dawniej (Landry, Westphal) brak zmian w pobudliwości elektrycznej uważano za cechę charakterystyczną dla porażenia Landry'ego, później jednak spostrzegano niejednokrotnie przypadki tego cierpienia, w których pobudliwość faradyczna nerwów i mięśni bywała osłabiona, a nawet zniesiona (Homén, Jaffe, Schüle i Schultze, Barley i Eving, Burghardt, Biro, Savary Pearce, Kahler i Pick, Oppenheim).

Przez długi przeciąg czasu uważano również za cechę charakterystyczną dla paraliżu Landry'ego, brak wszelkich zaburzeń czuciowych. Obecnie jednak stwierdzono w wielu przypadkach zaburzenia czucia, aczkolwiek wogóle są one nieznaczne, zdarzają się nie we wszystkich przypadkach i często bywają niestałe. Zaburzenia czuciowe występują najczęściej w postaci osłabienia, a nawet zupełnego zniesienia czucia na stopie lub palcach stopy. Niekiedy osłabienie czucia dochodzi aż do pasa. Zdarzają się również zaburzenia czucia mięśniowego, zwolnienie przewodnictwa czuciowego, a nawet dysocjacja czucia (Lindray-Steven, Marie i Marinesco, Kahler i Pick, Oettinger i Marinesco, Wappenschmidt, Oppenheim, Eichberg, Trzebiński)

Działalność pęcherza i odbytnicy ulega nieraz zaburzeniom, zarówno w postaci incontinentia jak i retentio urinae et alvi; zaburzenia te jednak zdarzają się nie we wszystkich przypadkach i często-kroć bywają jedynie przejściowymi.

W dziedzinie naczynioruchowej zauważyć się dają nieraz zabu-

rzenia w postaci obrzęków na kończynach (Chantemesse, Krewer). Spostrzegano też zwiększone wydzielenie potu.

Po za dziedziną nerwową stwierdzono nieraz w tem cierpieniu powiększenie śledziony i obecność białka w moczu.

Przebieg wstępującego porażenia Landry'ego bywa najczęściej bardzo szybki. Zupełny obraz cierpienia rozwinąć się może w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin. Porażenia ruchowe mogą występować w pewnej ciągłości, zajmując jedną grupę mięśni bezpośrednio po drugiej, lub też w postaci oddzielnych wybuchów, następujących po sobie w kilka godzin, a nawet w kilka dni. W przerwach pomiędzy tymi wybuchami występować może pewna poprawa. Najczęściej zejściem bywa śmierć na skutek uduszenia. Nastąpić to może już w 1 lub 2-im dniu cierpienia, wogóle jednak cierpienie przeciąga się do 2 lub 3 tygodni. Wyzdrowienie zdarza się rzadko, władza w mięśniach wraca w takich razach stopniowo, w ciągu dłuższego czasu (kilku tygodni, a nawet miesięcy), objawy znikają przytem w porządku odwrotnym do tego, w jakim występowały tj. najpierw ustępują objawy opuszkowe. Nieraz wyzdrowienie bywa niezupełne, niektóre mięśnie mogą pozostać bezwładnymi, a nawet uleść zanikowi, lub też może pozostać, jako ślad przebytego cierpienia, osłabienie ogólne w mięśniach kończyn (najczęściej dolnych).

Rozpoznanie porażenia Landry'ego wobec typowego przebiegu tego cierpienia, nie jest zbyt trudne. Odróżnienie od występującego nieraz w podobnej postaci poliomyelitis anterior acuta opierać się może na obecności zaburzeń uczucia, zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, oraz na szybkim występowaniu objawów opuszkowych. Nadzwyczaj trudnem jest jednak określenie, z którą z form anatomicznych tego cierpienia mamy w danym przypadku do czynienia. Dla odróżnienia postaci rdzeniowej od tej, która polega na cierpieniu nerwów obwodowych, podaje Remak następujące wskazówki, zastrzegając się jednak, że żadna z pomiędzy nich nie może z zupełną pewnością rozstrzygnąć wątpliwości. Za cierpieniem nerwów przemawiają: uporeczywe bóle neuralgiczne w początku cierpienia, bolesność ruchów biernych, brak odruchów skórnych, nieobecność zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, brak gorączki. Za cierpieniem rdzenia przemawia obecność zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, utrata przytomności, a wreszcie brak zmian w pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów (po upływie dwóch tygodni przy braku zmian w pobudliwości elektrycznej cierpienie nerwów można wykluczyć).

B. Zapalenia, umiejscowione w obrębie obydwóch układów naczyniowych rdzenia (art. spinalis anterior et vasocorona).

Przechodzimy obecnie do opisu cierpień rdzenia, w których ogniska zapalne są umiejscowione w obrębie obydwóch układów naczyniowych rdzenia t. j. zarówno w obrębie rozgałęzień arteriae spinalis anterioris, jak i tętnic obwodowych (vasocorona). Jakkolwiek zmiany te powstają zarówno w istocie szarej, jak w istocie białej rdzenia, jednakże zaznaczyć należy, że zmiany w tej ostatniej w większości przypadków przeważają. Cierpienia te występują, jak już wspominaliśmy w dwóch postaciach klinicznych: jako zapalenie poprzeczne ostre i przewlekłe—myelitis transversa acuta et chronica i jako zapalenie rozsiane—myelitis disseminata.

Myelitis transversa acuta.

Podstawę anatomiczną tego cierpienia stanowią ogniska zapalne, zajmujące prawie cały przekrój rdzenia i rozciągające się wzdłuż na pewną ilość odcinków. Na tej ograniczonej przestrzeni spotykamy najczęściej jedno większe ognisko i kilka zlewających się z niemniejszych, wobec czego przekrój rdzenia jest zwykle zajęty całkowicie nie w jednej płaszczyźnie poziomej, lecz w kilku leżących nad sobą płaszczyznach, w których miejsca z ogniskami zapalnymi mogą się wzajemnie dopełniać. Z tego wynika, że w zapaleniu poprzecznym zajęte być mogą wszystkie przewodniki, a zatem w obrazie klinicznym cierpienia występować mogą zaburzenia we wszystkich czynnościach, zależnych od rdzenia.

Całokształt objawów klinicznych w przypadkach poszczególnych zależy od dwóch warunków, a mianowicie: 1) od tego na jakiej wysokości rdzenia umiejscowione są ogniska zapalne (gdyż na różnych wysokościach spotykamy w rdzeniu różne ośrodki i przewodniki), oraz 2) od tego, jaka część przekroju rdzenia uległa zniszczeniu, gdyż każda część tego przekroju kieruje inną czynnością.

W opisie poprzecznego zapalenia rdzenia musimy więc uwzględnić cały szereg różnorodnych obrazów klinicznych, które według przyjętej ogólnie klasyfikacji podzielimy na postacie: szyjową, grzbietową, lędźwiowo-krzyżową (wraz z conus medullaris), gdyż w podziale tym zaznaczone są zarazem najważniejsze różnice fizyologiczne pomiędzy poszczególnymi częściami rdzenia. Rozpatrzmy więc kolejno zapalenie poprzeczne rdzenia szyjowego, grzbietowego i lędźwiowo-krzyżowego, a więc *myelitis transversa cervicalis, dorsalis et lumbo-*

sacralis. Zanim jednak przejdziemy do opisu obrazu cierpienia przy umiejscowieniu zmian zapalnych w każdym z tych odcinków, podamy naprzód w zarysach ogólnych symptomatologię poprzecznego zapalenia rdzenia, rozpatrując szczegółowo zachodzące przy niem zaburzenia w każdej z poszczególnych czynności rdzenia, przez co unikniemy w następstwie powtarzania wielu szczegółów.

Zacniemy od zaburzeń w czynności ruchowej. W tej dziedzinie spotykamy częstokroć w poprzecznym zapaleniu rdzenia, zwłaszcza w okresie początkowym, objawy podrażnienia, w postaci drgawek w niektórych grupach mięśni, najczęściej w mięśniach goleni. Drgawkom tym i skurczom towarzyszą zwykle bóle. Drgawki bywają nieraz tak rozległe i silne, że powodują wstrząśnienia całych kończyn, a nawet całego ciała.

Objawy podrażnienia ośrodków i przewodników ruchowych poprzedzają najczęściej wystąpienie porażeń; zjawiać się one jednak mogą również w mięśniach porażonych, mianowicie w późniejszym okresie cierpienia. Drgawki i skurcze w mięśniach powstają wtedy samodzielnie lub też za najlżejszą podniechę: przy dotknięciu, przy ruchu biernym porażoną kończyną występują nieraz drgawki długotrwałe w całej kończynie, a nawet w całym ciele. B r o w n - S é q u a r d nazwał objaw ten *epilepsia spinalis*; najłatwiej wywołać go można przez działanie zimna na porażoną kończynę, lub też przez usiłowanie wywołania odruchów ścięgowych.

Najważniejszym i najogólniejszym objawem w zapaleniu poprzecznym rdzenia są właściwe porażenia ruchowe. Rozległość ich i umiejscowienie są zależne od wysokości, na której rdzeń został przez sprawę zapalną uszkodzony i od stopnia uszkodzenia przekroju rdzenia. W bardzo wysoko umiejscowionych ogniskach zapalnych, zajmujących cały przekrój rdzenia powstaje porażenie wszystkich 4-ch kończyn i mięśni tułowia, zdarza się to jednak bardzo rzadko. Również rzadkiem bywa porażenie połowy ciała (*hemiplegia spinalis*), przy zajęciu przez sprawę zapalną połowy rdzenia. Najczęściej spotykamy porażenie obydwu kończyn dolnych (*paraplegia inferior*) i niektórych mięśni tułowia. Niekiedy porażoną bywa tylko jedna kończyna dolna (*hemiparaplegia inferior*), porażenie zaś wyłącznie obydwu kończyn górnych (*paraplegia brachialis*) zdarza się jedynie w przypadkach wyjątkowych, kiedy ognisko zapalne zajmuje tylko ośrodki ruchowe tych kończyn w rdzeniu szyjowym.

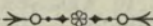
Natężenie porażeń bywa różne, zależnie od tego, w jakim stopniu ulegały zniszczeniu odpowiednio ośrodki i drogi ruchowe w rdzeniu. Spotkać zatem możemy w zapaleniu poprzecznym rozmaite

intensywność porażeń, poczynając od lekkich zaburzeń w czynności ruchowej, aż do zupełnej utraty zdolności ruchowej i siły mięśniowej. Zaznaczyć jednak musimy, że zarówno rozległość jak i natężenie porażeń ulegają zazwyczaj w początkowym okresie cierpienia wahaniom dość wybitnym, gdyż wiele objawów w okresie tym zależy od przejściowych zaburzeń w krążeniu krwi.

Charakter porażenia ruchowego w poszczególnych grupach mięśniowych zależy w zupełności od tego, czy porażenie jest spowodowane przez uszkodzenie ośrodków ruchowych w rdzeniu, czy też dróg ruchowych w pęczkach piramidalnych. W przypadku pierwszym występuje porażenie o charakterze wiotkim, w drugim—o charakterze spastycznym.

W każdym więc przypadku w zapaleniu poprzecznym rdzenia spotykamy jednocześnie w pewnej grupie mięśni porażenie wiotkie, w innej spastyczne, jednakże różnice te można z łatwością stwierdzić jedynie w mięśniach kończyn, w mięśniach zaś tułowia określenie to jest często niemożliwe.

D. c. n.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

579. Dr. Walther Petersen (Heidelberg). **W sprawie leczenia ran postrzałowych brzucha.** (Münchener Med. Wochenschrift № 15, 1901).

Pobudkę do zabrania głosu w tej sprawie dały autorowi wiadomości otrzymane od chirurgów z pola walki na południu Afryki. Wiadomości te brzmiały nader pesymistycznie. Mac Cormac np. powiada: „ranny umiera, jeżeli się go operuje, zostaje przy życiu, jeżeli się go nie rusza“.

Nie trzeba dowodzić, ile niebezpieczeństwa dla sprawy chirurgii mięśni w sobie podobne orzeczenie, jaki zamęt wytwarza pośród lekarzy-praktyków.

