

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. PRZYPADEK

### Zapalenia krupowego łącznicy

uleczonego surowicą Behring'a.

Podał

**J. Strzemiński** (z Wilna).

Literatura polska nie posiada dotąd spostrzeżeń, dotyczących się przypadków błonicy i krupu łącznicy, leczonych surowicą, a które coraz częściej opisywane są we Francyi, Niemczech, Anglii i Włoszech. Z tego względu podaję niniejszy przypadek i czynię to tem skwapliwiej, że jest to pierwsze w Wilnie zapalenie krupowe łącznicy, leczone surowicą.

Dnia 31 stycznia r. b. zostałem wezwany do dziecka, które, jak mi powiedziano, od dnia poprzedniego chorowało na oczy. Dziecko ma półtora roku, jest zolzowate, lecz względnie dobrze odżywiane. Objawy ze strony oczu były następujące: Powieki górne, obrzmiałe i stwardniałe, o skórze błyszczącej i fioletowej, zaszuwały się na powieki dolne. Przy rozsuwaniu powiek okazywał się płyn mętny, różowy. Po odwróceniu powieki górnej, nieco utrudnionem wskutek stwardnienia, spostrzegano się na zaczerwienionej łącznicy gęsto leżące błony rzekome w postaci szarawych pasów i plam, które z trudnością dawały się zdejmować, obnażając łącznicę nabrzmiąłą i krwawiącą. Łącznica powieki dolnej była również zaczerwienioną i pokrytą błonami, lecz nieco

cieńszymi i w mniejszej ilości. Rogówka czysta. Łącznica gałki ocznej przekrwiona.

Objawy wymienione występowały w wyższym stopniu w oku lewym niż w prawym. Gorączki, ani też zapalenia gruczołów przyusznych nie było.

Rozpoznano: zapalenie krupowe łącznicy obustronne, w dość ciężkiej postaci. Ponieważ błonica oka jest w Wilnie nadzwyczajną rzadkością, nie myślałem, aby cierpienie zależało od zakażenia błoniczego, lecz przypuszczałem, że jest powikłaniem nieżytu chronicznego łącznicy, spotykałem u dzieci żółzowatych, wskutek czego poprzestałem początkowo na leczeniu miejscowym. Przemycaniem 0,02% roztworem sublimatu wydaląłem błony rzekome i następnie wcierałem w łącznicę maść P a g e n s t e c h e r'a. Stale, z małymi przerwami, były stosowane okłady zimne.

Nie widząc w ciągu kilku dni żadnego polepszenia, wziąłem dnia 3 lutego część błony rzekomej dla zbadania. Mikroskop wykazał wiele włóknika, w niewielkiej ilości komórki nabłonkowe, komórki ropne i koki nieokreślonego rodzaju. W drugiej części błony, wziętej do badania bakteriologicznego, okazały się w hodowli laseczniki L ö f f l e r'a w wielkiej ilości, obok paciorkowców (nielicznych), gronkowców i innych koków nieokreślonych, co też zostało stwierdzone przez kol. H e j d e n r e j c h a.

Wobec wyników badania, na naradzie z kol. S t e m b o postanowiliśmy wstrzyknąć surowicę, co zostało wykonane dnia 5 lutego (10 centym. sześć. B e h r i n g'a <sup>1)</sup> Nr. II).

Dnia następnego (6 lutego) oko prawe było wolne od błon rzekomych, w lewym była jedna, mała, w postaci plamy. Stwardnienie powiek górnych ustąpiło, obrzmienie było bardzo nieznaczne, zjawiała się wydzielina ropna. Żadnych powikłań wskutek wstrzyknięcia nie było.

Dnia 7 lutego nie zostało żadnych śladów nalotu ani też obrzmienia górnych powiek. Ropienie zwiększyło się. Zacząłem pędzlować łącznicę powiek 2% roztworem azotanu srebra, a w brzegi powiek, zaczerwienione i złuszczone, wcierałem maść P a g e n s t e c h e r'a.

W ciągu 2 dni następnych ropienie trwało w równej mierze, na trzeci znacznie się zmniejszyło. Dnia 14 lutego dziecko było najzupełniej zdrowe.

Zapalenie krupowe łącznicy spostrzegałem poprzednio od czasu do czasu w Wilnie, nie wiem jednakże o ile zależy ono od la-

<sup>1)</sup> Surowicy warszawskiej dotąd nie mamy w sprzedaży w Wilnie.

seczników Löffler'a, gdyż badania bakteryologiczne nie były przeprowadzone. Sądząc z objawów klinicznych (łagodny przebieg, ustępowanie dość szybkie przy stosowaniu leczenia miejscowego), przypuszczam że nie miały one związku z błonicą.

Skąd się wzięło zakażenie w opisanym przypadku nie mogłem się dowiedzieć, gdyż rodzice dziecka z rodzaju swego zajęcia cały dzień spędzali za domem. Miejscem, przez które zakażenie się dostało, było, prawdopodobnie, złuszczenie naskórka lub nieznaczne owrzodzenie na brzegu powieki, często spotykane u dzieci zółzowatych.

Do ostatnich czasów zapalenie łącznicy krupowe i błonice, różne, po większej części, co do przebiegu i rokowania, uważane były za dwie oddzielne choroby, mimo że spostrzegano czasem przejście jednej postaci w drugą. A. von Graefe, mieszkając w Berlinie, obfitującym w przypadki błonicy łącznicy, pierwszy dokładnie opisał to cierpienie. <sup>1)</sup> Krup łącznicy najwcześniej został zbadany w Francyi, w której dotąd często się spotyka, przez Buisson'a <sup>2)</sup> i Chassaigna'ca. <sup>3)</sup>

Bakteryologia zmieniła pogląd na dwa te cierpienia, wykazując, że większa część przypadków krupu łącznicy bywa wywołaną, również jak i błonica, przez laseczniki Klebs-Löffler'a co ma też miejsce dla innych błon śluzowych. Sourdille <sup>4)</sup> w znacznym stopniu przyczynił się do wyjaśnienia tej kwestyi. Zbadał on 6 przypadków zapalenia krupowego i błoniczego łącznicy i, po przeprowadzeniu hodowli, znalazł we wszystkich laseczniki Löffler'a, które w postaci krupowej istniały krótko i dla tego nie zawsze mogły być wykazane. We wszystkich przypadkach Sourdille znajdował obok laseczników inne drobnoustroje, mianowicie, gronkowca złocistego i białego, paciorkowca, i bliżej nieokreślone koki i diplokoki. Obecność paciorkowców jest najbardziej niebezpieczną. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że laseczniki Löffler'a dla wywołania zapalenia błoniczego musiały być wprowadzone głęboko w nacięcia łącznicy, przy udziale zaś paciorkowców dostatecznym jest zaniesienie ich do worka łącznicy. Sourdille wyjaśnił, że zgorzel rógówki następuje nie wskutek przerwania krwiobiegu w łącznicy, zaciśnię-

<sup>1)</sup> Archiv für Ophthalmologie, 1854, I B. 1 Ab., p. 168.

<sup>2)</sup> Compte rendu de la clinique chirurgicale, 1846. — Annales d'Oculistique, 1847, t. XVII, p. 100.

<sup>3)</sup> Ann. d'Ocul, 1847. t XVIII, p. 138.

<sup>4)</sup> Archives d'Ophthalmologie, decembre 1893, janvier et avril 1894.

tego przez wysięk błonicy, jak dotąd przypuszczano, ani też wskutek działania laseczników, lecz prawie zawsze dzięki paciorkowcom i gronkowcom, które dostają się na złuszczenie nabłonka rogówki, wywołane przez błony rzekome i wytwarzają w nich owrzodzenia. Zdanie to potwierdza Uthoff.<sup>1)</sup> Sourdille zauważył, podobnie jak to spostrzegano przy błonicy gardzieli, że jakość laseczników wpływa na przebieg choroby; największe wywołują najzłośliwszą postać.

Dowodząc tożsamości krupu i błonicy łącznicy pod względem bakteryologicznym, Sourdille oddziela te postaci kliniczne, gdyż po większej części, chociaż nie zawsze, różnią się one przebiegiem i rokowaniem.

Schirmer<sup>2)</sup>, opierając się na badaniu 8 przypadków charakterystycznego zapalenia krupowego łącznicy u dzieci, twierdzi, podobnie jak Sourdille, że cierpienie to jest lżejszym stopniem błonicy, co zależy od mniejszej złośliwości laseczników.

Jocqs<sup>3)</sup> poziela to zdanie, a różnicę objawów krupu i błonicy przypisuje współdziałaniu innych drobnoustrojów. Laseczniki Löffler'a same przez się mają wywoływać względnie lekką formę choroby, w połączeniu zaś z gronkowcami, a szczególnie paciorkowcami, złośliwą.

Badania bakteryologiczne wykazały jednakże, że nie każde zapalenie krupowe łącznicy wywołują laseczniki Löffler'a, może ono powstać pod wpływem innych drobnoustrojów, zwłaszcza paciorkowców, a także wskutek podrażnienia chemicznego.

Surowica przeciwbłonicy znalazła zastosowanie w cierpieniach oczu w październiku r. 1894. Pierwszy Coppez użył jej w Brukseli. Odtąd opisano 26 przypadków, leczonych surowicą; dla ich zestawienia korzystam w wiadomości, zawartych w pracach Coppez<sup>4)</sup> i Orlando Pes'a.<sup>5)</sup>

Z wymienionych 26 przypadków opisali: 7 Coppez<sup>6)</sup>, 4 Morax<sup>7)</sup>, 4 Orlando Pes<sup>8)</sup>, 2 Jessop<sup>9)</sup> i po jednym

1) Berliner Klin. Wochenschr. nr 34 i 35 r. 1894.

2) Graefe's Archiv. für Ophthalmologie, XL B. 5 Abth. 1894.

3) La clinique Ophthalmologique, juillet 1895.

4) H. Coppez fils et M. Funck: Statistique générale des cas de diphthérie oculaire traités par le sérum antitoxique (Archives d'Ophthalm., novembre 1895, p. 687).

5) Archiv. für Augenheilkunde XXXII B, I H., December 1895.

6) Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles 24 nov. 1894 i loc. cit.

7) Presse médicale, 11 mai 1895

8) Loc. cit.

9) Ophthalmological Society of the United Kingdom, 31 jan. 1895.

Hoppe <sup>1)</sup>, Lagrange <sup>2)</sup>, Dessaux <sup>3)</sup>, Baginsky <sup>4)</sup>, Recken <sup>5)</sup>, Gayet <sup>6)</sup>, Darier <sup>7)</sup>, Terson i Sourdille <sup>8)</sup> i Lantsheere <sup>9)</sup>.

W 4 z tych przypadków <sup>10)</sup> zapalenie łącznicy było wywołane nie przez laseczniki, lecz przez paciorkowce, wskutek czego surowica nie okazała żadnego działania. Mimo to, że przypadki te nie nadawały się do leczenia surowicą, J o c q s uważał za możliwe powołać się na 2 z pomiędzy nich, aby dowodzić szkodliwości surowicy <sup>11)</sup>.