Celem pracy dra Petersena a jest obrona zachwianego przez zdanie podobne stanowiska chirurgii.

Co do przypadków czasu wojny, resp. wojny na południu Afryki, to autor jest zdania, że doświadczenia tamtejszych chirurgów nie mogą być miarodajnymi dla takich samych przypadków w czasie pokoju. Warunki operacji były tam stokroć niepomyślniejsze, aniżeli w porze zwykłej. Przedewszystkiem, liczba rannych w stosunku do

liczby czynnych na polu walki chirurgów bywała zwykle za wielką, aby można było wszystkie operacje wykonać w czasie właściwym. Dalej, w bliskości pola walki zawsze prawie zbywało na najniezbędniejszych urządzeniach, jakich wymaga laparotomia. Jak donosi von Treves (również jeden z czynnych w omawianej wojnie chirurgów), „obnażone po otwarciu jamy brzusznej trzewia pokrywały się natychmiast rojami much, a znany podczas utarczki, a osobliwie podczas ucieczki kurz wnosił do otwartej jamy otrzewny zarodki zakaźne“. Nie więc dziwnego, że w takich warunkach chirurg nie może leczyć na wawrzyny. Fakt zaś, że leczenie konserwatywne dawało tu względnie dobre wyniki (40—50 proc. śmiertelności), tłumaczy się w sposób następujący: po części miewano do czynienia z ranami drażącymi, niepowikłanymi jednocześnie przedziurawieniem trzewiów, w przypadkach zaś z perforacją wytwarzał się ropień ograniczony, który po pewnym czasie otwierał się albo wprost na zewnątrz, albo też przez jelito. Leczyć to jeszcze nie wszystko, gdyż takie same stosunki zachodzą i podczas pokoju. Przewagę metodzie konserwatywnej w wojnie nowoczesnej dają dwie okoliczności: 1-o mały kaliber kuli (7, 7 mm.-anglików, 7 mm.-boerów) i nieznaczna siła pocisku (przeciętna średnica dziur w jelitach wynosiła 4—5 mm.), 2-o jelita rannych bywały przeważnie puste, bądź to wskutek niedostateczności zapasów, bądź to dzięki brakowi odpoczynku w ciągłych pochodach i potyczkach.

Widzimy ztąd, że tak pesymistyczne poglądy chirurgów z wojny angielsko-burskiej nie powinny wpływać na zasadę wczesnego operowania w czasie zwykłym (t. j. pokoju) w klinikach, gdzie z jednej strony mamy wszelkie odpowiednie urządzenia (od much i kurzu jesteśmy zupełnie zabezpieczeni), a widoki na samowyleczenie się z drugiej bywają tu częstokroć o wiele gorsze, niż na wojnie (inna wielkość i właściwości dziur kiszkowych, zależnie od kalibru broni i siły pocisku, tudzież w większym lub mniejszym stopniu wypełnienia jelit).

Autor ostrzega również przed wyprowadzeniem wniosków z ogólnych (logicznie nieuporządkowanych) danych statystycznych. Statystyka w obchodzącym nas w tej chwili dziale może okazać się nader bałamutną dla tego, że mamy tu do czynienia z uszkodzeniami nieraz bardzo niepodobnymi do siebie; co za różnica np. między zranieniem brzucha, choćby drażącym, które jednak nie uszkodziło żadnego narządu, a takim, które w 8 miejscach przedziurawiło jelita i ponadto drasnęło jedno z większych naczyń.

O wiele ważniejszym od statystyki dla sprawy obrony tej lub innej metody jest, zdaniem dra Petersena, dokładny anatomiczno-patologiczny rozbiór poszczególnych przypadków. Otóż taki rozbiór 11 przypadków (ran postrzałowych brzucha), leczonych w klinice Heideberskiej (w 1882—1901) podaje w rozprawie swojej autor.

Przypadki dotyczą osobników płci obojga w wieku lat 7 do 55, którzy otrzymali rany postrzałowe przeważnie z rewolweru. W jednym przypadku postrzał zadany został z broni myśliwskiej i w jednym z małego moździerza.

Przypadek ostatni zasługuje na wyróżnienie z uwagi na niezwyczajną ciężkość uszkodzeń. W 8 godzin po postrzale, już w klinice znaleziono taki stan pacyenta: nadzwyczajna bladość, tętno drobne, znacznie przyspieszone, oddech szybki, piersiowy. Niezwłocznie przystąpiono do operacji: w jamie brzusznej około $\frac{1}{4}$ litra brunatnej cieczy krwawej. Wycięto znaczną część sieci mocno zmiażdżonej, tudzież dwa odcinki jelita biodrowego (długości 12 i 40 cm.) z powodu licznych zranień. Wyluszczone również zmiażdżone jądro. Wieczorem dnia następnego exitus letalis.

Na zwłokach nie znaleziono żadnych śladów zapalenia otrzewny; exitum sprowadziły tu głównie anemia i schock. Dalej mamy trzy przypadki, operowane natychmiast po przywiezieniu do kliniki w 3, 14 i 24 godzin po wypadku i zakończone wyzdrowieniem.

W pierwszym z tych trzech przypadków znaleziono 6 dziur w jelicie cienkim i dwie w kątnicy esowatej; odcinek jelita cienkiego długości około 30 cm. wycięto i pozostałe odcinki zespolono guzikiem Murphy'ego, dziury w kątnicy zamknięto szwem.

W drugim — przedziurawione było w dwóch miejscach jelito biodrowe, w trzecim — toż jelito w trzech miejscach.

Ostatnie dwa przypadki, przywiezione do kliniki z wyraźnymi objawami zapalenia otrzewny (w 3-m znaleziono nawet w jamie otrzewny ropę), charakteryzował długi i ciężki okres zdrowienia. Autor kładzie to na karb późnego przewiezienia chorych do kliniki (ewent. wyczekiwania).

Wymowniejsze jeszcze dowody dla takiego poglądu znajdujemy w dwóch z kolei następujących przypadkach, w których lekarze zastosowali najpierw lód i makowiec i dopiero po upływie godzin kilkunastu przewieźli pacjentów swoich do kliniki. W obu znaleziono w jamie otrzewny znaczną ilość mętnej cieczy surowiczej, zmieszanej z kałem. Oba zakończyły się per exitum letalem (w 27 i 24 godz. po zabiegu). Na zwłokach skonstatowano — peritonitidem diffusam.

Nie ulega wątpliwości, iż w obu ostatnich przypadkach omyłką było wyczekiwanie.

Inaczej rzecz się ma z wyczekiwaniem w zakładzie leczniczym, gdzie krok za krokiem kontrolować można chorego.

Oto przykłady:

18-letni pacjent, wkrótce po postrzale z rewolweru, przewieziony został do kliniki; ze względu na dobry stan ogólny postanowiono wyczekiwac. W dobę później wystąpiły objawy: przyspieszenie tętna, wzdęcie i bolesność brzucha, suchość języka. Niezwłocznie wykonano laparotomię. W jamie otrzewny znajdowała się znaczna ilość mętnej surowicy. Dziurę w dolnym odcinku ilei zamknięto szwem. Jamę brzuszną dokładnie wymyło. Wyzdrowienie.

W przypadku 2-im przystąpiono do operacji dopiero na 3-ci dzień po wypadku. W jamie otrzewny znaleziono tu już ropę i dwie dziury w jelicie cienkim. 1 ten jednak przypadek zakończył się pomyślnie. Nawet dobry wynik w obu tych przypadkach nie może przemawiać za wyczekiwaniem, gdyż wobec zmian otrzewny, jakie skon-

statowano po otwarciu jamy brzusznej, rokowanie było tu bardzo niepewne.

Zresztą, objawy zapalenia otrzewny nie zawsze rozwijają się tak powoli. Za przykład posłużyć tu może przypadek następujący:

Po postrzale, pacjent 19-letni odbył długą drogę łodzią do kliniki. Tu znaleziono stan taki: tętno 90, mocne; język wilgotny, brzuch miękki, żadnego wylewu, mała bolesność w okolicy ramy. Wyczekiwanie. Stan prawie się nie zmienia. Dopiero w jakies 40 godzin nagle występuje zapaść, wzmagająca się z każdą chwilą, tak iż operacji trzeba było zaniechać. W 43 godzin po wypadku exitus. Na zwłokach stwierdzono 8 dziur w jolicie cienkiem, tudzież rozlane zapalenie otrzewny.

Dotąd więc wyczekiwanie albo pogarszało widoki na wynik pomyślny operacji, albo też czyniło ją zgoła niemożliwą.

W jednym tylko przypadku metoda czysto konserwatywna uwieczoną została dobrym rezultatem. Miano tu do czynienia z raną drążącą z przedziurawieniem żołądka. Otwór wejścia kuli znajdował się w 6 międzyżebżu nieco ku wewnątrz od linii sutkowej lewej. Kulę znaleziono pod skórą grzbietu, tuż obok 9-go kręgu grzbietowego. Przypuszczalne tylko z początku przedziurawienie dna żołądka potwierdzonem zostało w kilka dni po wypadku, kiedy w stoleu skostatowano znaczną ilość krwi. Bez żadnych objawów peritonitidis nastąpiło wyzdrowienie.

Wogóle trzeba przyznać, że przedziurawienia żołądka należą do najmniej niebezpiecznych, a to z dwóch względów: 1-o zawartość żołądka nie bywa w takim stopniu zakaźną, jak takież zawartość jelit, 2-o łatwiej daleko o zachowanie próżności pierwszego (żołądka), aniżeli ostatnich (kiszek).

Przypadku 11-go (z sumy ogólnej) autor nie bierze w rachubę. Ten bowiem nie może świadczyć ani za ani przeciw jakiegokolwiek bądź metodzie. Dotyczył on mianowicie 36 letniej samobójczyni, która przywiezioną została do kliniki wśród objawów zapaści wyrażonej w takim stopniu, że o operacji nie mogło tu być mowy. W parę godzin exitus. Autopsya stwierdziła, że exitus nastąpił wskutek krwotoku wewnętrznego (kula przeszła lewy płat wątroby, sieć małą i drasnęła aortę; w jamie otrzewny znaczna ilość krwi płynnej).

Z pozostałej zatem liczby 10 przypadków konserwatywnie leczone były 2. Jeden z nich (z przedziurawieniem żołądka) zakończył się pomyślnie.

Operowano w 8 przypadkach. Jeden z tej liczby, mianowicie przypadek postrzału z mózdzierza, słusznie można wyłączyć. Z 7-iu zatem, operowanych przypadków, 5 zakończyło się pomyślnie, 2 per mortem. W obu ostatnich stosowano w ciągu nocy lód i makowiec i dopiero nazajutrz odesłano chorych do kliniki. A więc niepomyślne zejścia w obu tych przypadkach słuszniej obciążać winny metodę wyczekującą, aniżeli operowanie.

Z przytoczonych przypadków autor wyprowadza wniosek: wszyscy operowani i uzdrowieni byłiby bez operacji straceni, co się zaś ty-

czy zmarłych, to tych w chwili, kiedy przystępowano do operacyi, nie zdołaloby uratować żadne inne postępowanie.

I nie jest to wcale przesadą. W przypadkach bowiem zakończonych per exitum konstatowano w czasie operacyi peritonitidem diffusam w takim stopniu, iż o jakimś odgraniczeniu się ogniska zapalnego nie mogło tu być mowy, w przypadkach zaś uzdrowień nie spostrzeżono ani razu oznak tendencyi w kierunku samozagojenia ran w kiszkach.

Zasadą powszechnie uznaną przez chirurgów doby dzisiejszej jest: w przypadkach, w których rozpoznanie perforacyi nie ulega żadnej wątpliwości, powinno się operować natychmiast.

Co jednak robić w tym razie, jeżeli nie posiadamy takiej pewności, a perforacyę możemy tylko przypuszczać?

Dr. Petersen i w tym razie broni zasady wczesnej interwencyi chirurgicznej, gdyż znane są przypadki, w których pacyenci godzinami całemi czuli się zupełnie dobrze, i naraz objawy peritonitidis przybierały charakter tak groźny, iż na operacyę trudno się było odważyć.

Wobec małych szans na samozagojenie, trzymając się zasady konserwatywnej, częstokroć traci się tylko czas, a każda chwila stracona pogarsza rokowanie.

Wyczekiwanie wtedy miałoby racyę bytu, gdyby laparotomia przynosiła szkodę, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wyzdrowienie nastąpić może bez operacyi. Wiadomo jednak, że tak nie jest, o ile, naturalnie, technika zabiegu odpowiada wymaganiom chirurgii nowoczesnej.

A. Małkowski.

580. Prof. Dr. Hans Kehr (Halberstadt). **Jak wielką jest dziś śmiertelność po operacyach kamicy żółciowej.** (München. med. Wochenschr. № 23, 1901).

Operowanie kamicy żółciowej i dziś jeszcze uchodzi za przedsięwzięcie nader niebezpieczne nie tylko wśród publiczności, ale i w szerokich kołach lekarskich. Na operacyę chory idzie jak na stracenie, niechętni zaś zabiegowi interniści walczą zarzutem, że kamica (cholelithiasis) lada chwila przejść może w okres cierpienia ukryty, że więc z ustąpieniem napadów kolki i powrotem ciszy błogiej ustaje potrzeba operowania.

Wymownem wyjaśnieniem kwestyi posłużyć tu może statystyka, na którą prof. Kehr powołuje się. W okresie czasu od kwietnia 1900 r. do kwietnia 1901 autor ten dokonał 100 laparotomii w przypadkach cierpienia dróg żółciowych. Jednocześnie ze wzrastającą coraz więcej ilością operowanych spostrzeżeń, wydoskonaliła się technika rękoczynu do tego stopnia, że obecnie, autor przynajmniej, cystostomię i cystektomię uważa za operacye, nie grożące niebezpieczeństwem żadnem. Wprowadzeniem w użycie drenowania przewodu wątrobowego (*ductus hepaticus*) i usunięcia zeń tą drogą kamieni zdołoby środek, kładzący tamę posuwaniu się sprawy zapalnej w drogach

żółciowych (*cholangitis*), operowanie samo trwa znacznie krócej, zaoszczędzenie zaś czasu, niezbędnego dla wykonania laparotomii jest nieraz kwestyą życia dla chorego.

Spostrzeżenia, przytoczone w pracy, o której mowa dotyczy, różnorodnych zabiegów chirurgicznych, a mianowicie: u 17 suchotników pęcherzyk żółciowy rozcięto i przyszyto (cystostomia), w 61 przypadkach usunięto tenże całkowicie (cystectomy), 25 razy dokonano cystotomii, w 33-ch otwierano żółciowód (*choledochotomia*), drenowanie przewodu wątrobowego obejmuje 30 przypadków, raz jeden wykonano zespolenie wewnętrzne żółciowodu z dwunastnicą (*choledochoduodenostomia int.*), dwa razy rezekowano wątrobę. W przebiegu jednej i tej samej laparotomii wypadło nieraz podjąć zabiegi różne. Zejść niepomysłnych zanotowano 16, ulegały zaś im głównie osobniki, chore już od czasu dłuższego, przyczem szybkość zejść tych wahała się w okresie czasu od 2¹/₂ godz. do 8 dni po operacji. Śmierć następowała zwykle z powikłań takich, jak dziurawiące zapalenie otrzewny, rak żółciowodu lub trzustki, krwotoki pooperacyjne, ropne zapalenie dróg żółciowych (*cholangitis diffusa purulenta*) i t. p. W jednym przypadku, w którym operowano 54 letniego mężczyznę (*choledochotomia*), zejście niepomysłne otrzymano w 3¹/₂ tyg. dopiero po operacji. Osobnik ów zmarł z wycieńczenia. Operacja niepowikłanej kamicy żółciowej dała jeden tylko wynik zły, lecz chodziło w tym razie o 62 letnią, bardzo wynędzniałą kobietę. Na 85 więc rękoczynów chirurgicznych, dotyczących wyłącznie kamicy, raz jeden tylko widziano zejście niefortunne, w pozostałych 84-ch operacja dała wyniki dodatnie, lubo w 3-ch przypadkach miano do czynienia z chorymi, leczącymi po 70 lat wieku.

Operacja usuwania kamyków z żółciowodu daje również dziś wyniki zadowalniające. Odsetka śmiertelności nie jest tu wiele większą od 1. Tam, gdzie jest ona wyższą, chodziło zawsze o przypadki takie, w których leczenie wewnętrzne stosowanemu było długo i bezskutecznie, a zółg, który tkwi w żółciowodzie całe miesiące, stwarza łatwo powikłania różne, jak: zatrucie krwi barwnikami żółci (*cholaemia*) lub dyeteza krwotoczna. To winni mieć na uwadze lekarze, którzy operację ciągle jeszcze uważają jako ultimum refugium i, zgodnie z twierdzeniem *Nauyn'a*, wielkie pokładają nadzieje na powstaniu przetoki pomiędzy żółciowodem i dwunastnicą. Autor uważa jednak, że w przypadkach przewlekłego zamknięcia się pierwszego z tych narządów, pewniej jest liczyć na wyrobiony nóż chirurga, niż na dobry humor natury, której interwencja, rzadko będąc doskonałą, bardzo często staje się wprost niebezpieczną dla życia chorego osobnika.

Uwagi godnym jest fakt, że mężczyźni znosili zabieg wogóle gorzej od kobiet. Z 16 przypadków niepomysłnych 10 przypada na mężczyzn, a wiedzieć należy, że ci stanowili zaledwie ¹/₄ ogólnej liczby spostrzeżeń. Umiera zatem mężczyzn 40%, kobiet 8%, co dla wskazań operacyjnych jest rzeczą ważną. Zlepne zapalenie otrzewny (*peritonitis adhaesiva*) w górnej części jamy brzusznej, występujące często jako następstwo urazu, u kobiet, naturalnie, zdarza się

daleko rzadziej. Nadto nikotyna i wyskok w znacznym też stopniu czynią mężczyzn mniej wytrzymałymi na laparotomię.

Ten, kto śledzi postępy chirurgii dróg żółciowych, wie dobrze, że śmiertelność po operacjach zmniejsza się z roku na rok stale. Przed laty dziesięciu umierał każdy 6-ty lub 7-y operowany osobnik (Fürbringer). Jak poucza praca Körte'go, śmiertelność po cystostomii dochodziła do 15%, po choledochotomii do 27% jeszcze przed laty pięciu, po cystektomii do 10%. Dziś, pierwsza z tych operacji daje 2% śmiertelności, ostatnia 3%, śmiertelność po choledochotomii zmniejszyła się o 20%, a wszystko to zawdzięczać wypadnie przestrzeganej ściśle aseptyce, wyrobieniu technicznemu, drenowaniu przewodu wątrobowego oraz obfitym i szczelnym tamponowaniem ran operacyjnych. Pomimo to, nie trzeba, bynajmniej, zamykać oczu na strony ujemne postępowania chirurgicznego, zależne od braków natury technicznej lub niedostatecznego jeszcze postępu wiedzy. Niekorzystny wpływ środków nasennych na serce, płuca, nerki lub wątrobę, zapalenie płuc pooperacyjne, przypadki zagięcia odźwiernika, które powstaje czasem po zwykłej nawet cystostomii, uporezywe wymioty, wytwarzanie się przepuklin i zrostów—wszystkie natury powyższej powikłania nie mogą pozostać bez ujemnego wpływu na operację. Zdarza się, wreszcie, że chirurg przeoczy i pozostawi kamienie. To też przy zrzadka występującej kolce, wobec braku objawów wyraźnych, nikt, racjonalnie myślący, nie będzie namawiał do operacji. Również przypadki zamknięcia żółciowodu przez czas jakiś, przynajmniej, należą do lekarza wewnętrznego. Wiele pomóż tu może kuracja w miejscowościach takich, jak Karlsbad lub Neuenahr, po przebyciu której cierpienie przebiegać może dalej skrycie. Jakkolwiek skrytość ta nie jest wyzdrowieniem jeszcze, to jednak potrzeba wykonywania rękoczynów chirurgicznych w tym razie ustaje.

Lecz rozwiązanie takie jest rzadkim, niestety, wypadkiem; sprawa chorobowa przechodzi niejednokrotnie w otok ropny (empyema), a wówczas zażegnywanie jej lekami jest już wprost nienaukowem. Tu należy pierwszeństwo oddać nożowi, a chorych skierowywać trzeba do do chirurga w czasie właściwym. Lubo w okresie tym napotykałyśmy zazwyczaj posunięte daleko zmiany chorobowe dróg żółciowych, jednak prawie zawsze udaje się powstrzymać sprawę niszczącą i przywrócić zdrowie osobnikowi, wycieńczonemu cierpieniem. Proroce słowa Billroeth'a, który przepowiadał wielką chirurgii dróg żółciowych przyszłość, dziś zatem sprawdziły się najzupełniej.

K. Niedzielski.

581. Dr. C. Hofmann. Oświetlenie i badanie kanału pokarmowego za pomocą wziernika przełykowego od strony wpustu; ezofagoscopia tylna. (Centralbl. für Chir. № 29, 1901).

Sposoby badania przełyku za pomocą wziernika, stosowane przed laty po raz pierwszy przez Kussmaul'a, opracowane zostały w ciągu dalszym przez Mikulicza, Hackera i Rosenheim'a.

Pomimo jednak ścisłego ustanowienia wskazań, pomimo niezwykłych swych zalet, metoda ta nie jest dziś jeszcze ocenioną i rozpowszechnioną należycie, co znów tłumaczy się brakiem wprawy, a nadewszystko tą okolicznością, że na niektórych tylko miejscach wziernikowanie zastosowane być może w całej rozciągłości szczegółów technicznych, dla nieobytego istotnie dość trudnych.

Na klinice Mikulicza do wziernikowania przełyku uciekano się w różnych nadających się ku temu przypadkach. Niedawno autorom powiodło się zbadać drogą tą wewnątrz przełyku od strony wpustu. Przypadek ów dotyczył chorego, który przed dwoma laty połknął gwóźdź, poczem, wobec wzmagających się coraz bardziej zaburzeń żołądkowych, zrobiono od strony wpustu przetokę z zamiarem rozszerzenia miejsca przewężonego od tyłu. Jakoż po upływie dni 14 od operacji udało się już przy pierwszej próbie przesunąć zgłębnik miękki od strony przetoki odżywezej do przełyku i przedostać się ku górze wprost ponad przeszkodą, umiejscowioną powyżej wpustu. Rozumie się, chorego badano również i wziernikiem, pole jednak widzenia było zbyt małe od strony jamy ustnej. Autor wpadł wówczas na pomysł wprowadzenia wziernika przez przetokę żołądkową, resp. przez wpust do przełyku, przyczem próba pierwsza powiodła się nadspondziwanie dobrze; przyrząd przesliznął się na 25 ctm. wgłąb do przełyku i znalazł tu, odpowiednio do stosunków anatomicznych przeszkodę naturalną. Chory zabieg ów znosił zrazu dość ciężko, a wpływ podnieconej działalności serca udzielał się widocznie końcowi wprowadzonego instrumentu, wywołując poruszenia dość wybitne wypukłej części przełyku. Gdy jednak pierwsze chwile lęku przeszły szczęśliwie i operowany uspokoił się, można było wówczas dokładnie obejrzeć teren badany, t. j. bliźnę, wpust i przylegającą doń część żołądka, co nie udawało się drogą badania przez usta. Dodać należy, że przy jednoczesnem przesunięciu zgłębnika od strony jamy ustnej stwierdzono bez trudu zatrzymywanie się tegoż ponad zaciągającym się przez bliźnę miejscem, które tworzyło rodzaj uchylka.