Pozostaje więc 22 przypadki, które wywołane były przez laseczniki L ö f f l e r'a. W 20 surowica sprawiła szybkie uleczenie, w 2 nie wpłynęła na przebieg choroby, mianowicie w jednym z przypadków C o p p e z'a i w przypadku G a y e t'a. W pierwszym w chwili wstrzyknięcia surowicy, nie było prawie zupełnie laseczników, a tylko paciorkowce i gronkowce; dziecko umarło w 12 dni po wstrzyknięciu od ogólnego zakażenia przez paciorkowce. W przypadku G a y e t'a błony rzekome znikły dopiero w 10 dni po zastosowaniu surowicy, co się objaśnia silnem podrażnieniem od zbyt energicznego miejscowego leczenia (codziennie przyżeganie laseczką azotanu srebra). We wszystkich innych przypadkach wyleczenie nastąpiło bardzo szybko po wstrzyknięciu surowicy <sup>12)</sup>.

Do oddzielnej grupy od wymienionych należą 3 przypadki S m i d t - R i m p l e r'a <sup>13)</sup>, w których stosowano surowicę przeciw parazytom, będącej następstwem błonicy gardzieli. Zdaniem autora wyleczenie było prędsze, niż to się zwykle zdarza

1) Deutsche Med. Wocheschr., 21 März 1895.

2) Journal de médecine de Bordeaux 31 mars 1895.

3) Normandie médicale, janvier 1895.

4) Die Serumtherapie der Diphtherie. Berlin 1895, p. 122.

5) Centralbl. f. prakt. Augenheilk., august 1895.

6) Archives d'Ophtalm., mars 1895.

7) La clinique ophtalm., juin 1895.

8) Société d'Ophtalm. de Paris, 4 juin 1895.

9) Société médico-chirurgicale de Brabant, 5 mars 1895.

<sup>10)</sup> Jeden z przypadków Coppez'a, przypadki Darier'a, Terson'a i Sourdille'a i Lantsheere'a. W przypadku ostatnim było małe polepszenie. prawdopodobnie, niezależne od surowicy. W przypadku Coppez'a nastąpiło przedziurawienie rogówek i śmierć od ogólnego zakażenia przez paciorkowce.

<sup>11)</sup> Société d'Ophtalmologie de Paris, 2 juillet 1895.

<sup>12)</sup> Coppez pisze: „Les fausses membranes, sous l'effet de l'injection, semblent fondre comme un flocon de neige dans un rayon de soleil.”

<sup>13)</sup> Centralblatt für prakt. Augenheilk., December 1894.

Zestawienie przypadków, opisanych w literaturze, wykazuje, że surowica przeciwbłonicza znakomicie działa w cierpieniach oka, wywołanych przez laseczniki Löffler'a, lecz jest najzupełniej bezsilną w cierpieniach zależnych od innych drobnoustrojów. Wskutek tego w zapaleniach krupowych łącznicy, mogących pochodzić od różnych drobnoustrojów, należy stosować surowicę po dokonaniu badania bakteriologicznego, jeżeli takowe wykaże istnienie laseczników. Wprawdzie Schirmer wskazuje objawy kliniczne, mające odróżnić dwie te postaci zapalenia krupowego, są one jednak o tyle chwiejne, że nie podobna na nich opierać się; jedynie badanie bakteriologiczne może wątpliwość wyjaśnić. Pes radzi w każdym zapaleniu krupowym, bez względu na jego pochodzenie, stosować surowicę, gdyż w żadnym razie nie może ona szkodzić. Ponieważ jednak wielu autorów innego jest zdania i widziało rozmaite powikłania od surowicy, sądziłbym że przy zapaleniu krupowym łącznicy należy z niej korzystać tylko po stwierdzeniu pochodzenia lasecznikowego. Wówczas trzeba jak najprędzej stosować surowicę, gdyż lekkie na początku zapalenie łatwo może przejść w złośliwe i zagrozić rogowce. Ważną jest rzeczą uprzedzić tę ewentualność, bo wrzody rogowki, zależne od paciorkowców i gronkowców, nie ustępują działaniu surowicy. Przy wytworzeniu się wrzodu należy uciec się do miejscowych środków, używanych w tem cierpieniu.

Drugą przyczyną, zmuszającą do prędkiego zastosowania surowicy, jest niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia, jakkolwiek znacznie mniejsze niż w błonicy gardzieli.

Błonica oka, podobnie jak innych organów, jest zaraźliwą dla otaczających. Dla zabezpieczenia tych ostatnich od choroby Coppez radzi wstrzyknąć 1,5 cent. sześć. surowicy Behring'a. <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Po opisanii niniejszego dowiedziałem się jeszcze o 3 przypadkach błonicy łącznicy, leczonych surowicą, mianowicie jednym przypadku Coppez'a (Revue gen. d'Ophthalmologie décembre 1895) i dwóch Zewieckiego (Wracz nr. 7 i 8, 1896), co razem z moim przypadkiem stanowi ogółem 30 przypadków opisanych w literaturze

<sup>2)</sup> W ostatnim czasie Sevestre i Méry (Le Bulletin médical, 2 février 1896), na podstawie obszernego materiału w Hôpital des Enfants-Malades w Paryżu, wypowiadają zdanie, że w przypadkach, w których badanie wykazało wielką ilość paciorkowców, surowica wywoływała ciężkie ogólne objawy, które w przypadkach (7) autorów skończyły się wyzdrowieniem po 3—5 dniach. Surowica, ich zdaniem, powiększa złośliwość paciorkowców. Widzieliśmy, że w 2 przypadkach, wywołanych przez paciorkowce i leczonych surowicą nastąpiła po pewnym czasie śmierć od zakażenia paciorkowcowego (co stwierdziła sekcyja). Jakkolwiek Coppez nie widzi związku między zastosowaniem surowicy i śmiercią, jednak wobec spostrzeżeń Sevestre'a i Méry nasuwa się zmyśl o tym związku, która powinna skłonić do ostrożności w tym względzie, nim kwestya ostatecznie wyjaśniona nie będzie.

II. Fr. Neugebauer i M. Warszawski. <sup>1)</sup>

# Wynicowanie macicy

(Inversio uteri)

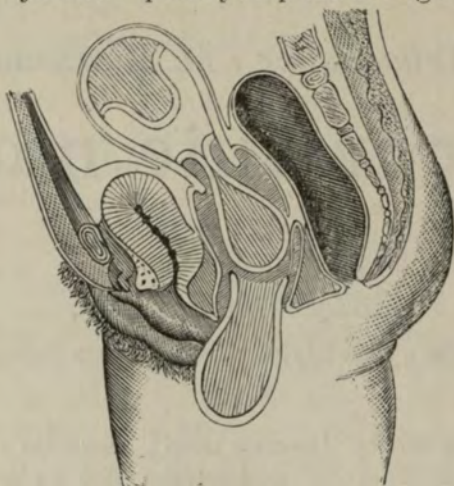
Odczyt kliniczny,

uzupełniony kazuistyką piśmiennictwa polskiego.

*Wynicowanie macicy* (Inversio uteri), powstaje skutkiem działania siły mechanicznej na wewnętrzną albo na zewnętrzną powierzchnię trzonu macicy. Rozróżniano dawniej całkowite i częściowe wynicowanie. Częściowemi nazywano wklęsnięcia ściany macicy (impressions) przeważnie w okolicy samego dna, oraz każde wynicowanie, przy którym dno macicy sięgało tylko do szyi macicznej, nie zaś po za otwór zewnętrzny colli uteri; skoro wynicowane dno macicy było widocznem in vagina, nazwano ten stopień wynicowania „całkowitem.” Jeśli dno macicy wynicowanej sterczało na zewnątrz pochwy czyli in vulva, nazwano stan ten „prolapsus uteri inversi” czyli „inversio uteri cum prolapsu.” Sensu strictiori wynicowanie całkowite czyli całej macicy jest faktem nader rzadkim, ponieważ całkowitem wynicowanie macicy może być wtenczas, jeżeli nietylko trzon, lecz i szyja będą wynicowane — przypadek taki zdaje się istnieje w spostrzeżeniu niedawno przez prof. Schautę opisanem; wypadaloby więc mówić o całkowitem lub częściowem wynicowaniu trzonu macicy, ewentualnie z udziałem górnego odcinka szyi. Dla lekarza praktyka bezwarunkowo racjonalniejszym będzie podział na wynicowanie macicy do wewnątrz szyi (inversio intracervicalis) i do wewnątrz pochwy (śródpochwowe, intravaginalis). Początkowym objawem byłoby częściowe wynicowanie czyli wklęsnięcie ściany trzonu macicy, najwyższym zaś stopniem wynicowania — prolapsus uteri inversi.

<sup>1)</sup> Część pierwsza należy do Fr. Neugebauera, druga (kazuistyka) do M. Warszawskiego.

Na rysunku 1-ym zestawione są wszystkie stopnie wynicowania, podług rysunków podanych przez Beigel'a.



(Rysunek 1-szy).

Wynicowanie może być pochodzenia połogowego ( $\frac{9}{10}$  wszystkich wypadków) lub też może być spowodowane niezależnie od położu przez nowotwory. Ta częstość wynicowania poporodowego zależy głównie od stopnia wykształcenia fachowego personelu akuszerskiego: lekarza, akuszerki i babki; babki dostarczają lekarzom największy procent wynicowań akuszerskich. Stosunek wynicowań porodowych do nieporodowych, jest podług Crosse'go 1:8, podług zaś moich obliczeń, równa się 1:10.

Podczas gdy, na przykład, na 190,000 porodów w Rotunda Hospital w Dublinie zanotowano tylko 1 przypadek wynicowania macicy, podczas gdy w Instytucie położniczym w Petersburgu, przez lat 48, nie widziano ani jednego przypadku, podczas gdy Depaul w przeciągu 18 lat, widział 2 tylko przypadki, Horwitz w całej swojej praktyce tylko jeden jedyny, — L. Neugebauer leczył 5 pacjentek tego rodzaju, Rein w Kijowie w krótkim czasie widział 3, a poprzednik jego Matwiejeff 4; u nas, szczególnie zaś w Rosyi, wynicowanie porodowe macicy nie należy bynajmniej do faktów tak rzadkich, jak na zachodzie Europy.

Godnym zastanowienia jest fakt znalezienia na trupach kobiet, zmarłych w czasie położu, wynicowania macicy, wskutek gnicia. W tych razach macica ulega wynicowaniu, skutkiem wytwarzania się i ucisku gazów w jamie brzusznej powstałych, respective w kiszkiach; mechanizm tego wynicowania podobny jest do mechanizmu porodów pośmiertnych („Sarggeburt“). Kaltenbachowi udało się w sądzie, dzięki temu faktowi, uwolnić



od odpowiedzialności akuszerkę, skazaną w pierwszej instancji za nieumiejętne postępowanie przy porodzie. Zarzucano jej, że wycinowała macicę przy wyjmowaniu łożyska. Akuszerka po porodzie dziecka, wobec silnego krwotoku, wezwała lekarza, który dwukrotnie wprowadził rękę i przedramię po sam łokieć do pochwy i jamy macicznej (w jakim celu)? Chora wkrótce zmarła. Po kilku tygodniach rodzina oskarżyła akuszerkę o nieumiejętne postępowanie. Przy exhumacji znaleziono macicę całkowicie wycinowaną. Atoli prof. Kaltenbach w danym przypadku dowiódł, że chora zmarła wskutek silnej utraty krwi, że akuszerka żadnego błędu nie popełniła i że wycinowanie było zjawiskiem pośmiertnym, ponieważ lekarz, po odejściu łożyska wezwany, był w stanie ramię swoje aż po sam łokieć wprowadzić do pochwy, ergo wycinowanie podówczas stanowczo nie istniało.

Według Meyer'a już Hippokrates wspomina o wycinowaniu porodowym macicy (Editio Foessii p. 656 de morbis mulierum: „ἐκτρέπεται τὸ σπύμα τῶν μητρῶν διὰ τοῦ ἀδύχηνος.” Ja osobiście nie podzielałam tego zdania i zdaje mi się rzeczą prawdopodobniejszą, że opis powyższy dotyczy descensus s. prolapsus uteri, przy którym usta maciczne stają się widocznymi w otworze pochwy i sromu, w owych czasach szyją maciczną nazywano ogólnie pochwą, nie zaś cervicem uteri według naszej nomenklatury.

Aretaeusz również pisze o wycinowaniu, Galen zaś przyczyny wycinowania upatruje w zbyt energicznym działaniu skurczów porodowych. Paré, Mauriceau, Levret opisują wycinowanie, a Baudelocque ostrzega rodzącą przed zbyt silnym nateżaniem tłoczni brzusznej.

Piśmiennictwo danej kwestyi posiada prawie do tysiąca oddzielnych spostrzeń wycinowania macicy. Do najobszerniej przedmiot traktujących należą prace: Fries'a (1804), Bockendahl'a (1850), Betschler'a (1862), W. A. Freud'a (1870), Henniga (1875), Denuce'go (1883), L. A. Neugebauer'a (1886), Meyer'a (1889) i Szuwarskiego (1892).

Spis piśmiennictwa dawniejszego podają: B. S. Schultze (Lageveränderungen des Uterus) i L. A. Neugebauer („Przypadek pomyślnego wyleczenia wycinowania przewlekłego macicy.” Medycyna tom 14, Warszawa 1886, Nr. 2 — 7); nowszego zaś: Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886), Mayer (Żurnał akuszerstwa i t. d. 1880) oraz Szuwarski (Protokoły akusz.-ginek. Obszczestwa w Kijewie 1892). Kazyistyka ostatnich lat (od roku 1886) najlepiej streszczona w czasopiśmie Frommela Jahresbericht: „über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburts-

hilfe u. Gynäcologie." Wyczerpującej monografii o wycicowaniu macicy do dziś dnia nie posiadamy.

Po ogólnym tym przeglądzie przystąpię do rozpatrzenia poszczególnych postaci wycicowań. Zacznę od wycicowań pochodzenia porodowego.

### I. Wycicowanie macicy porodowe.

Wycicowanie macicy sub partu, może powstać nagle lub też powoli w postaci przewlekłej. Usposobienie do wycicowania macicy powstaje przy rozszerzeniu jamy macicy, wskutek braku należytych skurczów, częściowego lub ogólnego zwiótczenia ścian macicy, ścięnięcia przy znacznym rozciągnięciu, zaniku ściany, wreszcie różnych stanów chorobowych. W tych warunkach każda siła, działająca czy to od góry, czy to od dołu, czy od strony jamy brzusznej, czy od strony jamy macicznej, może spowodować wycicowanie miękiego, wiotkiego narządu. Wycicowanie spotyka się przeważnie u wieloródek o siłach wyczerpanych, z dawniejszymi uszkodzeniami dróg porodowych, z ogólnym wyczerpaniem sił, lecz zdarzają się wyjątkowo wycicowania i u pierwiastek, a nawet po porodach przedwczesnych i poronieniach, co zresztą jest łatwym do zrozumienia wobec działania tych samych sił mechanicznych. Spostrzegano przypadki, gdzie jedna i ta sama kobieta przechodziła wycicowanie macicy przy kilku porodach (*Inversio uteri puerperalis habitualis*. (Kühlbrand, Crossé, Braun).

Przy wycicowaniu wyższego stopnia ściana macicy, zwrócona ku jamie macicznej, przyjmuje kształt lejka, z otworem ku jamie brzusznej. W lejku tym znajdujemy wewnętrzne końce więzów szerokich i obłych, wewnętrzne końce jajowodów, oraz więzy jajnikowe, rzadziej całe jajowody i jajniki. Zwykle pętlice kiszki i sieć znajdujemy tylko u brzegów lejka; rzadziej pojedyncze części pętlic kiszki, oraz części sieci mieszczą się w otworze lejka; prawie wyłącznie zdarza się to tylko w przypadkach świeżego wycicowania, gdzie nawet pęcherz moczowy raz znaleziono w lejku. Zależnie od stopnia rozwoju spraw zapalnych wtórnych, wskutek przekrwienia, wywołanego przez uwięźnięcie wycicowanego dna macicy w obrączce cerwikalnej, znajdowano zrosty, sklejenia, a w rzadkich przypadkach nawet i zupełne zarosnięcie światła lejka wskutek sklejenia stykających się z sobą powierzchni otrzewny. W tych razach jajowody wciągnięte do lejka zachowywały zupełną drożność, lub też zarastały, co pociągało za sobą cały szereg następstw. Zamknięcie światła z jednej

strony udaremniało nieraz zabiegi odprowadzenia, z drugiej strony umożliwiało amputację wycicowanej macicy bez utworzenia jamy brzusznej. Fakt, że w bardzo znacznej ilości przypadków przewlekłego wycicowania jeszcze po 5, 10, 20, 30, 40 latach udało się sztuczne odprowadzenie dna wycicowanej macicy na miejsce właściwe, dowodzi, jak rzadkimi są mocne i szerokie zrosty wtórne, które ewentualnie mogą nie tylko udaremnić wszelkie usiłowania sztucznego wprowadzenia, ale nawet powodować podczas takich usiłowań śmiertelne rozerwania, krwotoki, zapalenia i śmierć. W przewlekłym wycicowaniu znajdujemy najróżnorodniejsze zmiany wtórne błony śluzowej wycicowanej macicy, poczynając od przekrwienia i stanu zapalnego, krwawień, złośliwego zwyrodnienia błony, aż do zaniku zupełnego błony, która może przyjąć charakter naskórka, z utratą gruczołów etc., stając się suchą i twardą jak pergamin. Macica wycicowana z początku soczysta i mięka (przekrwiona) z czasem może się stać twardą jak fibroid, bladą i t. d., w miarę zaniku, szczególnie u kobiet wiekowych i po utracie miesiączki. Innym razem błona śluzowa jest siedzibą rozległych i głębokich owrzodzeń, co łatwo zrozumieć, szczególnie jeśli dno macicy wystaje z otworu sromnego, trze się o uda, odzież i t. d., a tem bardziej przy braku czystości ze strony chorej.

Przy świeżem wycicowaniu macica wygląda jak guz wielkości pięści, główki noworodka, ciemno-czerwony, łatwo krwawący przy urazie, a nawet bez niego, miękiej konsystencji i wilgotnej ciepłej powierzchni, czasami lepkiej. Po upływie pewnego czasu wielkość guza zmniejsza się do wielkości kurzego jaja i mniejszej skutkiem zaniku. Uderzającym jest kontrast pomiędzy ciemno-czerwoną barwą, wycicowanej macicy, a białością błony śluzowej pochwy, oraz ogólną anemią chorej, wycieńczonej skutkiem nieustannych i obfitych krwotoków.

Punktem środkowym wycicowania w przeważnej ilości przypadków jest miejsce przyklejenia łożyska (*locus placentaris*), rzadziej dno; jeszcze rzadziej zdarzają się wypuklenia bocznych ścian macicy.

Główne niebezpieczeństwo przy świeżem wycicowaniu tkwi w utracie krwi; krwotoki mogą w krótkim bardzo czasie spowodować śmierć, lub też dają początek długotrwałej chorobie, anemii i wycieńczeniu najwyższego stopnia; dalej grozi rozkład, gnicie, sprawy zakaźne, nareszcie szok odgrywa poważną rolę. Chore mało użalają się na bóle, i t. d., a w przewlekłych przypadkach czasami chore dotknięte wycicowaniem, żadnej dolegliwości prócz upławów nie doznają.

Wynicowanie macicy porodowe może nastąpić powoli, bez jakichkolwiek objawów; są to jednak przypadki bardzo rzadkie, zwykle dno macicy wynicowanej rodzi się (*sit venia verbo*) z nagłym krwotokiem, bólami, utratą przytomności, zapaścią. Wynicowanie może nastąpić nagle, lub też rozwinąć się powoli, stopniowo, a często zjawia się dopiero w kilka dni po porodzie przy kaszlu, przy utrudnionem oddawaniu stolca lub moczu. W przypadkach dosyć częstych, gdzie wynicowanie nastąpiło przed odklejeniem się łożyska, czasami krwawienia wcale nie było, zwykle zaś krwotok jest najwybitniejszym objawem. Krwawienia wzmagają się jeszcze po odklejeniu łożyska, są bardzo uporczywe, raz zatrzymane pojawiają się bez jawnej przyczyny na nowo i doprowadzają chorą do wyglądu tak charakterystycznego („*wachsbleichess Aussehen*”), że lekarz już na pierwszy rzut oka podejrzewa, czy nie było przy porodzie wynicowania macicy, *placenta praevia*, *haematocele retrouterinum* lub myomatów, nim przystąpi do badania.

Crosse podał wymiary guza przy wynicowaniu macicy świeżem: 4-go dnia na  $5\frac{1}{2}$  cali długości, 12 cali obwodu, 16-go zaś dnia na  $3\frac{1}{2}$  długości, 8 cali obwodu.

W niektórych razach przy braku leczenia występowało obumarcie uwięzgniętego narządu, i na tej drodze samo wyleczenie; w innych razach spowodowało to zakażenie ogólne i śmierć z posocznicy i wycieńczenia.

Nagłemu wynicowaniu często towarzyszy wstrząs, podług v. Winckela, wywołany na drodze odruchu skutkiem urazu narządów jamy brzusznej, obfitujących w sploty nerwu spółczulnego; występuje wtedy niedomoga serca podobnie jak przy tak zwanym „*klopfversuch*” Goltza u żaby. Jako dowód v. Winckel przytacza spostrzeżenie Merriman'a, gdzie rodząca zmarła po 16 godzinach, bez omdlenia, bez deliry, bez krwotoku, bez jakiegokolwiek okrzyku, podczas gdy tętno już od dłuższego czasu było niewyczuwalne. Podług Olshausen'a, przyczyną nagłej śmierci przy wynicowaniu porodowem macicy ma być zator powietrzny.

Co do rozpoznania w przypadkach świeżego wynicowania, prócz objawów już wyliczonych najważniejszym jest przy obmacywaniu brzucha brak dna macicy w tem miejscu, gdzie powinno się znajdować, równocześnie z istnieniem wyżej wymienionego guza poniżej szyi macicznej, czyli w pochwie lub w otworze sromnym. Na miejscu, gdzie powinniśmy znaleźć dno macicy, nic nie znajdujemy, a cokolwiek poniżej przy wejściu do miednicy większej można wyczuć obecność lejkowatego zagłębienia. Dokładniej

badając dwuręcznie, przez ścianę brzuszną i pochwę, lub też kiskę stolcową rozpoznajemy wklęsnięcie dna macicy ku szyjce jej oraz pochwie. W przypadkach przewlekłych dla ścisłego rozpoznania niekiedy niezbędny jest chloroform.