Jest pewnem, że tego rodzaju badanie obustronne może być nader pożytecznem do postawienia rozpoznania w przypadkach natury wątpliwej, koniecznem zaś jest u chorych, nadających się do wykonania gastromozji. Sposób ten, wreszcie, jest nader odpowiedniem dla systematycznego prześwietlania wnętrza żołądka.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

582. Siegfried Kammer. O wpływie ciąży i rozwiązania na sprawę gruźliczą oraz o wartości leczniczej poronień sztucznych. (Deutsche Medicinische Wochenschr. № 35. r. 1901).

Zdaniem Kleinwächtera sztuczne poronienie wówczas u ciężarnych bywa wskazane, jeżeli powstają cierpienia, wywołane

przez ciążę i dosięgają tak wielkiego nateżenia, że wprost grożą życiu matki, a usunięcie ich osiągnąć można tylko przerwaniem ciąży. Takie satnowisko w tej sprawie ścieśnia wskazania do tej operacji, ponieważ według Kleinwächtera, tylko choroby wywołane przez samą ciążę, mają tutaj znaczenie, i tworzą wskazania do przerywania ciąży. A więc: 1) Niczem niedające się przerwać wymioty ciężarnej. 2) Pewne formy degeneracyjne jaja płodowego, jeżeli istnienie ich życie matki stawia w niebezpieczeństwie, jak na przykład, ciąża zaśniadowa. Nawet przy zupełnie ścieśnionej miednicy, Kleinwächter nie uważa za nieodzowne wskazanie poronienie, wobec wielkiego powodzenia cięcia cesarskiego, a przy wszystkich chorobach organów wewnętrznych wskazuje on operacje ręczne, a w szczególności w chorobach serca i płuc.

Odnosnie do wskazań sztucznego poronienia w cierpieniach narządów wewnętrznych, większość niemieckich akuszerów stoi na nadzwyczaj konserwatywnym gruncie. I tak: Schauta ostrzega przed wywołaniem sztucznego przedwczesnego porodu u chorych na serce i płuca, gdyż sztuczny poród nie tylko nie wpływa na pomyślniejsze ukształtowanie cierpień, ale takowe wprost pogorszyć może. Gusserow względnie do chorób serca, uznaje zajście w ciążę za stan niebezpieczny. Z tego powodu Gusserow radzi, aby osoba z wadą serca nie zachodziła w ciążę, odrzuca on jednak przeprowadzenia sztucznego porodu u chorej na serce.

Leyden w odczycie o powikłaniach ciąży przewlekłymi chorobami serca wyraża zdanie, że jeżeli w czasie ciąży powstają zaburzenia w krwiobieg, których usunąć nie można, i które pomimo leczenia przybierają charakter groźny, to naówczas sztuczne przerywanie ciąży nie tylko bywa wskazane i usprawiedliwione, ale nawet pożądane i staje się tem konieczniejszym, gdy brak oddechu, obrzęki i osłabienie stale się zwiększają, a odporności moralnej chorej stale ubywa. Leyden radzi nie wyczekiwać pod tym względem chwili ostatecznej.

I w sprawie gruźlicy Leyden wyraził pogląd zbliżony. Pytanie mówi on, czy w przypadkach gruźlicy nie można niekiedy powstrzymać osłabienia serca i utrzymać życia kobiety, jeżeli ukończymy ciążę przed terminem—jest z powodu częstotści tych przypadków, ważnem. Ja z moich przypadków wnioskuje i nie wątpię, że gruźlica u kobiet pogarsza się często przez ciążę.

W tym samym duchu wyraża się Gerhardt w swym odczycie o zawieraniu małżeństw pomiędzy suchotnikami. Zbyt gorliwego i zapalonego obrońcę, kwestya przerywania ciąży u suchotnic znalazła w Maraglianie. On żąda, aby u każdej ciężarnej chorej na gruźlicę przerywano ciążę. Dosłownie Maragliano wyraża się w ten sposób: „Jeżeli obronę ludzkości przeciw gruźlicy, weźmiemy na serio, ze świadomością celu, koniecznem będzie odsunąć sentymentalizm, odnoszący się do opartych na domysłach praw płodu, i pozostawić takowe zupełnie na uboczu, wobec praw matki. Jeżeli nadto zważymy, wpływ wielki, jaki wywiera gruźlica matki na organizm przyszłej istoty, a także możliwość przeniesienia zarażenia na tako-

wa, tem więcej usprawiedliwimy przerwanie ciąży, ponieważ tym sposobem wraz z uzasadnionym pożytkiem dla matki uwolnionej od niebezpieczeństwa ciąży łączy się z drugiej strony wykluczenie ze społeczeństwa jednostki obciążonej gruźlicą“.

Od roku 1893 wprowadzał Maragliano w swej klinice tę zasadę w czyn. U chorych takich znajdował on po przerwaniu ciąży zaraz polepszenie, o ile sama gruźlica nie była zbyt rozszerzona. Naśladowcami Maragliana zostali dwaj znani akuszerzy włoscy Cuzzi i Acconci. Kaminier od dwóch lat, na materyale klinicznym Senatora, bada sprawę wpływu ciąży i rozwiązania na proces gruźliczy. Nie zgadza się on z Maraglianem, aby przerwanie ciąży u gruźlicznych szybko wpływało na ich wyzdrowienie, radzi jednak na metodę takiego postępowania bacznie zwrócić uwagę. Z pomiędzy 60-ciu zgromadzonych przez niego przypadków można było 33 razy stwierdzić pogorszenie w procesie gruźliczym pod wpływem ciąży, a tylko w 8-iu przypadkach pozostała ciąża bez wpływu na rozszerzenie i przebieg gruźlicy. W 9-ciu przypadkach nie można było wypowiedzieć zdania pewnego, czyni to 66% pogorszeń gruźlicy przez ciążę, a tylko 16%, gdzie nie stwierdzono wpływu żadnego. Ta wysoka % pogorszeń, warunkowaną bywa powikłaniami, jako to brakiem apetytu, mdłościami, właściwymi ciąży. Największy zatem czynnik w leczeniu gruźlicy odżywianie z powodu tych objawów żołądkowych w razie ciąży zaczyna cierpieć. Przyłączają się nareszcie wymioty, wzrządzające same przez się zaburzenia w odżywianiu, a nieraz powodujące krwioplucie. Ucisk płuc przez podniesioną przeponę brzuszną, zmniejszona wydatność oddechu, wywołują zmiany pewne na krwiobiegu w płucach, w czynności prawego serca, które ujemnie na przebieg procesu gruźliczego wpływać muszą. W przypadkach autora objawy u gruźlicznych w pierwszych miesiącach ciąży bywały uciążliwsze, niż w ostatnich, najgroźniej nieraz występowały po rozwiązaniu, lub w pierwszych dniach łożyska.

Z 23 kobiet, w 14-tu, zejście śmiertelne przyłączyło się do rozwiązania, z tych 7-m, w pierwszych dniach łożyska; co czyni 61% przypadków śmierci. Cztery przetrwały dobrze rozwiązanie i są zdolne do pracy, to czyni 17%. I tutaj potwierdzenie znajduje zdanie G u s s e r o w a, wypowiedziane odnośnie do ciężarnych chorych na serce, muszą one gwałtownie wielką wykonywać pracę, a do tego ciąża osłabiony organizm nie jest już zdolny. Na tem polega zgubny wpływ ciąży na gruźlicę, a wobec tego teoria wchłaniania chemicznych pierwiastków z łożyska, upodobnianych toksynom chorób ciężkich, okazuje się dla objaśnienia tego ujemnego wpływu zbyt wąską. W kwestyi zmniejszenia lub usunięcia niebezpieczeństwa u ciężarnych, chorych na gruźlicę, Kaminier oświadcza się za sztucznym przerwaniem ciąży, uważa to jednak tylko za środek w każdym poszczególnym przypadku przy odpowiednich wskazaniach stosowany. Wypowiada się zaś przeciw zasadzie, jako takiej, przez Maragliana głoszonej. Opierając się na swoich spostrzeżeniach Kaminier przy porównywaniu sztucznego przedwczesnego porodu, ze sztucznym poronieniem, głosuje za tem ostatniem: 1, ponieważ wpływ ciąży na gruź-

licę płuc w pierwszej połowie tejże silniejszym być się zdaje jak w drugiej II. że, chociaż operacja ta, ciężko na organizmie kobiecy zaważa, nie może jednak w myśl poglądów G u s s e r o w a tak szkodliwie wpływać, jak się to wydarza przy sztucznym przedwczesnym porodzie; III. ponieważ, o ile krócej trwa ciąża, tem mniejszym bywa wpływ szkodliwy tejże. W końcu autor podaje statystykę swoich przypadków, gdzie wykonano abortus. W 30% pogorszenie stanu. W 12% śmierć. W 70% przerwa w chorobie.

Szczególniejszej uwadze do leczenia tą metodą poleca te przypadki, gdzie, w czasie ciąży, i wyłącznie nią warunkowane pogorszenie w płucach nastąpiło; gdzie, w czasie ciąży pierwsze objawy gruźlicy występują; gdy okaże się haemoptoe, lub gruźlica przerzutowa.

Na zakończenie K a m i n e r rekapitułuje swe wnioski w zdaniu: przy wyżej wymienionych okolicznościach często się jest uprawnionym, ale nigdy obowiązany do przeprowadzenia abortu.

Józef Jaworski.

583. Bröse. **Patologia i terapia parametritidis posterioris.** (Centralblatt für Gynäkol. 1901, № 26, str. 767).

Parametritis posterior jest zapaleniem więzów krzyżowomaciczy (ligg. sacro-uterina), przebiegających pod otrzewną fałdy D o u g l a s a. B. S. S c h u l t z e pierwszy opisał powyższą sprawę chorobową i towarzyszące jej objawy.

W. A. F r e u n d opisując w pracy swojej p. t. „tkanka łączna miednicy kobiecej“ zapalenia chroniczne tkanki łącznej miednicy, różni 1) zapalenie rozlane zanikowe (parametritis diffusa atrophicans) i 2) ograniczone parametritis circumscripta atrophicans). Z pośród ograniczonych zapaleń zwraca uwagę na paraproctitis chroniczną sprawę zapalną, przebiegającą wzdłuż fałdy D o u g l a s a i powodującą zrosty (fixatio) szyi macicznej, jak to bywa w parametritis post. opisanej przez S c h u l t z e ' g o.

Z i e g e n s p e c k, chcąc sprawdzić na trupach obraz kliniczny, podany przez S c h u l t z e ' g o, przekonał się, że parametritis posterior S c h u l t z e ' g o i parametritis atrophicans circumscripta (paraproctitis) F r e u n d a są to sprawy chorobowe identyczne.

K ü n s t e r znowu twierdzi, że to co Z i e g e n s p e c k znalazł na trupie, odnosi się do spraw okołomaciczych (perimetrytycznych). Na mocy osobistego doświadczenia, nabytego przy laparotomiach dokonanych na osobach, u których można było przez badanie rozpoznać parametritis posterior, autor ten przyszedł do przekonania, że te same objawy dają sprawy okołomacicze, okołojajnikowe i okołojajowodowe; nie odrzuca jednak wrażliwości istnienia parametritis posterioris.

Bröse robiąc laparotomie w celach terapeutycznych, jednocześnie badał kwestyę powyższą i przyszedł do następujących wniosków:

1) P a m e t r i t i s p o s t e r i o r S c h u l t z e ' g o polega na sprawie chorobowej tkanki łącznej, a nie otrzewny.

2) Parametritis posterior i parametritis atrophicans circumscripta (paraproctitis) Freund'a są sprawy identyczne.

3) Parametritis posterior zawsze występuje jednocześnie z zajęciem otrzewny, jajowodów i jajników.

4) Ventrofixatio jest najlepszym środkiem leczniczym przeciw parametritis posterior, gdyż inne środki lecznicze (hydroterapia, kolumnizacja, masaż) zawodzą.

5) Najskuteczniejszą operacją w retroflexis uteri fixatra, spowodowanej przez sprawy zapalne przymaciczne, jest ventrofixatio.