Zgłębnik również daje cenne wskazówki dla rozpoznania różniczkowego z nowotworami macicy. Z jego pomocą możemy okrążyć dokoła wycicowane dno macicy, nie wchodząc głębiej niż na 1 do kilku centymetrów do rowka, otaczającego wycicowane dno uteri; na przodzie zwykle zgłębnik wchodzi nieco głębiej niż z tyłu, gdyż obszar bezpośredniego zetknięcia szyi macicznej z pęcherzem moczowym sięga wyżej w kierunku pionowym, niż obszar zetknięcia z odbytnicą, czyli że przednia ściana szyi stawia większy opór wycicowaniu niż tylna, tembardziej że excavatio rectouterina cavi peritonei sięga znacznie niżej niż excavatio vesicouterina, a więc tylna ściana szyjki jest nie tak ściśle unieruchomiona jak przednia. Wypada dalej ściśle zdać sobie sprawę ze stosunku otaczających guz ust macicznych do samego guza i dla ułatwienia rozpoznania to pociągać guz ku dołowi, to posuwać go ku górze pod kontrolą palca.

Najważniejszą kwestyą jest rozróżnienie wycicowania od polipów macicznych, oraz rozpoznanie istniejącego wskutek obecności polipa częściowego wycicowania ścian macicznych, gdyż pomyłki pod tym względem już nieraz były przyczyną śmierci chorej, jeśli lekarz w mniemaniu że przecina szypułę fibroidu, polipa i t. d., zrobił otwór w ścianie macicy i utworzył bezwiednie jamę otrzewny. W warszawskim muzeum prof. Brodowskiego istnieje tego rodzaju preparat, — operacya ta (extirpatio polypi) ptzez kol. Głiszczyskiego dokonana, miała nieszczęśliwe zejście, gdyż odcięto część ściany macicy. Pozzi (de la valeur de l'hysterotomie, Paris 1875 pg. 75) podług Hegara zestawil 20 przypadków, gdzie po większej części wskutek pomyłki w rozpoznaniu, wycięto wycicowaną częściowo przez fibroid macicę.

Przypadki tego rodzaju w dawniejszej kazuistyce były częste, ale i dziś się zdarzają. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na wrażliwość macicy wycicowanej na lechtanie („beim Kratzen”). Ja zaś z mojej strony radzę w celu rozpoznawczym, odszukać ujścia jajowodów; nieraz bez wielkiego wysiłku udaje się wprowadzić dwa zgłębniki do światła jajowodów.

Najczęściej daje powód do nagłego wycicowania macicy pociąganie za sznurek pępkowy; niektórzy specjaliści nie uznają tego. Z tej właśnie przyczyny wycicowanie porodowe rzadziej się napotyka w Niemczech niż we Francyi, gdzie—jeszcze w roku 1884 sam miałem sposobność przekonać się o tem w Paryżu —

ex cathedra zalecają pociąganie za sznurek pępkowy w celu wydobycia łożyska. Nie dziw więc, że wycicowanie macicy najczęściej się zdarza w okresie wydalania łożyska. Wycicowanie może się zdarzyć również podczas samego porodu resp. przy wyciąganiu płodu, jeżeli sznurek pępkowy jest bardzo krótki, lub względnie za krótki, np. przy kilkakrotnem owinięciu płodu pępowiną.

W przypadku, opisanym przez D a i l l e z'a, sznurek pępkowy był 2 razy dokoła szyi okręcony, 3 razy dokoła nóg i raz dokoła barków.

Następnie wycicowanie może powstać przy nagłych porodach, również na mocy prawa „horror vacui” w przypadkach, kiedy ostatnia część płodu już zstąpiła głęboko do pochwy i tam się zatrzymała przez pewien czas, wtedy ciśnienie wewnątrzbrzuszne może spowodować wycicowanie ścianki. Również pociąganie za sznurek pępkowy, i zewnętrzny ucisk na macicę może spowodować wycicowanie, a więc siła pociągająca ku dołowi i siła ucisku z góry.

Następnie zbyt mocne napieranie tłoczni brzusznej podczas porodu może dać powód do wycicowania, każdy wreszcie skurcz tłoczni brzusznej przy oddawaniu kału, moczu, przy kaszlu może również spowodować wycicowanie, jeżeli macica jest wiotka, osłabiona; dobrze skurczona macica nigdy nie podlega wycicowaniu. Podejrzewano również, że nierównomierne skurcze macicy, porażenia miejsca przyczepu łożyska przy wiotkiej szyjce, mogą być przyczyną omawianego cierpienia.

Do wycicowania, które stopniowo powstaje w okresie poporodowym, przyczynia się w bardzo znacznym stopniu niezupełny powrót do stanu prawidłowego miejsca osady łożyska oraz pozostałe w macicy resztki łożyska (polypus placentaris). Wycicowanie porodowe może stać się nałogowem (B r a u n), t. j. może się kilkakrotnie powtórzyć u tej samej kobiety przy następnych porodach (K ü h l e b r a n d i C r o s s e). Leczenie daje stosunkowo dobre wyniki. C r o s s e podaje (1847 r.) na 109 przypadków 80 zejść śmiertelnych, z tych w 72 przypadkach śmierć nastąpiła już po kilku godzinach. V. W i n c k e l oblicza na mocy 12 przypadków z ogólnej liczby 54 nowych przypadków, do roku 1866, śmiertelność na 25,2%. Najłatwiej się udaje natychmiastowe odprowadzenie, lecz niestety, nie zawsze (K o c k s); niektórzy radzą niezwłocznie przystąpić do odprowadzenia wycicowanej macicy, kiedy łożysko jeszcze mocno przyrośnięte, lecz większa część odkleja w pierw łożysko, a następnie przystępuje do operacji, poczem

tamponują i stosują gorące wstrzykiwania, sporysz, worek z piaskiem, masaż etc.

Im dłużej trwa wyciowanie, tem mniejsze niebezpieczeństwo dla kobiety; istnieje nawet opis przestarzałych przypadków, w których wszystkie objawy dokuczliwe z czasem zupełnie znikaly. Z drugiej znowu strony, im dłużej istnieje wyciowanie, tem staje się trudniejszym odprowadzenie, a czasami nawet staje niemożliwym wskutek zrostów wtórnych. Po większej części odprowadzenie udawało się przy zachowaniu odpowiedniej cierpliwości (!) ze strony lekarza i chorej jeszcze po kilku i kilkudziesięciu latach, a nawet po 20, 30, 40-letniem istnieniu. Dawniejsza kazuistyka obfituje w przestarzałe wyciowania.

Wyciowanie porodowe, ma się rozumieć, jest właściwe pewnemu wiekowi; wyciowania zaś, spowodowane przez guzy, nie zależy od wieku, jak tego uczy przypadek, obserwowany przez profesora S c h a u t a u 78-letniej kobiety, gdzie wyciowanie powstało w późnym wieku.

*Leczenie* świeżo powstałego wyciowania porodowego, obok leczenia objawowego, polega na powstrzymaniu krwotoku. Naturalnie na pierwszym planie stoi odprowadzenie organu wyciowanego. K o c k s, zmuszony był w celu powstrzymania olbrzymiego krwotoku przewiązać macicę tasiemką, na razie od fartucha akuszarki urwaną, którą zdjął po 6 godzinach; potem dopiero z łatwością udało się odprowadzić macicę. Niektórzy przy niczem nie dającym się powstrzymać krwotoku, zalecali obmywanie powierzchni krwawiącej gąbką zmoczoną w chloroformie; zawsze jednak dążyć należy do odprowadzenia macicy, jest to najważniejszem wskazaniem przyczynowem. Odcięcie macicy powinno zawsze stanowić ultimum refugium, i w nowszych czasach, podług mego zdania, nie słusznie bywa stosowane i przypisać to należy chyba brakowi wytrwałości. Panujący jeszcze furor operativus stoi na przeszkodzie zasadom leczenia konserwatywnego.

W przypadkach świeżego wyciowania obejmujemy trzon macicy całą dłonią, unosimy go ku górze pochwy, i ścisnąwszy dłonią, staramy się wprowadzić przez ujście macicy w ten sposób, ażeby wepchnąć przedewszystkiem części obwodowe, przylegające do ujścia macicy, wtedy bardzo często za jednym szybkim popchnięciem znowu wraca do prawidłowego stanu, jeśli większa część trzonu jest już w szyi macicznej. Gorąco mogą polecić odprowadzanie macicy w położeniu kolano-łokciowem. Jeżeli wyprostowanie się udało, to należy przez kilka godzin kontrolować macicę i ewentualnie wytamponować jamę watą, gazą, kolpeuryntem etc., aby zapobiedz ponownemu wyciowaniu. Należy usunąć,

jeśli trzeba, kaszel etc., wypuszczać mocza za pomocą cewnika i dbać o wypróżnienia.

Leczenie wycisowania macicy przewlekłego, trwającego tygodnie, miesiące a nawet całe lata, bywa rozmaite, połączone z mniejszem lub większem niebezpieczeństwem, zależnie od znajomości rzeczy i cierpliwości lekarza i od czasu, poświęconego przez obie strony. Nóż działa w tych razach szybko, kolpeurynter wolniej. Nóż kraje, kolpeurynter—nie. Każdy lekarz u własnej żony chętniej uciekłby się do kolpeurynteru, jakim więc prawem wielu stosuje u kobiet innych nóż amputacyjny?

Dawniejsze leczenie wycisowania polegało na stosowaniu zimnych i gorących oblewań, przemywań (Löffler, Martin, Hamon jeszcze w bieżącym stuleciu do 1853, 1854 roku), nakazań, środków ściągających etc., następnie próbowano ręcznego odprowadzania macicy (Valentin, Hugh, Müller, Barrier, Canney, Quakenbush, Windsor, Noegerrath, Th. A. Emmet, Marion Sims, Courty, Greenhalgh, J. H. Tait, Watts, Wallace. Sposoby działania były przytem różnorodne: jedni starali się rozszerzyć przeważnie obrączkę ściągającą, drudzy z wysiłkiem pchali dno macicy ku górze w kierunku osi miednicy; inni znowu zaczynali od bocznego ucisku. Denucé odróżniał „odprowadzanie (taxis) centralne, pereferyczne i boczne.” Emmet kierował główny ucisk początkowo na rowek obrączki ściągającej, a następnie popychał macicę ku górze, Sims i Noegerrath uciskali nie na dno macicy, lecz na miejsca wylotu jajowodów. W celu ułatwienia wyprostowania Sims robił cięcie podłużne na obrączce uciskającej, inni robili podłużne nacięcia na wycisowanej macicy, aby przez upust krwi zmniejszyć jej objętość. Schröder za pomocą 4 kulociągów ściągał usta macicy ku dołowi i jednocześnie ręką popychał dno ku górze; to samo czynił Freund, ściągając ku dołowi ujście macicy za pomocą 4 jedwabnych sznurków. Courty odprowadzał obiema rękami, unieruchomiwszy przez odbytnicę uciskającą szyję macicy. W tymże celu Tait wprowadzał oba wskaziele: jeden do odbytnicy, a drugi przez cewkę do pęcherza i jednocześnie obydwojma grubymi palcami wpychał dno macicy. Watts wprowadzał przez odbytnicę 2 palce (drugi i trzeci) prawej ręki do lejka wycisowanego, a lewą ręką pchał dno ku górze. Wyprostowanie ręczne, nawet pod narkozą stosowane, często zawodziło, ponieważ ucisk robiony ku górze w kierunku niewłaściwym, t. j. nie



wzdłuż osi miednicy, lecz na oślep ku górze. Często zdarzały się najcięższe, śmiertelne nawet uszkodzenia po forsownie dokonanych wyprostowaniach (K r ü g e r). (C. d. n.).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby krtani, gardła, nosa i uszu.

80. Lermoyez i Helme. O aseptyce w otiatrii, ryno i laryngologii. (*De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie. Ann. de mal. de l'oreille. etc. 6—1895*).

Górny odcinek dróg oddechowych stanowi jakby dalszy ciąg dla przenikania świata zewnętrznego do organizmu. Nic więc dziwnego, że w stanach normalnych znajdujemy tam mnóstwo saprofitów, a także i pasorzytów chorobotwórczych.

Dostają się one tam albo z powietrzem, albo z pokarmami, wreszcie przez dotykanie palcami etc.

Wobec tego — o antyseptyce tych miejsc — (zwłaszcza jam nosowych) w ścisłym znaczeniu tego słowa i mowy być nie może — może ona być tylko względną — nigdy zaś absolutną. Cóż więc nam przy naszych rękoczynach chirurgicznych w tych okolicach pozostaje? Aseptyka — i tą właśnie niesłychanie ważną kwestyą zajęli się w powyższym artykule autorzy — znani już ze swoich w tym kierunku badań o bakteryo-bójczych własnościach śluzu nosowego etc.). Autorzy rozbiegają kolejno:

1) *Dezynfekcyę lekarza* podczas badania i operacyi, o której od razu mówią, że jest illuzoryczną, po prostu niemożliwą. Dość zwrócić uwagę, że rękoczyny w naszej specjalności odbywają się w większości przypadków w gabinecie, gdzie o stosownem ubraniu (jak np. do laparotomii) i mowy być nie może. Z tem wszystkim możemy i powinniśmy postępować tak, jak bakterjologowie przy swoich badaniach, t. j. nie dopuścić infekcyi do pola operacyjnego, przez używanie narzędzi sterylizowanych. Tyczy się to również i palca operatora, wprowadzonego do jamy noso-gardzielowej, w celu rozpoznania np. wyrosli adenoidalnych. Nie zachowanie tych ostrożności — niejednokrotnie było powodem bardzo nieprzyjemnych następstw (ropne zapalenie ucha średniego — z zajęciem komórek sułkowych — trepanacyą etc.).

2) *Dezynfekcyę chorego*. Jest ona już możliwszą; przynajmniej odnośnie do ucha — zupełnie wystarcza trzymanie się prze-

pisów Zaufal'a, jakie autor ten stosuje przy operacjach na błonie bębenkowej: za pomocą pędzelka mydli przewód zewnętrzny ucha, następnie oczyszcza go alkoholem absolutnym, wreszcie wpuszcza do ucha stężony roztwór antyseptyczny np. 1:500 sublimatu. Również i wlewania do ucha 5% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie — na kilka dni przed operacją — bywa skutecznem.

Większe są natomiast trudności przy dezynfekcyi jam nosowych i nosogardzielowej.

Autorzy są zdania, że co się tyczy nosa, skąd inąd zdrowego, to dezynfekcyja tu jest bezcelową, gdyż organ ten, mianowicie jego śluz posiada samprzez się własności bakteryobójcze. Nie zalecają więc przed niektórymi operacyami np. *cristae septi* etc. przestrzykiwać jam nosowych.

Inna jest natomiast kwestyja, gdy się ma do czynienia z jamą nosową, wypełnioną śluzoropną zawartością. W tych razach przestrzykiwanie przedoperacyjne jest niezbędne, jakkolwiek nie należy mu przypisywać zbyt wielkiego znaczenia dezynfekcyjnego, a to z następujących powodów: 1) nigdy nie dosiegamy za pomocą przemywań, czy pulweryzacyi etc. ważniejszych punktów w nosie (przewody, otwory komunikacyjne etc.), gdzie przedewszystkiem umiejscawia się sprawa chorobowa. 2) wodne roztwory, używane zwykle w tych razach—jak to dowiódł Zarnika, nie dosięgają bakteryi pokrytych śluzem. 3) roztwory antyseptyczne z powodu zbyt krótkiego działania powinnyby być w takim stężeniu, że niszczyłyby błonę śluzową.

Autorzy do przestrzykiwań nie używają ani roztworów kwasu borowego, których własności antyseptyczne równają się 0, ani roztworów słabych (1:10,000) sublimatu, źle wpływających na błonę śluzową, ani 1:200 kwasu karbolowego, warunkującego anosmię — lecz roztwór 1:1000 *phéno-saloli*.

Rp.	<i>Phéno-saloli</i>	1,0
	<i>Natri chlorati</i>	6,0
	<i>Aquae font.</i>	1000,0

Chlorek sodu uprzedza imbibicyę i nekrozę następczą nabłonka nosowego.

Następczo jednak większą przywiązują wagę w celu otrzymania względnej aseptyki nosa—do proszków antyseptycznych (*aristol.*, *iodol.*), wdmuchiwanym na kilka dni przed operacją. Powstrzymują one wydzielanie się śluzu i niszczą częścią pośrednio—częścią bezpośrednio pasorzyty.

Podobnie jak w nosie tak i w gardle i w krtani aseptyka w ścisłem znaczeniu tego słowa jest niemożliwą.

Tym sposobem przy operacjach w tych okolicach pozostają nam przedewszystkiem dwie kapitalne rzeczy, t. j. wyjałowienie narzędzi i materyałów opatrunkowych.

Co się tyczy sterylizacyi instrumentów metalowych, to autorzy, rozebrawszy krytycznie wszystkie rodzaje (*para* etc.), oddają pierwszeństwo wrzącej wodzie, przyczem dodają do niej 1% dwuwęglanu sody (*przeszkadza* walaniu się narzędzi — podnosi punkt

wrzenia wody do 104,6° wreszcie rozpuszcza śluz, pokrywający instrumenta). Z wrzącej wody przekłada się je do antyseptycznego zimnego płynu (1% kwas karbolowy. 1:2000 naphtol). Doskonałym jest przyrząd do sterylizacji prof. Bergmanna. Dla delikatnych jednak narzędzi np. nożyka do paracentezy błony bębenkowej etc., ten rodzaj sterylizacji jest szkodliwy; autorzy proponują w tym razie wyjałowienie w chloroformie.

Co się tyczy instrumentów nie metalowych np. lusterek krtańowych, kateterów, wzierników etc., to autorzy zalecają do ich sterylizacji płyny antyseptyczne zimne. Analizując różnorodne w tym celu używane antyseptyki — autorzy przychodzą do przekonania, że żaden z nich nie odpowiada swojemu celowi. Jedynie odkryty w Instytucie Pasteura przez Christmas'a phéno-salył, którego skład jest następujący:

Acidi carbolici	9,0
Acidi salicylici	1,0
Acidi lactici	2,0
Mentholi	0,10

0,10 polecają autorzy do dezynfekcji instrumentów nie metalowych — w roztworze 1% (wodnym). Środek ten posiada niezwykle silne własności przeciwpasorzytowe, nie jest trujący i posiada dość miły zapach. Upřednio należy zanieczyszczone narzędzie pogrążyć w rozczyń zimny alkoholowy, dla oczyszczenia ze śluzu.

Katetry np. uszne kauczukowe mogą stale być pogrążone w tym płynie (phéno-salył) bez obawy uszkodzenia. Autorzy podają rysunki wynalezionych przez siebie aseptycznych szpryc do ucha i przyrządu do przepłukiwania nosów.

### 3) Sterylizacja przedmiotów w opatrunkowych.

1) *Wyjaławianie wody.* Autorzy jednorazowe, w ciągu 20 minut, gotowanie wody uważają za niedostateczne dla zupełnej sterylizacji—powtarzają oni tę procedurę dwa razy. W tym celu skonstruowali oni specjalny przyrząd, którego rysunek podają.

2) *Wyjałowienie waty* — następuje czy to za pomocą aparatu Lautenschlägera, czy też (lepiej) w kąpeli piaskowej. Jeżeli mamy użyć waty na trzonku — to dla uniknięcia zanieczyszczenia palcami autorzy pogrążają ją następnie w nasycony rozczyń kwasu borney w alkoholu (90°), poczem ją zapalają — gdy się zaczyna opalać — jest wysterylizowaną.

W celu otrzymania aseptycznych roztworów kokainy, autorzy rozpuszczają ją w 1:200 rozczyń kwasu karbolowego — *ex tempore* — mianowicie odmierzają kokainę za pomocą małych łyżeczek, ściśle zawierających 5 ctgrm., następnie do ilości tej dodają 5 — 10 lub 20 kropel kwasu karbolowego, przyczem otrzymują stosownie do potrzeby rozczyń aseptyczne kokainy 1:5, 1:10 i 1:20.

Autorzy na zakończenie swej zajmującej pracy starają się wykazać na podstawie doskonałych rezultatów operacyjnych rękoczynów na swojej klinice (w ilości 257) zarówno w uszach, jak w nosie, gardle i krtani — wielką doniosłość aseptyki w tego rodzaju operacjach.

*Jan Sędziak.*

81. Cartaz. **O zaburzeniach krtaniowych przy syringomyelii.**  
*(Notes sur les troubles laryngés dans la syringomyelie. Ann. de mal. de l'oreil. du lar. etc. 6—1895).*

O zaburzeniach krtani przy syringomyelii mało dotąd wiadomo. W ostatnich mianowicie czasach, bo w roku bieżącym, Lamacq zebrał cudze i swoje w tym kierunku spostrzeżenia. Na 52 przyp. 12 razy konstatowano porażenie miękiego podniebienia, 5 razy brak odruchu gardzielowego, a 10 razy — krtaniowego, 21 razy zaburzenia w fonacyi.

Autor miał sposobność zbadać nowych 18 przypadków syringomyelii — przeważnie na klinice prof. Raymond'a w Salpêtière — z tych prawie w połowie notował zaburzenia czuciowe lub ruchowe.

I tak: 4 razy znajdował zmniejszenie lub brak odruchów; 7 razy istniały mniej, lub więcej wyrażone zaburzenia czuciowe; w 3 przypadkach było porażenie częściowe lub zupełne rozszerzający głośni, wreszcie 2 razy porażenie zupełne recurrentis. Zaburzenia te istniały bądź jednocześnie, bądź niezależnie jedno od drugich.

Zaburzenia czuciowe są częstsze, niż ruchowe (Schlesinger, Cartaz).

Przedstawiają się one rozmaicie — to mamy do czynienia jedynie ze zmniejszeniem czucia przy dotknięciu, to z zupełnym znieczuleniem. Czucie termiczne również bywa zmienione: chory nie jest w stanie odróżnić gorąca od zimna — zwykle po jednej stronie. — Jednocześnie, lub nie, bywa osłabienie lub zniesienie odruchów gardzielowych i krtaniowych.

Tylko 3 razy autor skonstatował znieczulenie błony śluzowej nosa. Czucie węchowe jednak ani razu nie było dotknięte. Zaburzenia ruchowe zależą od okresu badania chorego. W początkach zwykle mamy do czynienia z porażeniem częściowym, lub zupełnym mięśnia rozwieracza głośni (m. crico-arythenoideus posticus), w następstwie przechodzącym w porażenie nerwu zwrotnego (n. recurrens). Autor nie spostrzegł obustronnego porażenia; przypadki jednak takie znane są w literaturze (Schlesinger).

Przy zastarzanych porażeniach recurrens, autor spostrzegł w jednym zwłaszcza przypadku bardzo wyraźnie zanik odpowiedniej struny głosowej. Przypadki takie, stwierdzone nawet sekcją, są opisane (Hoffmann).

Zaburzenia ruchowe krtani manifestują się mniej lub więcej wyrazową chrypką.