M. Warszawski.

584. Krauer. Niedrożność кишки pooperacyjna. (Centralblat f. Gynäkol. 1901, № 27, str. 795).

Autor opisuje przypadek niedrożności кишки, powstałej na dzień po operacji, dokonanej przez pochwę w celu usunięcia torbieli prawostronnej i lewego przymacicza. Z chwilą, gdy ukazały się wymioty kałowe, zaparcie stolca i wiatrów, po odkażeniu pochwy i zdjęciu poprzednio nałożonych szwów zamykających ranę pochwową, autor wszedł dwoma palcami do jamy Douglasa'a i bez móżu udało mu się odkleić jedną pętlę kiszek, przylegającą do samej macicy, a drugą lekko zrośniętą z kikutem. Następnie autor wprowadziwszy sączak z gazy jodoformowej do jamy Douglasa'a i w kierunku do kikuta, lekko wytamponował pochwę i chorą do łóżka włożył. Chorej podano analeptica i zrobiono wysokie wlewanie do кишки stołcowej; ostatni rękoczyn pozostał bez widocznego skutku, gdyż po odejściu niewielkiej ilości gazów znowu wystąpiły wymioty kałowe. Gdy w godzinę potem wystąpiły wymioty, autor robił masaż brzucha; chora dobrze znosiła gnietenie brzucha. Gdy znowu wystąpiły wymioty kałowe, autor przerwał masaż. Od tej pory wymioty z poprzednią siłą wystąpiły.

W parę godzin po wysokiej lewatywie ukazały się obfite stolce z wiatrami. Objawy niedrożności ustąpiły i chora w parę dni poprawiła się znakomicie. Na 8 dzień po napadzie niedrożności chora po raz pierwszy wstała. Zgodnie z poglądem Winternitz'a autor radzi przy niedrożności kiszek, powstałej po operacji pochwowej nanowo otworzyć ranę pochwową i próbować od strony pochwy rozrywać zrosty. Nadają się do tego te przypadki, w których operacja była dokonana przez tylne sklepienie, gdyż wtedy można bez trudu się dostać do ulubionego miejsca sklejenia kiszek i kikutem.

M. Warszawski.

585. Halban Przyczynek do nauki o miesiączkowaniu. (Centralbl. f. Gyn. 1901, № 25, str. 736).

Zgodnie z dotychczas panującą teorią, miesiączkowanie powstaje na drodze odruchowej wskutek podrażnienia nerwów jajnika przez dojrzały pęcherzyk Graafa. Niżej podane doświadczenia autora

wykazały, że miesiączkowanie ma inne źródło powstawania. Czterem pawicom autor wyciął jajniki i nanowo wszyl pod skórę. Dwie nadal miesiączkowały, z pozostałych dwóch (nie miesiączkujących) jedna stała się tuberkuliczną, a u drugiej wszylto za mało substancji jajnikowej. U pierwszych dwóch pawic (u których rezultat okazał się dodatnim) miesiączkowanie znikło z chwilą, gdy usunięto na drodze operacyjnej jajniki transplątowane (przeszczepione). Autor przychodzi do tego wniosku, że w miejsce teoryi mechanicznej Pflüger'a należy przyjąć, że miesiączkowanie powstaje wskutek wpływu chemicznego jajników. Ostatni pojmovać należy w tym sensie, że wskutek wydzieliny wewnętrznej jajników przedostają się do krwiobiegu substancye, dające insult do powstania miesiączki.

M. Warszawski.

586. Caruso. **Miesiączkowanie podczas ciąży.** (Archiv. di ost. gyn. 1901, № 4 i Centralb. f. Gyn. 1901, № 25 str. 755).

Istnieje w nauce zasada, że z chwilą zajęcia w ciążę ustaje prawidłowo miesiączkowanie. wyjątek stanowić mogą tylko pierwsze dwa miesiące ciąży, w których peryody mogą się ukazywać. Nieliczni autorzy obserwowali peryodyczne występowanie miesiączki przez czas dłuższy ciąży. Powyższy autor przytacza dwa przypadki, w których miesiączkowanie występowało przez cały czas trwania ciąży. Obie pacjentki były wieloródki (11—12 porodów). Pierwsza pacjentka prawidłowo miesiączkowała podczas pierwszych sześciu miesięcy ciąży i niekiedy tylko przez pierwsze 4—7 miesiące, niekiedy zaś przez przez cały czas trwania ciąży. Podczas ostatnich dwóch ciąży peryody stale występowały i w niczem się nie różniły od peryodów w stanie normalnym występujących. Badanie obiektywne wykazało: katar szyi macicznej z nadżerką części pochwowej. Druga pacjentka prawidłowej miesiączkowała podczas wszystkich 12 ciąży, a badanie nie wykazało nic chorobliwego w organach rodnych. Autor szuka przyczyny miesiączkowania podczas ciąży w trzonie macicy, dalej przypuszcza, że częstopowtarzające się ciążę sprzyjają powstawaniu tego objawu; nie wyklucza również autor nadużycia stosunków płciowych (abusus in Venere). We wszystkich tych przypadkach ciąża zazwyczaj dochodzi do kresu normalnego, a płód rodzi się zupełnie rozwiniętym.

Przypisek referenta: przed 2 tygodniami zgłosiła się do mnie 24 letnia mężatka, osoba inteligentna od dawna dobrze mi znana, u której przed 2 czy 3 laty kleszczami odbierałem pierwsze dziecko, ze skargą, że w jamie brzusznej rośnie jej guz; do ciąży przyznać się nie może, gdyż przez cały czas powiększania się brzucha peryody były prawidłowe. Pomimo zeznania sprzecznego rozpoznałem ciążę w VII miesiącu; powyższą pacjentkę badał poprzednio kol. Thieme i postawił to samo rozpoznanie, dowiedziałem się o tem od pacjentki po wygłuszeniu mojego zdania.

M. Warszawski

III. Choroby weneryczne i skórne.

587. Dr. W. Degré. O nawrotach i późnych postaciach przymiotu oraz ich leczeniu kąpielami solankojodowymi. (Wien. Med. Woch. № 23—24, 1901).

Na samym wstępie autor powołuje się na Krausa, który, opierając się na 316 przypadkach, wyjaśnił kilka pytań, odnoszących się do patologii przymiotu dziedzicznego. Pomiędzy innymi Kraus zadał sobie pytanie, w jakim stosunku stoi nawrót choroby do lat chorego dziecka. Na 316 przypadków w 121 można było stwierdzić recydywę, w znacznej zaś liczbie pozostałych—dane otrzymane z wywiadów były tak niewyraźne, że nie można było z pewnością mówić o nawrocie. Z powyższych 121 przypadków wystąpienie nawrotu dało się zauważyć najwcześniej w 3-im miesiącu życia u jednego tylko chorego. W wieku od 4 do 12 mteięcy ilość przypadków, w których zauważono nawrót wahała się znacznie. U starszych nad rok recydywa wystąpiła w 76 przypadkach. Najstarsze z obserwowanych miało 14 lat. Niekiedy jednak objawy przymiotu występują dopiero w wieku chłopcym lub jeszcze później (nawet około 20 roku życia). Postaci takie nazywamy przymiotem dziedzicznym późnym. Terminem tym jedni (H en a c h, F i n g e r) mianują formy późnego przymiotu, występujące jako pierwsze objawy choroby u osób pochodzących od rodziców syfilityków, drudzy zaś (F o u r n i e r, H e u b n e r) nazywają w ten sposób objawy przymiotu, które u osób pochodzących od rodziców syfilityków występują w drugiej połowie wieku dziecięcego, w wieku młodzieńczym i nawet dojrzałym, nie bacząc na to, czy chorzy ci chorowali na przymiot dziedziczny w wieku niemowlęcym, czy też nie. Wielu lekarzy uważa późne formy cierpienia za przymiot nabyty, lecz większość jest zdania, że przymiot dziedziczny objawia się czasem poraz pierwszy w 12—14 roku życia lub jeszcze później, nie dla tego, żeby cierpienie dotychczas nie istniało w ustroju; według nich przymiot u chorych takich był już przy urodzeniu, lecz pozostając przez czas długi w stanie ukrytym, objawił się dopiero później. K a s s o w i t z zebrał 34 przypadki, z których każdy z osobna był pod obserwacją jednego i tego samego lekarza w ciągu 6—20 lat od czasu wystąpienia pierwszych objawów przymiotu dziedzicznego. Pomimo odpowiedniego leczenia tych chorych u 11-tu wystąpiły objawy późne. Z obserwacji tych widzimy, że istnienie przymiotu dziedzicznego późnego uważać należy za niewątpliwe. Przymiot dziedziczny późny objawia się w postaci cierpienia układu kostnego i skóry, zajęć błony śluzowej jamy ustnej i nosa, nacieczeń przymiotowych krtani, miękczaków (*gumbose Entzündungen*) organów rodnych, mięśni i tkanki podskórnej; dalej jako keratitis interstitialis, głuchota, zniekształcenie zębów, cierpienia wątroby, śledziony, systemu nerwowego i t. d. Według Neuma n n'a objawy powyższe nie

są znamienne dla przymiotu dziedzicznego późnego i wówczas tylko dowodzą tego cierpienia, jeżeli jednocześnie dowiadujemy się o przymiocie rodziców i ukrytej infekcyi aż do czasu wystąpienia objawów w drugiej połowie wieku dziedzicznego lub później.

Wyżej przytoczone cierpienia właściwe przymiotowi późnemu rzadko można obserwować w wieku niemowlęcym. Wprawdzie częściej nieco widujemy w tym wieku powiększenie śledziona i wątroby, lecz nabrzmienia tych organów w przymiocie późnym są znaczniejsze i łączą się często ze zgrubieniami kości. Według Heubner'a przymiot późny zauważyć można najwcześniej w 5-ym roku życia. W tym jednak czasie występuje on bardzo rzadko; o wiele wcześniej widzimy go w wieku chłopięcym lub jeszcze później. Rokowanie w przymiocie dziedzicznym tem jest pomyślniejsze, im później występują objawy. W ogólności jednak jest ono niepomyślne i najgorsze w przymiocie występującym, już w życiu zarodkowym. Dzieci takie rodzą się po większej części nieżywe albo umierają w pierwszych dniach lub też tygodniach po przyjsciu na świat. Według Hochsinger'a na 265 leczonych prawidłowo niemowląt, 63 — żyły najkrócej 4 lata. Na 127 przypadków późnego przymiotu, obserwowanych przez Rabla, w 34 — chorzy wypisali się z poprawą lub pozostali nadal w kuracyi; z 93-ch pozostałych zmarło 4-ch, u 89-ciu zaś nastąpiło wyleczenie, o ile wogóle mówić można o ostatecznem wyleczeniu przy przymiocie dziedzicznym. Rezultaty leczenia przymiotu niemowląt nie są pocieszające. Bez przesady można twierdzić, że wszystkie prawie sztucznie odżywiane niemowlęta, dotknięte przymiotem, umierają w pierwszym roku życia i jeżeli nie wprost skutkiem jadu przymiotowego, to przeważnie z powodu cierpień „parasyfilitycznych“, które same przez się nie są bezwzględnie niebezpieczne, lecz przy współudziale osłabienia ogólnego i charactwa przyczyniają się do śmierci. Niemowlęta odżywiane pierśmią utrzymać się przy życiu przy odpowiedniem pielęgnowaniu i leczeniu, żadne z nich jednak nie jest zabezpieczone od możliwości wystąpienia objawów późnych. Leczenie swoiste przymiotu niemowląt winno być prowadzone nie tylko od czasu zniknięcia objawów, lecz, ze względu na częste nawroty, powtarzane być musi aż do 3-ch a nawet 4-ch lat. Preparaty rtęciowe są tutaj najodpowiedniejsze, stosowanie zaś jodu ma mniejsze znaczenie. Przed przystąpieniem do omówienia leczenia przymiotu późnego autor w pracy swej zajął się kwestyą wyleczalności przymiotu. Według niego, dopóki się nie uda wykazać zarazka przymiotowego, komórki chorobliwie wybujałe w tkankach przy przymiocie uważać należy za właściwych nosicieli zarazka. Pogląd ten zgodny jest z rezultatem badań Neumann'a nad zmianami drobnowidzowymi skóry w przymiocie, udawało się mu bowiem łatwo wykazywać zmiany w skórze na długo nawet po zniknięciu objawów klinicznych. Wobec tego zarodki przymiotowe przez czas nieograniczony mogą pozostawać i rozmnażać się z mniejszą lub większą energią odpowiednio do odporności osobnika. Chorzy, którzy uniknęli nawrotu, nie są, zdaniem autora, wyleczeni, są tylko o tyle odporni, że zarodki przy-

miotowe rozmnażają się w nich tak wolno, iż nie dochodzi do nawrotu.