Zaburzenia oddechowe są w większości przypadków bardzo nieznaczne, a nawet brak ich zupełnie.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę (Werntrand) na współistnienie porażenia mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego z porażeniem i zanikiem m. trapezji po stronie odpowiedniej.

Prof. Raymond utrzymuje — że zdarzać się to powinno dość często w postaci opuszkowej syringomyelii.

W ogóle zaburzenia krtaniowe w tem cierpieniu—zwłaszcza czuciowe—w wielu razach przypadkowo bywają odkrywane przy badaniu. A jednak mogą one mieć znaczenie przy rozpoznawaniu tego cierpienia, gdyż zdarzają się w stadyach początkowych syringomyelii. (Schlesinger 7 razy). Zwłaszcza często występuje chrypka — zwykle jednak objawy te w późniejszych zdarzają się okresach tego cierpienia.

Przebieg zaburzeń tych odpowiada takiemuż w cierpieniu podstawowem—a więc jest on par excellence powolny—lecz jednocześnie stale się postępujący. Objawów takich jak skurcz krtani — coś w rodzaju crises, jakie spotykamy np. przy wiaździe rdzenia—dotąd nie spostrzegano w tem cierpieniu.

*Jan Sędziak.*

82. P. Bergengrün. **O szkodliwych następstwach zwiężenia nosa i utrudnienia oddechania tą drogą.** (*Ueber die Schädlichkeiten der Nasenverengung und behinderten Nasenathmung.* Petersb. med. Woch. Nr. 40).

Fizyologiczna czynność nosa polega na tem, że 1) wdechane przez nos powietrze ogrzewa się, nasycy wilgocią i oczyszcza; 2) w nosie mieści się zmysł węchu a po części i smaku; 3) wreszcie bierze on czynny udział w urabianiu głosu.

Upośledzenie drożności nosa albo jamy nosogardzielowej musi wpływać ujemnie na te czynności. Że zaś jamy te przez połączenie nerwowe stoją w związku z innymi organami ciała, wskutek cierpienia ich powstają nieraz nerwice odruchowe, których punkt wyjścia leży tutaj.

Przyczyny zwiężenia nosa są rozliczne. U noworodków spotyka się zarosnięcie nozdrzy tylnich łącznotkankowe lub kostne; wrodzone wyrosłe adenoidalne były też nieraz spotykane. Przyczyną utrudnienia oddechania przez nos, bywa także wrodzona wiotkość skrzydeł nosa, dzięki czemu działają one jak kłapy przy każdym wdechu, wkońcu prowadzi to do zupełnej niemożności oddechania tą drogą.

Symetryczność obu połów nosa, jaką widzimy u nowonarodzonych, z wiekiem coraz bardziej zostaje naruszoną, a to dzięki wpływom zewnętrznym (urazom) i nierównomiernemu rozrostowi przegrody i muszli.

Na przegrodzie powstają różne występy kostne lub chrząstkowe (spinae et cristae septi); sama ściana wykrzywia się; muszle przerastają, przybierają różnorodne ułożenie. Wszystko zaś to w mniejszym lub większym stopniu zwięża kanały nosowe.

Niemalą ważną rolę w tym względzie odgrywa chroniczny niezbyt nosa. Ciągłe przekrwienie błony śluzowej, samo przez się powodujące przejściowe zatkanie nosa, przez dłuższe trwanie pro-

wadzi do przerostu błony już to rozlanego, już w postaci guzów i polipów śluzowych. Rozszerzenie się nieżyty ku tyłowi pobudza do bujania tkanę adenooidalną w jamie nosogardzielowej i tu powstają t. zw. wyrośle adenoidealne.

Dalej światło kanałów nosowych zwięzają różne nowotwory, jako to: włókniaki, brodawczaki, rozrosty tkanki ziarninowej, guzy przymiotowe i gruzlicze, trądownce, twardziel. Także ciała obce, zrosty po owrzodzeniach i zabiegach operacyjnych. Nakoniec skrzepy wydzieliny i rzy ozenie.

Objawy niedrożności nosa są wybitne.

Przedewszystkiem uwagę badającego zwraca na siebie wadliwa mowa. Niemożność wymawiania głosek nosowych, czyni mowę nieraz wprost niezrozumiałą. Równocześnie mowa i śpiew tracą swą siłę, pełność i miłe brzmienie; ustaje współbrzmienie powietrza w nosie tworzące t. zw. obertony, od których zależy barwa (timbre) głosu. Jestto t. zw. mowa „martwa” albo „blaszana,” jak ją Niemcy nazywają. Rhinolalia clausa prowadzi równocześnie do uszkodzenia samej funkcji głosu. Mechanizm wydechu i krtań, a raczej jej struny głosowe mają zwiększoną robotę, t. j. prócz zwykłej, jeszcze muszą przeciwdziałać naporowi powietrza odbitego od zatkaanej jamy nosowej i wywołującego wiry fal głosowych. Dlatego to u śpiewaków, mówców i aktorów, skarżących się na łatwo występujące zmęczenie głosu, znajdujemy prócz kataru krtani, katar gardzieli i nosa ze zwiężeniem. Nowsze badania wykazały, że 40% jakałów cierpi na zatkanie nosa, szczególnie przez t. zw. wyrośla adonoidealne.

Brak węchu i smaku (anosmia i ageusia) o ile z jednej strony polegają na cierpieniu odnośnego układu nerwowego, o tyle też zależą od niemożności dostania się zapachu do sfery odczuwającej w zatkaanej jamie nosowej. Utrata węchu i smaku ma znaczenie nie tylko dlatego, że człowiek taki pozbawiony jest odnośnych przyjemności; donioślejszem jest to, że nie mający węchu nie wie że oddycha szkodliwym dla swego zdrowia powietrzem, i zawczasu nie usuwa się z tej sfery. Z upośledzeniem smaku upada apetyt a z nimi odżywianie. Dla kucharzy, kiprów i t. p. utrata węchu i smaku stanowi wprost o ich bycie. Jeszcze donioślejszemi są następstwa zatkania nosa w tym względzie, że chory taki musi oddychać ustami wyłącznie.

Najgubniej odczuwa się to na ssawcach, którzy już wskutek zwykłego kataru a z nim zatkania nosa nie mogą ssać, źle się odżywiają a nawet grozi im zapalenie płuc zachłystowe.

Ale i u starszych dzieci i dorosłych osób ustawiczne oddychanie ustami prowadzi do zaburzeń w zdrowiu i do zeszpecenia wyglądu twarzy. Genezę tego autor tłumaczy w następujący sposób. Szczękę dolną przy górnej trzyma nie układ jej mięśniowy, ale ciśnienie powietrza, zaś język, zęby i wargi przylegają wzajemnie przez adhezję. Otóż chory, oddychając ustami, musi siłą muskulatury szyi pokonać te opory: mięśnie żwacze i policzkowe ulegają przytem rozciągnięciu i zanikają, a szyjowe przerastają. Dlatego to po usunięciu przeszkody oddychania przez nos chory

narazie oddycha wciąż ustami i trzeba na to dużo uwagi i energii, żeby chory przyzwyczaił się mieć usta zamknięte przy akcie oddychania.

Dzięki pomienionemu ściąganiu mięśni twarzy przybiera ona wąską postać, nos cienieje, zaostrza się na końcu i grzbiecie, gra skrzydeł nosowych ustaje, dzięki zanikowi, wskutek nieczynności odnośnych mięśni; rowki policzkowargowe wygładzają się; zewnętrzne kąty oczu obniżają. Jeśli dodamy do tego usta wciąż otwarte, to będziemy mieli typowy obraz twarzy przy długotrwałej przeszkodzie, zwięzającej nos a szczególnie wskutek wyrosła adenoidalnych, tak iż rozpoznanie można robić w przejeździe na ulicy. Taki senno głupkowaty wyraz twarzy ma portret cesarza austriackiego Ferdynanda I, z r. 1524, znajdujący się w galerii Uffizi we Florencji. Pierwszy Feliks Semon zrobił na nim to spostrzeżenie. Pełne energii rysy Habsburgów skażone są tu dzięki temu, że cesarz ten cierpiał w młodości na wyrosłe adenoidalne.

Owo ściągające działanie muskulatury szyi odbywa się też w rozwoju kości szczęki górnej. Wyrostki zębowe boczne zbliżają się do siebie, sklepienie podniebienia twardego wydłuża się w postaci łuku gotyckiego, przednia część wyrostka zębowego wysuwa się ku przodowi, dzięki czemu zęby w tem miejscu dachówkowato układają się jeden nad drugim, niektóre wcale się nie wyrzynają dla braku miejsca, albo wyrastają w niewłaściwym kierunku, czasem np. ku jamie nosowej.

Wskutek ciągłego parowania schną wargi; tworzą się na nich zajady to po środku to w kątach ust, otwierając w ten sposób wrota do wtargnięcia zarazków ropotwórczych, róży a przede wszystkim gruźlicy.

W następstwie ciągłego ściekania wydzieliny z nosa, nozdrza i warg górna czerwienieją, ostatnia ryjowato obrzęka. Do tego dołącza się obrzęk i stwardnienie gruczołów limfatycznych szyjowych, i oto mamy obraz złozonego zapalenia nosa i wargi.

W dalszym ciągu wskutek ciągłego stykania się z powietrzem, a także wskutek bezpośredniego rozszerzania się kataru na migdałki te ostatnie przerastają, nieraz bardzo znacznie. Katar szerzy się na krtań, oskrzela i dalej. Zaś na tym gruncie łatwo już rozwija się błonica, gruźlica, róża, zapalenie płuc.

Ropna wydzielina nosa zaraża jamy boczne nosa, a drażniąc wyrosłe adenoidalne w jamie nosogardzielowej, pobudza je do tem większego rozrostu. Zaskłaniają one otwory trąbek Eustachiusza, dzięki czemu następuje przytępienie słuchu, przechodzące nieraz w nieuleczalną głuchotę. U małych dzieci, których trąbki E. są krótsze i stosunkowo szersze, łatwiej przenikają przez nie drobno-ustroje, wywołujące zapalenie ropne ucha średniego z następstwami.

I oko cierpi przy zwięzieniu nosa. Wskutek zastoju w krążeniu powstaje katar spojówki; niedrożność zaś kanałów łzowych wywołuje łzawienie.

U starszych dzieci, jako wczesny objaw, występuje sen niespokojny i chrapanie. Geneza chrapania jest następująca. Opadła żuchwa przyciska krtań do tylnej ściany gardzieli, nagłośnia przy-

biaera nieprawidłowe ułożenie i przy utrudnionem przejściu powietrza drga, wywołując szmer charakterystyczny. Dzięki niedostatecznemu utlenianiu krwi i pozbywaniu się kwasu węglanego następuje przepelnienie nim krwi, co wywołuje pavor nocturnus. Sen jest niespokojny, chory ma widzenia senne strasznej treści, często budzi się z jękiem. Mimo tego niespokoju, dziecko tak zatrute kwasem węglanym, nie jest wrażliwe na zwykle bodźce, mimo więc przepelnienia pęcherza moczowego nie budzi się dla oddania moczu, ale zlewa się w łóżko. Rzecz jasna, że nie kary ale dokładne badanie i leczenie są tu na miejscu.

U dzieci z niedrożnością nosa, a względnie z wyrostami adenoidalnemi powstaje pewne zboczenie chorobowe znane pod nazwą aprosexia nasalis, cechujące się bólem i ciężkością w głowie, bólami za gawkami ocznemi występującemi przy czytaniu i pisaniu, nieemożnością skupienia myśli na jednym przedmiocie. Dziecko dotknięte tem cierpieniem jest wciąż roztargnione, nieuważne i ciężkomyślne. Stan ten za mało bywa uwzględniany przez rodziców, nauczycieli, a nawet przez lekarzy szkół. Już nieraz najniesłuszniej karano dzieci chore na wyrosłe adenoidalne. I pod względem fizycznym dzieci takie pozostają w tyle po za zdrowymi rówieśnikami. Wskutek krótkiego oddechu mały zamiast skakać i biegać woła siedzieć spokojnie, co niewątpliwie źle wpływa na ich rozwój fizyczny. Ciągła suchość w ustach i gardzieli, drapanie i palenie w szyi, kaszel męczący wskutek odruchu z nosa, albo dzięki drażnieniu przez ustawicznie spływający szklisty śluz do jamy nosogardzielowej, czyni dziecku egzystencję arcynieźną.

Wszystko to ujemnie wpływa na stan psychiczny dziecka. Odbiera mu wiarę w siebie i właściwą wiekowi wesołość; dzieciak staje się niedowierzającym, lęklwym, płaczkwym, niedbałym, wyradza się w nim upór i mściwość. Osobnik taki wcześniej zapada na neurastenię i jeśli zawczasu nie uwolni się od swego głównego cierpienia—marnieje duchowo i cieleśnie.

Leczenie za to tych biedaków przedstawia bardzo wdzięczne pole. Nawet nieraz daleko zaawansowana sprawa chorobowa wywołana przez wielkie wyrosłe adenoidalne po operacyi szybko ustępuje. Dziecko budzi się z tej duchowej drętwoty i zaczyna znów szybko rozwijać normalnie. Wy wpływ z uszu, który latami opierał się wszelkiemu leczeniu, z łatwością teraz się leczy. Apetyt wraca. Twarz traci swój głupekowaty wyraz i z notorycznego przedtem idyoty wyrasta inteligentny człowiek.

Znane są też wyleczenia choreae minoris i epilepsy, które ustąpiły po przywróceniu drożności nosa. Spostrzegano też po tej operacyi zmniejszenie się objawów choroby Basedowa u starszych.

Z dość licznych nerwic odruchowych z jamy nosowej uwzględnia autor dwie najczęściej się zdarzające.

Należą tu przedewszystkiem bóle głowy. Są one nader silne nieraz i wychodzą jakby z jednego punktu w nosie. Najczęstszą przyczyną jest ucisk, jaki wywiera ucisk kostny przegrody na przerosłą muszlę. Rozpoznanie jest niewątpliwem, jeśli przez ucisk zgłębnikiem na ten punkt wywołujemy napad bólu, albo



jeśli przez zakokainizowanie tego miejsca osłabiamy albo znosimy ból. Najbardziej pewnem atoli będzie rozpoznanie nasze, gdy po usunięciu na drodze operacyjnej podejrzanego miejsca, cierpienie zupełnie i stale ustąpi. Wszystko to odnosi się także do wszystkich nerwobólów z zakresu N. trigemini.

Asthma bronchiale. Powstaje ona dwojakim sposobem. Albo zadrażnienie z błony śluz nosa przenosi się na część piersiową nerwu błędnego i wywołuje tą drogą skurcz oskrzeli; albo też napad dusznicy oskrzelowej powstaje na drodze mechanicznej. Za przeszkodą w nosie wytwarza się zmniejszone parcie dzięki temu powstaje przekrwienie bierne, a przez nie zwężenie światła oskrzeli aż do najmniejszych oskrzelików. W tym stanie rzeczy najblahszy powód, zwiększający to zwężenie, wywoła uczucie głodu tlenowego, t. j. napad dusznicowy.

Wł. Świątecki.

## II. Choroby weneryczne i skórne.

83. Prof. Neumann. **Leczenie przymiotu surowicą krwi.** („*Die Haematotherapie der Syphilis.*” *Therap. Wochen. Nr. 3, 1896.*)

Wychodząc z założenia, że przymiot jest chorobą właściwą jedynie rodzajowi ludzkiemu, liczni badacze próbowali w ostatnich latach surowicy krwi zdrowych zwierząt do leczenia tej choroby u człowieka, w imię zasady, iż ustrój zwierzęcy zawdzięcza swą odporność przeciw przymiotowi właśnie surowicy. Wyniki prób były rozmaite, w większości przypadków — żadne; wkrótce też zaniechano dalszych prób.

Niebawem przystąpiono do innego szeregu badań: szczepiono zwierzętom przymiot (nie wchodząc w to, czy się przyjmie czy też nie), i surowicę ich używano w celach leczniczych, w kilku przypadkach z pomyślnym wynikiem, nawet tam, gdzie swoiste leczenie pozostawało bez skutków. Przez niektórych badaczy zostało podane w wątpliwość mniemanie, czy zwierzęta są bezwzględnie odporne na zarażenie przymiotem; jednak dowody, iżby miało być inaczej, są niedość przekonujące. Może wszakże odporność jest nie bezwzględna, może występują pewne objawy ogólne, dzięki którym surowica krwi tych zwierząt może zawierać antytoksyny przymiotu; może wreszcie odporność zwierząt da się zmniejszyć przez postawienie ich w mniej korzystne warunki życia. Te pytania czekają jeszcze na odpowiedź.

Ponieważ skuteczność surowicy zwierząt z punktu widzenia teoretycznego musiała wzbudzić wątpliwości, a praktyczne obserwacje były bardzo nieliczne, przeto zwrócono się do surowicy krwi ludzkiej, która musi zawierać odpowiednie antytoksyny,

jeżeli ustrój zarażony został przymiotem. Nie można, rozumie się, używać w celach leczniczych krwi chorego z pierwszego i drugiego okresu choroby, bo objawy najlepiej świadczą, iż ilość toksyn jest wtedy znaczniejszą, niżli antytoksyn; natomiast trzeciorzędny przymiot jest w tym kierunku najodpowiedniejszy. Wiewiórowski zastrzykiwał taką surowicę pięciu chorym, w ilości 4 — 20 ctm.<sup>3</sup> co drugi dzień z dobrym skutkiem: waga ciała zwiększała się, owrzodzenia goiły się szybko, wysypka prędko ginęła, obrzmienie gruczołów ustępowało; jednak bywały i powroty objawów i w takim razie działanie surowicy było mniej skuteczne.

Nakoniec próbowano leczenia surowicą krwi osób, obarczonych dziedzicznie przymiotem, najczęściej noworodków lub ich matek; i tu wyniki miały być dodatnie.

Autor podaje sześć własnych przypadków, z pomiędzy których jeden był leczony surowicą owcy, a reszta surowicą ludzką. Wyniki były rozmaite. W każdym razie zachęca on do dalszych prób w tym kierunku.

W. Miklaszewski.

84. A. Jordan. **O drobnoustrójach wrzodu miękiego.** (*St.-Petersburger Medicinische Wochenschrift Nr. 1, 1896*).

Pierwszy Ducrey w 1889 r., a za nim Krefting i Petersen wykryli w ropie wrzodów miękich, szczepionych do 6 pokolenia, oprócz różnych ziarników i laseczników, swoisty, stale napotykaný drobnoustrój, któremu nadali miano *diplobacillus ulceris mollis*. Lasecznik ten przedstawia się w postaci pałeczki, długości 1,48  $\mu$ ., a szerokości 0,4  $\mu$ ., krótkiej a grubej, z rozszerzonymi końcami i ciemniejszymi brzegami. Pałeczki te układają się grupami po 4, 5, 8 sztuk i więcej. Znajdują się przeważnie między komórkami, chociaż często widzieć je można w zarodzie ciałek ropnych.

Barwią się najlepiej roztworem Sahli'ego (Borax-Methylenblau) a nie barwią się metodą Grama i Kühne. Próby hodowli na różnorodnych glebach dały wyniki ujemne. Wspomniani autorowie nie znaleźli wyżej opisanego lasecznika w przymiotowych nadżerkach, w owrzodzonych grudkach i w przymiotowych niesztowicach, a że znajdowali go stale w typowych wrzodach miękkich, przypisują więc temu lasecznikowi znaczenie swoistego drobnoustroju. Unna obrał inną drogę dla wyjaśnienia spornego pytania. Wycinał on wrzody miękie i badając skrawki, stale znajdował lasecznik długości 1'25—2  $\mu$ ., a szerokości 0,3  $\mu$ ., układający się łańcuchowato i znajdujący się w szparach limfatycznych pomiędzy komórkami tkanki. Nic podobnego Unna nie spotykał badając wrzody twarde, drugo-trzeciorzędne przymiotowe owrzodzenia, jak również wypryski i zwyczajne wrzody goleni. Lasecznik ten, również jak *diplobacillus* Ducrey-Krefting'a, barwi się dobrze alkalicznym

roztworem methylenblau. Jak widzimy nie wiele różni się ten lasiecznik od uprzednio opisanego i od imienia badacza otrzymał miano streptobacillus Unna'y. Mamy więc dwa rodzaje lasieczników, a który z nich jest istotną przyczyną wrzodu miękiego, autor stara się rozstrzygnąć. Badał on 34 typowe wrzody miękie, a dla porównania badał ropę przymiotowych grudek, twardych szankrów i ropę z pryszczu trądzika. Za pomocą przepalanej igły platynowej zbierał ropę, przenosił na szkiełko pokrywkowe i po wysuszeniu kładł na 10 — 15 minut do roztworu Borax-Methylenblau Sahli'ego albo do wodnej karbolfuksyny. Po wyjęciu z płynu barwiącego preparat przemywał wodą, wysuszał i po zatopieniu w balsamie kanadyjskim, badał za pomocą olejnej immersyi Zeiss'a 1:12. We wszystkich preparatach zrobionych z ropy wrzodów miękich stale napotykał w różnej ilości diplobacillum Ducrey-Krefting'a, który miejscami układał się w łańcuszki tak, jak to opisuje Unna. Zdaniem autora diplobacillus Ducrey-Krefting'a jest zupełnie identyczny z streptobacillus Unny i tylko czyste hodowle, których dotychczas nie udało się nikomu otrzymać, wykażą zapewne postaci przejściowe w rozwoju pomiędzy jednym a drugim rodzajem. Te same hodowle wykażą, czy wspomniane lasieczniki są jedyną przyczyną wrzodów miękich, czy też oprócz nich istnieją jeszcze inne czynniki, co jest bardzo prawdopodobne wobec faktu, na który zwrócił uwagę Finger, że początkowo najzupełniej niewinne owrzodzenia organów płciowych (herpes genitalis, erosio simplex) przechodzą pod wpływem sprzyjających warunków, np. nieczystego utrzymania, w typowe wrzody miękie, w których również oprócz różnych drobnoustrojów stale napotykamy wyżej wzmiankowane lasieczniki. Fakty, że często niepodobna wykazać źródła zarażenia przy wrzodzie miękim, bardzo często zdarzają się w wenerycznej praktyce, a wskazują one na to, że nie tylko coitus impurus jest przyczyną wrzodu miękiego, a że często szankier miękki może powstawać samodzielnie pod wpływem wyżej wzmiankowanych przyczyn. Badania bakteriologiczne, jak widzimy, potwierdzają w zupełności ten fakt na pozór dziwny, a tak sprzeczny z panującymi po dziś dzień poglądami.

Edmund Kurella.