Czem dadzą się wytłumaczyć fakty występowania przymiotu u dzieci osób, które przechodziły przymiot przed 15—20 laty i, uważając siebie za wyleczonych, pożeniły się. Dowodzą one niewyleczalności przymiotu i świadczą, że w razie pewnej odporności osobnika wystąpienie nawrotu ulega odwłóce. U dziecka odporność jest znacznie mniejsza, niż u dorosłego i recydywa skutkiem tego występuje wcześniej. Niewyleczalność przymiotu stwierdzić można i na sekcyi osób, u których za życia nawrót nigdy nie był konstatowany; otóż widzimy tam nieraz zmiany naczyń i w mózgu. Z powodu niewyleczalności przymiotu możliwość wystąpienia nawrotu nigdy nie znika i usiłowania nasze lecznicze winny być skierowywane tylko ku temu, ażeby jak najdłużej wstrzymać nawrót, co daje się skutecznie przy systematycznym leczeniu. Przechodząc do leczenia przymiotu późnego, autor wskazuje na dobroczynny tutaj wpływ preparatów jodowych. Wielu znanych lekarzy (Zeissl, Neumana) zaleca jod już podczas leczenia rtęciowego świeżych przypadków przymiotu; lecz wszyscy prawie zgadzają się z poglądem, że preparaty jodowe wywierają potężny wpływ dopiero w późnych postaciach przymiotu. Z preparatów tych autor wymienia jodek potasu, jodek sodu, jodek litynu, jodoform, jodal, jodopinę i jodalbacid. Ostatni środek nadaje się szczególnie do długiego stosowania w uporeczywych postaciach trzeciorzędnych. Ważne jednak znaczenie jak i w przymiocie niemowląt ma tutaj—obok piczy nad ogólnem wzmocnieniem organizmu odpowiednie odżywianie, unikanie nadmiernej pracy jak fizycznej tak i umysłowej, oraz dostarczanie świeżego powietrza i słońca przy umiarkowanych ruchach ciała, bez których to warunków leczenie swoiste nie daje pożądaných rezultatów. Wielce korzystne jest w przymiocie późnym używanie zawierających jod kąpieli solankowych.

Tam gdzie obok jodu lub na zmianę z nim wskazane jest stosowanie rtęci, w przeważającej liczbie przypadków przymiotu trzewiów i w cierpieniach prowadzących prędko do głębokiego rozpadu miękkich tkanek, lub też kości, leczeniu wcieraniami pomaga dużo picie ze źródeł zawierających jod oraz kąpiele. Autor nieraz miał możność przekonania się w miejscowości leczniczej Darkau, jak w niektórych przypadkach nawrotu i późnych postaciach przymiotu przemiana materji znakomicie się wzmagała i znikanie objawów syfilitycznych uderzająco się przyspieszało pod wpływem kąpieli solankowo-jodowych i picia wody zawierającej jad.

Od czego zależy wartość źródeł zawierających jod? Według Schwiimmer'a znaczenie ich polega na sumie wszystkich części składowych i na chemicznym związku tychże. Od czasu, w którym jod i jego połączenia uznane zostały jako ważne czynniki lecznicze w przymiocie, wody mineralne zawierające jod, uważane są również za cenne w tem cierpieniu. Schwiimmer poleca stosowanie kąpieli solankowo-jodowych u źródła samego, ponieważ wiele znajdujących się w źródłach spójczników leczniczych ginie przy otrzymywaniu wyciągu. Picie wody mineralnej przyczynia się do energicz-

nego oczyszczenia organizmu przez wzmoczenie czynności narządów wydzielniczych (Se—und Excretionen), skutkiem czego jad przymiotowy łatwiej wydostaje się z organizmu. Autor podczas wieloletniej praktyki w Darkau miał możność w najrozmaitszych postaciach przymiotu u dzieci i dorosłych przekonać się o stosunkowo prędkim i pewnym działaniu leczniczym źródeł umiejscowionych. Wielu chorych obserwował i nadal przekonał się o niewystępowaniu nawrotów, pomimo to, że poprzednio przy stosowaniu leczenia swoistego bez kąpieli nawroty były konstataowane. W końcu pracy autor opisuje 4 obserwowane przez siebie w Darkau przypadki przymiotu dziedzicznego późnego.

H. Uliński.

588. **Niektóre poglądy na istotę i przebieg przymiotu, wypowiedziane w szeregu nowszych prac,** podaje *Allgemeine Med. Central. Zeitung*. „Fortschritte der Syphilitisforschung“ 1901, № 49—54).

Na zasadzie obserwacji własnych tudzież z oceny krytycznej kazuistyki, podanej przez innych autorów, U s s a s przychodzi do przekonania, że zarazek syfilityczny wprost działa wyłącznie na naczyńia krwionośne i limfatyczne, wszelkie zaś objawy choroby występują już wtórnie skutkiem właśnie cierpienia tych naczyń. W takich warunkach, pod wpływem różnych czynników nieprzyjaznych zewnętrznych lub wewnętrznych, mogą występować objawy przymiotu nawet wtedy, kiedy zarazek znikł z ustroju już doszczętnie, pozostało atoli jeszcze pierwotne cierpienie naczyń.

Co do zaraźliwości przymiotu w różnych jego okresach Neumann jest tego zdania, że stopień zaraźliwości stoi w ścisłym związku z napięciem choroby i dawnością jej, a mianowicie: z biegiem czasu zaraźliwość stopniowo słabnie, aż wreszcie po 2—3 latach, zwłaszcza przy odpowiednim leczeniu, znika zupełnie. W pewnej liczbie przypadków okres ten trwa dłużej, są to wszelkie wyjątki. Objawy w tych razach spóźnionej choroby występują najczęściej na błonie śluzowej jamy ust, mogą być źródłem zarazy dla zdrowych i muszą być przeto zaliczone do objawów tak zwanego okresu drugiego. W okresie trzecim choroby zaraźliwość należy do wyjątków nader rzadkich, chyba że wystąpi on współcześnie z okresem drugim, co się trafia w ciężkim przebiegu przymiotu. Do jakiego stopnia słabnie i znika w okresie tym zaraźliwość, wskazują te przypadki, w których mężczyźni dotknięci późnem (okresu trzeciego) cierpieniem przymiotowem jąder, płodzą dzieci zdrowe, a dodać należy, że przypadki takie nie stanowią wyjątków, regułą raczej.

Cała kwestya dziedziczenia przymiotu należy bezwątpienia do najważniejszych i nie całkowicie jeszcze wyjaśnionych w ogólnej patologii tego cierpienia. Teoretycznie—zdaniem Fingera należy przypuścić możliwość przekazania choroby potomstwu nie tylko w pierwszym, ale nawet w drugim i trzecim pokoleniu, a dziedziczność ta znajdzie swój wyraz albo w objawach istotnego przymiotu, albo też pod postacią zwyrodnienia, procesów dystroficznych, lub też wreszcie

w formie odporności, t. j. zupełnej albo zmniejszonej wrażliwości na zarazek. Co do dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu w formie jego zaraźliwej, to aczkolwiek są ogłoszone spostrzeżenia, nie odpowiadają one wszakże warunkom niezbędnej ścisłości. Ażeby w jakim bądź przypadku przymiotu można było twierdzić z całą stanowczością, że powstał on drogą odziedziczenia w drugim pokoleniu, powinien przypadek taki odpowiadać trzem warunkom: ojciec lub matka dziecka muszą mieć syfilis dziedziczną niewątpliwą, dziecko powinno być dotknięte niewątpliwie syfilisem, możliwość, że rodzice dziecka sami nabyli syfilis, powinna być stanowczo wykluczona; pewnym więc byłby np. przypadek, gdyby dziedzicznie obciążona przymiotem matka urodziła także dziecko, a mąż matki, ojciec zaś dziecka, wkrótce potem zaraził się przymiotem poza małżeństwem, t. j. nie od własnej żony.

Żadnego stanowczego dowodu w tym rodzaju kazuistyka, dotąd nie podała. Możliwość oddziedziczenia w drugim pokoleniu przymiotu pod postacią objawów zwyrodnienia, upośledzonego odżywiania, niezdolności do życia i t. p. daje się dowieść jeszcze trudniej i na to nie mamy dotąd dowodów stanowczych. Dziedziczenie przymiotu pod taką zmienioną postacią nie daje się zwykle wykazać nawet w pokoleniu pierwszym, gdyż nie posiada ona żadnych cech sobie tylko właściwych i może się ukazać u potomstwa ludzi, dotkniętych gruźlicą, alkoholików, nawet zresztą zupełnie zdrowych, nie zaś wyłącznie syfilytyków. Wreszcie co do dziedziczenia przymiotu pod postacią zupełnej lub też tylko względnej odporności (mniejszej wrażliwości), to istnienie takiej formy przypuszczano już bardzo dawno, a przypuszczenie samo opierano na następujących spostrzeżeniach: a) przymiot ma przebieg łagodniejszy w miejscowościach, w których on już się dawno zagnieździł, b) i odwrotnie, dostawszy się gdzieś po raz pierwszy, występuje zwykle w formach ciężkich, zwłaszcza w pierwszych okresach swojego tam istnienia, c) matka, będąca w okresie zaraźliwym, porodziwszy dziecko zdrowe, nie zaraża go następnie (prawo Profety). Pomimo że spostrzeżenia te wydają się przekonywającymi, nie mają wszakże cechy dowodów niewątpliwych, jakich wymaga nauka, i bywają przytaczane częściej dzięki tradycyi, niż wartości swej, boć dziedziczenie przymiotu wyłącznie w postaci odporności, jeżeli istnieje, spotyka się nie często i z czasem się wyczerpuje, a dzieci rodziców niewątpliwie syfilytyków zarażają się często i choroba nie zawsze ma u nich przebieg łagodny, jakiego z teorii możnaby się spodziewać.

Petersen zwraca uwagę, że zmiany w zębach, opisane pierwotnie przez Hutchinsona, i odtąd przyjęte za cechę przymiotu dziedzicznego lub też będącego już w bardzo późnych okresach, mogą występować w przebiegu różnych innych chorób infekcyjnych przewlekłych, napotykają się przeto u ludzi, którzy nigdy na przymiot nie chorowali, ani też go odziedziczyli; skąd wypływa wskazówka, że przy stawianiu rozpoznania przymiotu obecność wyjątkowe cechy Hutchinsona nie jest jeszcze dowodem wystarczającym. Ponieważ syfilytyk może udzielić choroby swojej zdrowemu wtedy nawet, kiedy u niego samego nie wystąpiły jeszcze żadne objawy, t. j. w okresie drugiej

inkubacji, staje się rzeczą pierwszorzędną wagi rozpoznać dokładnie chorobę w tym jeszcze okresie, co nie zawsze jest rzeczą łatwą ze względu na brak objawów wybitnych, stanowczych. To samo da się powiedzieć o przerwach pozornego zdrowia, przedzielających recydywy. Do zjawisk zapowiadających wybuch objawów ogólnych należą: stwardnienie, pozostające nieraz bardzo długo na miejscu owrzodzenia pierwotnego, powiększenie i stwardnienie gruczołów limfatycznych, najpierw w najbliższych, a następnie w dalszych okolicach od owrzodzenia, podniesienie się ciepłoty, niekiedy katar. W przerwach pomiędzy nawrotami dają się zauważyć: zabarwienia żółtawe, zwłaszcza na kończynach dolnych, po wysypce plamistej, jaśniejsze od otaczającej skóry plamy na szyi (leukoderma colli), wypadanie włosów, blizny po wykwitach wrzodziejących, pęknięcia w kątach ust („zajady“).

Co się tyczy postaci wykwitów, to należy zauważyć, że jako następstwa lub jako jedyny nawet objaw przymiotu mogą występować przeróżne cierpienia skórne, które uważamy zwykle za niemające nic wspólnego z przymiotem, a więc: różyczki, pryszczycy, pokrzywki, nacieczenia, znieczulenia i wszelkie inne formy, powstają one zapewne w tych razach skutkiem wpływu zarazka syfilitycznego na system nerwowy, centralny lub obwodowy.

Fr. G-yć

589. Goldschmidt. Próba stosowania pudru, maści i ciast, zabarwionych na kolor skóry. („Dermatologisches Centralblatt“ Mai 1901).

Od maści stosowanych na odkryte miejsca skóry wymagać winniśmy, aby były zabarwione odpowiednio do koloru zdrowej skóry, co by umożliwiło stosowanie ich nawet podczas zajęć dziennych chorego. W literaturze znajdujemy skąpe dane dotyczące się zajmującego nas przedmiotu. Brooke jest zdania że cielisty kolor otrzymać można przez połączenie trzech barw: czerwonej, białej i brunatnej albo żółtej. Jako białej farby używa tlenku cynku (Zincum oxydatum), jako czerwonej cynobru (hydrargyrum sulfuratum rubrum), lub też glinki armeńskiej (bolus ruber armena), Brooke robi uwagę że niemożliwe jest przepisywać jaka ilość barwnika ma być w każdym poszczególnym wypadku użyta. Przepisać należy Unguentum coloratum i zaufać należy inteligencji aptekarza, który potrafi dobrać odpowiedni cień stosownie do barwy skóry pacjenta. Rzeczą jest jednak śliską polegać na inteligencji i wprawie osoby trzeciej.

Unna jako barwnik brunatny radzi ichthyol, Unna poleca również swój puder cielistego koloru, składający się z hydrargyrum oxydatum magnesia carbonica, bolus rubra i omylum oryzae, puder ten jednak ma tylko jeden odcień i dla tego nie dla wszystkich się nadaje. Rausch (Ueber hautfarbene Salben und Pasten—Monatshfte für praktische Dermatologie“, Bd. 27), podaje pewną ilość odnośnych przepisów. Do barwienia używa eozyiny i bolus ruber; w pewnych razach używa obu barwników razem, a w innych jednego z nich. Do zabarwienia ciast ichtyolowych (1%—5%) uży-

wa roztworu eozyiny, w tym razie mamy trzy wymagania przez Brooke barwy, wywołujące cielisty kolor, a mianowicie: białą (ciasto cynkowe) brunatną (ichtyol) i czerwoną (roztwór eozyiny) i takie ciasto ichtyolowe B a u s c h a ma bardzo ładny cielisty kolor. Autorowi niniejszej pracy przyszła myśl uwieńczona doskonałymi wynikami, żeby ichtyol w połączeniu z eozyiną w wodnym roztworze stosować do zabarwienia białych lub białawych ciast i maści na kolor cielisty. Zmieniając bardzo mało ilości eozyiny w prawie stałym procentowo roztworze ichtyolu możemy otrzymywać przeróżne odcienia koloru skóry. Na 10 grm. maści wystarcza dodać 5 kropli stosownego roztworu eosin—ichtyolowego i lekko rozetrzeć. Maść zawiera zaledwie 0,75% ichtyolu, a zatem ilość zupełnie objętną; maść taka całkiem prawie jest bez zapachu, a dla bardzo wymagającego węchu można dodać 2 krople olejku bergamotowego na 11 grm. maści, te same ilości barwnika dodane do pudru, aczkolwiek barwiły go w sposób pożądanym, ale robiły puder niezdatnym do użycia, ponieważ nie pozwalał się on lekko rozpylać. Szukać więc musiał autor takiego związku proszków któryby dodatek barwnika dobrze znosił i za taki proszek uważa tak zw. puder cynkowy z dodatkiem małej ilości pulv. iridis florent. By też mieszaninie cielisty kolor nadać, trzeba dodać 20 kropli eosin—ichtyolowego roztworu na 5 grm. proszku i dokładnie rozetrzeć. Zapach ichtyolu niknie pod wpływem zapachu fiołków od pulv. irid. flor. prawie zupełnie, można jednak również dodać do tego pudru kilka kropli bergamotowego olejku. Puder ten odpowiada wszelkim warunkom pudru toaletowego; lekko rozpyla się, a barwa i zapach nawet po kilku miesiącach pozostają bez miany, zawartość ichtyolu zależnie od barwy waha się od 5%—7,5%, jestto jednak ilość, która zdrowej skórze wcale nie szkodzi, a chorej może tylko pomódz. Autor roztworowi temu dał nazwę *ichtosin'a* i przygotował go w pięciu odcieniach, zależnie od ilości eozyiny. Przepisując receptę pisać należy: adde ichthosin odcień albo numer 1, 2, 3, 4 lub 5. Puder autor przygotował również w pięciu odcieniach.

(Przyp. sprawozdawcy). Z pracy powyżej streszczonej nie można całkiem wyrozumieć jakich rozczyńców ichtyolu, a zwłaszcza eozyiny używa autor do barwienia. Dzięki uprzejmości zarządzającego apteką kol. Kucharzewskiego p. J. Godlewskiego udało się uchylić rąbek tajemniczej zasłony, którą autor pokrywa swoją ichtosyną. Wielokrotne próby p. Godlewskiego wykazały, że należy używać bardzo słabych rozczyńców wodnych eozyiny, a mianowicie 1:10000 i z tego rozczyńca 5—25 kropli na 10grm. maści bezbarwnej lub białawej (np. Z ilncum otydatum, plumbum carbonicum etc.). Zupełnie wystarcza, aby nadać mniej lub więcej różowawy odcień. Ichtolu używać należy w 15% rozczyńcu i takiego rozczyńca 5 kropli dostateczne jest na 10 grm. bezbarwnej maści przy białawych maściach ichtyolu więcej bo 10 kropli brać należy. Należy więc mieć przygotowane oddzielnie rozczyńca eozyiny oddzielnie rozczyńca ichtyolu i w miarę potrzeby dodawać, gdyż teoretycznie przypuszczać należy, że oba te związki w jednym rozczy-

nie połączone bardzo prędko uległy rozkładowi, a zatem owa ichtyosina autora nie jest jednym jakimś związkiem, ale przedstawia dwa oddzielne rozczyyny. Co zaś tyczy się praktycznej strony kwestyi, to barwienie udaje się dobrze, jakem to miał sposobność stwierdzić wspólnie z kol. Kucharzewskim i p. Godlewskim. Kolor od śniadego do biało-różowego otrzymywać można zwiększając ilość kropli eożyny do 5, 10, 15, 20 i 25 przy jednakowej zawartości ichtyolu i to są zapewne owe pięć numerów, które autor każe oznaczać przy przepisywaniu recepty. Doświadczeń w celu barwienia pudru nie robiono.

Edmund Kurella.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

590. (*h ul*) **Eczema.**

Fodor w pryszczycy stosował z dobrym wynikiem parę wodną. Zabieg ten powtarzany z początku codziennie, następnie zaś co drugi dzień, trwał za każdym razem dopóty, dopóki skóra nie miękła i nie stawała się soczystą. Wówczas na przekrwione w ten sposób miejsca F. stosował wachlarzowaty dusz, który sprzyjał wyleczeniu, działając głównie na krwiobieg. W przerwach pomiędzy posiedzeniami F. poleca smarowanie chorej skóry mieszaniną wazeliny z lanoliną

(La Sem. Méd. № 29, 1901).

591. (*h ul*) **Ferrichtol.**

Połączenie żelaza z ichtyolem—jednocześnie działanie dwóch swych części składowych i w postaci tabletek po 0,1 jest bez smaku i zapachu. Unna poleca go w przewlekłych nerwicach naczyńowych: urticaria, lichten urticatus u dzieci, purpura i hydroa, dalej w blednicy i bezkrwistościach wtórnych, wreszcie w lichten i pemphigus i t. d.

592. (*je*) **Guajacentinum.**

Środek ten wypróbowany w 58 przypadkach poleca dr. Winter-

berg jako stomachicum, nawet po przerwie w podawaniu ma pobudzić apetyt.

(C. f. d. g. Ther. 4—6).

593. (*h ul*) **Ichthyolcalcium.**

Preparat o podobnej własności, ma mniej wskazań i zalecany jest przez Unn'e tylko takim chorym, którzy nie życzą lub nie mogą przyjmować czystego ichtyolu, szczególnie w praktyce dziecinnej przy lichen urticatus i pryszczycy przewlekłej.

(Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXII, № 5).

594. (*h ul*) **Ichthargan.**

Rieterma stosował ten środek z dobrym wynikiem w przewlekłej rzeżączce za pomocą przemywań sposobem Janet'a w rozcieńczeniu 1:1000—1:5000 lub też wkraplań w rozczyynie aż do 2%. (Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXII, № 1).

Unna zaleca ichthargan w proszku 1—5% w oczyszczonych, lecz nie zbyt obfitą ziarniną jak również w zastarzałych wrzodach goleni; w tych ostatnich kombinuje ichthargan z miękkim plasterem salicylowokreozotowym.

(Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXII, № 2).

595. (*h ul*) **Johimbinum.**

Dr. Spiegel, jak wiadomo, otrzymał johimbiny z kory drzewa johimbowego, rosnącego w Kameranie. Doświadczenia Mendels'a wykazały doskonałe działanie chloru johimbiny na system płciowy obok nieszkodliwości jego na organizm. Berger wypróbował ten środek u 7-miu chorych, z których 5-ciu cierpiało na niemoc paralityczną i po za tem fizycznie czuło się zupełnie dobrze, u 2-ch zaś pozostałych funkcje płciowe były normalne. Podawany był w postaci płynnej, 0,1:20, trzy razy dziennie po 20 kropli, lub też w tabletkach, zawierających po 5 mg. johimbiny. W przypadkach niemocy paralitycznej doskonałe rezultaty lecznicze ujawniały się już w kilka dni od czasu rozpoczęcia kuracji i, pomimo zaprzestania wówczas podawania tego środka, działanie jego utrzymywało się od 6 do 9 tygodni, poczem zwolna zniknęło. Z dwóch przypadków o normalnych czynnościach płciowych, w jednym autor otrzymał wynik ujemny, w drugim zaś zauważył rezultat dodatni lecz krótkotrwały. Johimbina wskazana jest w niemocy, zależnej od porażenia czynnościowego ośrodków mlecz. Podaje się 3 razy dziennie po 5 mg.; po 9 dniach, jeżeli działanie nie występuje, należy zwiększyć dawkę w dwójnasób, w razie jeżeli i od tej dawki nie widzimy działania, to po 8-u następnym dniach zwiększamy ją jeszcze o 5 mg., przyczem przekonywamy się i wówczas o jej

zupełnej nieszkodliwości. Johimbiny podawać należy dopóty, dopóki nie wystąpią silne erekcje, umożliwiające spółkowanie. Gdy po pauzie kilkotygodniowej niemoc wraca, stosować można znowu ten środek przez czas krótki. Podczas leczenia zawsze należy jednocześnie zwracać się do innych czynników leczniczych, szczególnie fizycznych, jak to do kąpieli, elektryczności etc. Johimbina daje dobre wyniki nawet w przypadkach odpornych na inne środki stosowane w niemocy.

(D. M. W. 17, 1901)

596. (*iz*) **Ortoform.**

Menn stosując ortoform w chorobach żołądka zauważył, że 1,0 tego środka znosi bóle we wrzodzie okrągłym, pozostaje natomiast bez wpływu w innych bólach żołądka. Memmi stosuje ortoform w dawkach po 1,0 i otrzymuje analgezję na 3—5 godzin.

(W. M. Woch. 39).

597. (*iz*) **Trional.**

Dr. Wolf stosował w 3 przypadkach ostrego obłądu z przypuszczeniami tryonal, pierwszego wieczoru dawał 2,0, na drugi dzień rano i wieczorem po 2,0, następnie po 1,0 grm. 2 razy dziennie, zmniejszając dawkę, gdy chory był w stanie śpiączki. Skoro halucynacje wracały, wracał do dawek większych. Skoro chory uspakał się stopniowo, usuwano lek i następowało wyzdrowienie po 12 dniach, stąd autor gorąco zaleca to leczenie w obłądnie ostrym.

(C. f. neur. 1901, V).

V. Korespondencya z Krakowa.

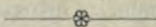
Kraków w Październiku.

Przed kilkoma miesiącami przyniosły dzienniki, naprzód wiedeńskie, wiadomość, że grono bardzo poważnych osób wydało z Wiednia odezwę, dążącą do utworzenia na podstawie osobnej ustawy sądów obywatelskich, w celu orzekania o stanie umysłowym osób podejrzanych o obłąkanie, zdarzać się bowiem miały przypadki, że do zakładów prywatnych dla chorych umysłowo oddawano osoby zupełnie zdrowe na umyśle w celu pozbawienia ich prawa rozporządzania swobodnie sobą i swym majątkiem. Ogłoszenie to nie zrobiło wielkiego wrażenia na publiczności, kto bowiem wie, z jakimi formalnościami i trudnościami łączy się w Austrii umieszczenie obłąkanego w zakładzie dla chorób umysłowych, ten jest przekonany, iż nie łatwo jest zdrowego pozbawić wolności i umieścić w zakładzie, przeznaczonym dla chorób zmysłowych. Mimo tego na odezwę rzezoną odpisali kompetentni lekarze i wykazali, że nie było przypadków, w którychby zdrowych umieszczano w zakładach. W sprawie tej zabrał głos także i prof. Domański w Krakowie i w artykule umieszczonym w „*Czasie*“ przedstawił w sposób ogólnie zrozumiały, że choroby umysłowe niezem innym nie są, jak tylko pewną grupą chorób miejscowych, a ponieważ do rozpoznawania i leczenia chorób w ogólności w każdym państwie cywilizowanem powołani są tylko lekarze, tak samo również o chorobie umysłowej mogą oni rozstrzygać wyłącznie. Prof. Domański wykazał nadto, korzystając z nadesłanej sobie autobiografii pewnego człowieka, którego brat wysoki urzędnik, cieszący się poważaniem miał jakoby prześladować i pozbawić wolności w celu niby zagarnięcia jego majątku i który miał stanowić dowód, że w Austrii bywają przypadki zamknięcia osób zdrowych na umyśle w zakładach dla obłąkanych, iż ów człowiek dotknięty był typowym obłędem przedślawczym z halucynacjami i złudzeniami zmysłowymi. Odtąd ta sprawa ucichła zupełnie, a rząd mający na zawołanie kompetentnych lekarzy do porady, ani myślał o ustawie, która jakkolwiek byłaby może dogodna dla lekarzy, uwalniając ich od nieprzyjemnej odpowiedzialności, stanowiłaby niebezpieczny i do niczego dobrego nie prowadzący procedens decydowania przez laików w sprawach czysto lekarskich.

W ostatniej kadencji sejmu galicyjskiego było z wyboru sześciu posłów lekarzy, mianowicie: profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego dr. Jordan, Bernadzikowski, Bednarski, Jabłoński, Sakliński i dr. Olpiński; w ostatnich zaś wyborach, dokonanych we Wrześniu r. b. wyszło z liczby wyborczej tylko czterech lekarzy: dr. Jabłoński, burmistrz dr. Bednarski, lekarz powiatowy w Nowym Targu, dr. Mars, profesor uniwersytetu lwowskiego i dr. Wurst, lekarz powiatowy w Kałuszu. Wobec tego, że sejmy krajowe w Austrii mają dosyć znaczny zakres działania w sprawach lekarskich, ubolewać trzeba nad tak małą liczbą posłów

lekarzy w sejmie galicyjskim, przyczyny tego dopatrywać się należy w niepomyślnych stosunkach materyalnych lekarzy, które im nie pozwalają odrywać się od praktyki, tudzież w tem, iż lekarze w Galicyi z rzadkimi wyjątkami mało zajmują się sprawami publicznymi, co stanowi pewien kontrast z Warszawą oraz z Francją, gdzie w radach gminnych i departamentowych tudzież ciałach prawodawczych zasiada dużo lekarzy.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 Października 1901 roku.

—z— Program jubileuszu Virchowa następujący: 12 b. m. o g. 6 obiad dla Virchowa., jego rodziny oraz delegatów, o g. 8^{1/2} zebranie w pałacu posłów pod przewodnictwem Waldeyera.

Na jubileusz ten cały świat naukowy wysłał swoich przedstawicieli, aby jednemu z największych uczonych zeszłego stulecia złożyli hołd należny. Przyłączając się do hołdów, składanych jubilatowi życzymy, by w równie dobrem zdrowiu doczekał następnego pięciolecia.

—z— *Medycyna w Japonii.* Dr. K. J Ketchi podaje ciekawe dane o medycynie w Japonii: W chwili obecnej jest tam 2 wydziały lekarskie na uniwersytetach w Tokyo i Kio-to oddziały szkół wyższych w Chiba, Sendai, Okayama, Ishikawa, Nagasaki, prócz tego szkoły lekarskie są w Kioto, Ssuba i Aichi, a nadto naukę lekarską wykładają w Sai-sei Med. College i Charity Hosp. Med-Coll w Tobio. Na uniwersytetach kurs trwa 4 lata, kandydaci muszą przejść szkołę wyższą, oraz zdać egzamin konkursowy, za który płać 5 ruki (5 yenów), opłata za lekcye wynosi 30 yenów. Wychowañcy uniwersytetu, zaopatrzonego w laboratoria i wszystkie kliniki otrzymają stopień najwyższy igakuski, szkół wyższych tokugyoshi, prywatnych eishi. Obecnie w Japonii praktykuje 1514 igakuski, 2329 tokugysshii, i 10779 eishi, 94 lekarzy zagranicznych oraz 21940 lekarzy chińskich, konowatów i t. p.

—z— Komitet zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dra J. Mianowskiego podaje do wiadomości: że w dniu 17 Września 1901 r. w wykonaniu woli Jakóba Natansona, niegdyś profesora b. Szkoły Głównej, który testamentem, przed Rząd zatwierdzonym, przekazał Komitetowi Kasy fundusz wieczysty w tym celu, aby z procentów udzielane były co lat cztery dwie nagrody za dwie największej wartości prace naukowe w ciągu ostatnich lat czterech przez *mieszkańców* Królestwa Polskiego, w Królestwie *urodzonych*, dokonane i w języku polskim drukiem ogłoszone. jedna za najlepszą pracę w zakresie nauk ścisłych, a druga za taką pracę w zakresie nauk, społecznych, filozoficznych, prawnych

i historycznych lub tym podobnych, przyznał panu Stanisławowi Thuguttowi nagrodę za pracę z zakresu nauk ścisłych p. t. „O zeagonicie nowym produkcie wietrzenia nefelinu“ i panu Szymonowi Askenazemu za pracę z zakresu nauk humanistycznych p. t. „Przymierze polsko-pruskie“.

—z— Pisma codzienne donoszą, że katedrę kliniki chirurgicznej fakultetowej objąć ma ponownie prof. Kosiński, klinikę chirurgiczną szpit. prowadzić ma prof Maksimow, który zarazem pełni obowiązki lekarza naczelnego szpitala D-ka Jezus.

—z— Z powodu pogłosek o zniesieniu szkół dentystycznych i otwarciu instytutów, gdzie wymagano by takich samych kwalifikacyj jak w uniwersytecie Wracz (35) słusznie zaznacza, że najprościej było znieść szkoły, natomiast przy wydziałach lekarskich utworzyć katedry odpowiednie i zajęcia na praktykę dentystyczną oddać całkowicie w ręce lekarzom.

—z— Na dowcipny sposób popularyzacyi higieny wpadli lekarze w Buenos Ayres, drukując na pudełkach od zapalek i cygar przepisy jak się uchronić od zarażenia suchotami płucnymi.

—z— W Paryżu powstała myśl utworzenia muzeum historii medycyny.

—z— Według Wracza w Ameryce na 8 osobach dokonano badań nad febrą żółtą, zarazek wprowadzano za pośrednictwem komarów zarażonych uprzednio z tej liczby 2 osoby umarły, 3 są umierające, 2 w okresie wyzdrowienia. Doświadczenia tego rodzaju na ludziach, nieświadomych niebezpieczeństwa wywołać muszą w każdym protest, a prokuratora tamę im położyć winna.

—z— Według statystyki zebranej przez kol. Higiera na 1000 ludzi umiera 25—48 lat 11,8% od 45—60 lat 26, 1% śmiertelność ich wzrasta z wiekiem od 20—25 5,8% od 25—35 6; 7% od 35—45 14,9% od 45—55 21% od 55—60 34,2 od 65—100 112,4%.

—z— W celu wykrycia przyczyn panującego obecnie w Warszawie duru brzuszego nie obojętną będzie wiadomość, że w Moskwie również w tym czasie, jak donosi Wracz, panuje epidemia duru.

Zmarł d. 13 b. m. w Petersburgu prof. Marcelli Nenecki. Nekrolog zasłużonego Męża podamy w następnym zeszytcie.

Do bieżącego numeru dołącza się wydawnictwo Warszawskiego Tow. Akcyjnego handlu towarami aptecznymi, dawniej Zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn „Nowe Środki Lekarskie“.

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

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

Opuścił prasę i jest do nabycia u wydawcy

(**Warszawa, 29 Świętokrzyska**) i we wszystkich księgarniach

Kalendarz Lekarski na rok 1902

D-ra J. POLAKA

Treść: Ratownictwo. Otrucia (znacznie uzupełnione). Najwyższe dawki środków mocno działających. Zamiana wag. Porównanie ciepłoty według trzech termometrów. Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych i mięszewych, leków wprowadzanych do odbytncy, do cewki łącznicy i t. p. Stężenie roztworów do płukań. Dawkowanie leków do wcierań, do pędzłowań, wdmuchiwań. Rozpuszczalność różnych przetworów w wodzie, wyskoku i eterze, kąpiele lecznicze i t. p.

Podręcznik terapeutyczny z udziałem pierwszorzędnych powag lekarskich w Warszawie ułożony, ulepszony obecnie dokładnym przeglądem najnowszych leków (w październiku roku bież. zanotowanych w literaturze). Spis wydziałów i szkół lekarskich we wszystkich częściach świata. Metrologia znacznie ulepszona.

Najzupełniejszy spis alfabetyczny istniejących w Europie zdrojowisk i uzdrowisk z oznaczeniem głównych danych. Lista lekarzy i instytucji lekarskich w Warszawie (skład uniwersytetu urzędu lek., szpitali, lecznic), aptek i składów aptecznych i t. p. Lista lekarzy, szpitali i aptek na prowincyi (w Królestwie Polskiem).

Oprawa wykwintna ze sztucznej skóry, z notatnikami kwartalnymi, wkładanymi, z ołówkiem i gumą.

Cena egzemplarza—1 rb. 50 kop., wraz z przesyłką 1 rb. 70 kop. za zaliczeniem pocztowem.

Nabywający egzemplarz kalendarza mogą otrzymać (od autora) po cenie niższej (rb. 3 zamiast rb. 4 z przesyłką) „Nauka o szczęśliwości“ przez d-ra Polaka (str. 450 wielk. formatu na welinie patrz ogłoszenie w kalendarzu lekarskim).

KROWIANKA

OSPA OCHRONNA

W Instytucie szczepienia ospy Daniłowiczowska 8.


Dra TCHÓZRNICZKIEGO

Wodolecznica i Pensjonat

D-ra Kołaczekowskiego

w Szczawnicy

jedyny cały rok otwarte. Kuchnia wykwintna.

 **Ceny bardzo przystępne.** 