85. W. Dubrenilh i Bernard. **Leczenie wilka plastrem salicylowokreozotowym.** (*Monatsh. f. Prakt. Dermat. Nr. 3, 1896*).

Plaster salicylowokreozotowy wprowadził do terapii wilka Unna, w 1886. Autorowie na mocy swych obserwacji doszli do wniosku, że plaster Unny nie daje większych rękojmii wyleczenia kompletnego wilka, niż rozmaite zabiegi chirurgiczne. Użycie plastra tego według nich wskazane jest:

1) Gdy pacjent nie zgadza się na żaden zabieg chirurgiczny, plaster ten bowiem jest łagodniejszy niż sublimat i potaż żrący, oraz mniej niebezpieczny i bolesny niż pasty arsenikowe. Prócz tego działa, jak i te ostatnie, tylko na chore miejsca, nie tykając ani zdrowej skóry ani zdrowej blizny.

2) Przy wilku powierzchownym najlepsze rezultaty daje ten plaster. W celu zabezpieczenia się od powrotów można następnie, podczas zablizniania się, miejsca podejrzone przypalać kamieniem piekielnym, galwanokauterem, lub też kwasem pyrogallusowym. Użycie plastra omawianego mniej polecają autorowie przy wilku głębokim i wilku wybujałym (l. vegetans). Przy wilku twardzielowatym (l. sclerosus) nie przyznają oni zupełnie działania leczniczego tego plastra, zalecając natomiast nacięcia.

3) Operacyjne zabiegi, stosowane nawet nieraz wszystkie jeden po drugim, nie dają czasem żadnego rezultatu. W takich przypadkach plaster przyspiesza często ostateczne wyleczenie.

H. Uliński.

---

86. Dr. E. Delbanco. **Znamię nabłonkowe.** (*Epithelialer Naevus. Monatsh. f. Prakt. Dermat. Nr. 3, 1896*).

---

Unna w r. 1893 wygłosił zdanie, wspomniane już przedtem przez Aleksandrę Bogolubsky, że znamiona są pochodzenia nabłonkowego; teoria ta nie zgadza się z poglądem v. Recklinghausen'a przyjętym w nauce, a wyprowadzającym pochodzenie znamion od śródbłonka naczyń chłonnych. Teoria nabłonkowego pochodzenia znamion nie zdobyła dotychczas zwolenników. Autor badał histologicznie preparaty dwóch znamion, objętości grochu każde, pochodzących od 3½ letniego dziecka, z których jedno było barwnikowe. Preparaty powyższe wykazały co następuje: Rozrost tkanki łącznej skóry; brodawki wydłużone, ilość zaś ich jak również komórek łącznotkankowych—powiększona. W tkance łącznej widać nabłonki i komórki, pochodzące od nich. Nabłonki układają się grupami lub też pojedynczo; grupy przedstawiają się jako odnogi rozrastających się komórek, zapuszczających się z sieci Malpigiusza w tkankę łączną skóry, lub też są odcięte od nich. Układanie się nabłonków pojedynczo powstaje skutkiem czynnego rozrostu tkanki łącznej, powodującego oddzielanie ich od reszty komórek. Widziane nieraz rozgałęzienia wspomnianych odnóg komórek nabłonkowych wynikają również z rozrostu czynnego tkanki łącznej. Komórki pochodzące od nabłonków, t. zw. komórki znamion (*Naevuszellen*), są to zmienione nabłonki, odcięte od reszty. Mniejsze od nabłonków i więcej od nich okrągłe, cechują się prócz tego owalnym jądrem, zwykle mocno się barwiącem; leżą zwykle grupami. Znaczna część grup komórek znamion otoczona jest śródbłónkami naczyń limfatycznych. Wytłomaczyć to można tylko wejściem, resp. wrośnięciem ich do wewnątrz tych naczyń.

Skąd pochodzą komórki znamion? Twierdzenie, że śródbłonki naczyń limfatycznych dają im początek na pewnym określonym miejscu i że rozrośnięte posuwają się dalej w naczyniach limfatycznych, byłoby prawdopodobne, gdyby w środku ogniska znamienia nie było śródbłonek, obecne natomiast byłyby tylko na peryferii; spotykają się one jednak jak w środku tak i na peryferii. Autor dochodzi do wniosku, że komórki znamion pochodzą od nabłonków, a to na mocy następujących danych, opartych na powyższych obserwacjach:

1) Tkanka łączna i leżące w niej aparaty nie wydają komórek znamion; udowodnił to v. Recklinghausen co do gruczołów potowych, naczyń krwionośnych i nerwów. Pochodzenie komórek znamion od śródbłonek naczyń chłonnych autor odrzuca na zasadzie cech tych ostatnich, opisanych powyżej.

2) Nabłonek rozrasta się czynnie.

3) Nabłonek wykazuje znaczną przemianę swych części składowych; zmienione nabłonki podobne są uderzająco do komórek znamion.

4) Tkanka łączna rozrasta się czynnie skutkiem czego następuje odszczepianie się zmienionych nabłonków i pozostawanie ich pojedynczo w tkance łącznej. W następstwie tego występuje ich rozrost, a nawet może wytworzyć się rak, na co pierwszy zwrócił uwagę Waldeyer, odnośnie do powstawania rozmaitych nowotworów.

*H. Uliński.*

### III. Chirurgia.

87. Dr. G. Rioblane. **Wyniki operacji Gritti'ego.** (*Lyon méd. Nr. 16, 1895*).

Z uwagi na wzmagający się coraz bardziej ostatniemi czasy zastęp chirurgów, którzy oświadczyli się przeciw ryczałtowemu potępianiu metody Gritti'ego, autor uznał za pożyteczne ogłosić swoje z tego zakresu spostrzeżenie, które, jak mniema, nie jest bez wartości dla obrońców omawianego rękoczynu. Operacja G. w przypadku d-ra R. wykonaną została na 22-letnim kawalerzyście pułku szasserów francuskich, który, uległszy powikłanemu złamaniu piszczeli prawej i zakażeniu powstałej stąd rany, był poddawany bezskutecznie w ciągu miesięcy siedmiu różnym zabiegom chirurgicznym, zmierzającym do ocalenia kończyny, sześć razy. Ze względu na zupełny brak zrostu w ognisku złamania, na powstałe w szpiku odłamków kostnych zmiany natury zapalnej, jak również wskutek wytworzenia się na udzie głęboko drżących przetok i upadku w stanie ogólnym, wykonano choremu ostatecznie odję-

cie uda według sposobu G., rezekcja bowiem lub wyluszczenie kolana były tu niemożliwe z przyczyny rozległych zmian chorobowych w piszczeli oraz braku zdrowych powłok, niezbędnych dla pokrycia kikuta. Pod koniec operacji po rozluźnieniu opaski Esmarch'a i wyrezekowaniu nerwu kulszowego na dług. 5 — 6 ctm. przymocowano rzepkę do odcinka dolnego kości udowej dwoma szwami, poczem nałożono szwy na mięśnie tylne z pozostawieniem w kątach otworu dla drenów, skórę zaszyto, po nałożeniu wreszcie opaski uciskającej kończynę unieruchomiono w szynie. Przebieg okresu pooperacyjnego był bardzo pomyślny, po upływie bowiem dni 20 rana zagoiła się, w końcu 6-go tygodnia chory rozpoczął próby chodzenia, a przy badaniu po upływie 6½ miesięcy stwierdzono u operowanego zaokrąglenie kikuta dobre, bliznę mocną, ruchy w każdym kierunku wolne oraz ścisły zrost z kością udową niebolesnej na ucisk i niezemieszczonej rzepki.

Od roku 1857, w którym Gritti obmyślaną przez się metodę podał do wiadomości powszechnej, operacji tej stawiano niejednokrotnie zarzuty liczne. Utrzymywano np., że wobec trudności zachowania i przystosowania rzepki do uda, a dalej ze względu na możliwe otwarcie i zakażenie zaulków (culs-de sac) maziowych kolana zabieg ów jest powikłany i niebezpieczny; przytaczano dalej niestrwale sklejanie się rzepki z kością udową lub częste zsuwanie się tej pierwszej w następstwie skurczów mięśnia trójgłowego uda i mniemano, że nawet w razie zrostu wynik ostateczny nie może być dobry, gdyż z jednej strony rzepka i pokrywająca ją skóra nie są w stanie wytrzymać wywieranego na nie przy chodzeniu ucisku, z drugiej zaś istniejąca na tym poziomie torebka surowicza w przypadkach takich ulega nader często zapaleniu. Zarzuty te jednak, jako pochodzące z czasów, kiedy postępowanie przeciw- i bezgnilne nie było stosowaniem jeszcze, dziś wiele straciły na swej doniosłości; pominiawszy więc nie wytrzymujące krytyki uzalanie się na trudności natury technicznej, nie lękamy się dziś np. owych zaulków maziowych, które, w razie potrzeby można usunąć zupełnie. To też w latach ostatnich coraz częściej, zwłaszcza ze strony chirurgów niemieckich, daje się słyszeć o wynikach pomyślnych amputacji osteo-plastycznej G., wykonywanej, względnie do lat dawniejszych, w warunkach całkiem odmiennych. Obecnie po uwzględnieniu spostrzeżeń Essen'a, Glogau'a, Oliva'y, Wanzel'a, Nolte'go, Ehrlich'a, Koehler'a, Schnee'go, Monod'a, Trombetta'y, Desguin'a i La Dentu'a rozporządza się 85 tego rodzaju spostrzeżeniami, które po odtrąceniu pewnej liczby przypadków, operowanych przed rokiem 1880, dają odsetkę śmiertelności=14. I ta, zresztą dość wysoka jeszcze odsetka zależną była od przyczyn, nie mających z samym zabiegiem prawie nic wspólnego; ci bowiem operowani umierali w następstwie bądź charłactwa rakowatego, bądź pod wpływem wstrząsu, bądź wreszcie wskutek wystąpienia posocznicy, lub, jak w przypadkach Mosetig-Morhof'a i Bardeleben'a na sprawy zapalne w nerkach. Z 69 zakończonych wyzdrowieniem przypadków zmieszczenie rzepki zauważono tylko w 7, z tych w 2 spostrzeżeniach odprowadzenie jej na miejsce właściwe dokonaniem było

z łatwością, w 5 zaś—zmieszczenie owo, wywołane przez niespokojne zachowanie się chorych lub przez powstałe na kikucie ropienie, zapalenie szpiku kostnego i zgorzel uda, nie było zależnem od przykurczeń mięśnia trójgłowego. W znacznej jednak większości przypadków, bo w 42, stwierdzono za to wyborne ze strony kikuta wyniki czynnościowe, chód bowiem operowanych był dobry i pewny. Ried np. opisuje pewnego mężczyznę, który po omawianym rękoczymie już od lat 7 nie porzuca swej ciężkiej pracy fizycznej (dźwiganie worków z mąką) i chodzi bardzo prędko bez pomocy laski.

Wytwórcza zatem rzepko-udowa amputacja Gritti'ego, która ma swe wskazania w przypadkach, nie nadających się do wyłuszczenia kolana, jest zabiegiem całkiem uzasadnionym i, jak wykazują dane statystyczne, częstokroć nader skutecznym; nad odjęciem uda w jego dolnej trzeciej części posiada tę wyższość niezaprzeczoną, iż nie wymaga otwarcia kanału rdzeniowego kości i wywołuje wstrząs mniejszy; dla wyzyskania z niej jednak wyników możliwie najlepszych wypadnie, jak doświadczenie poucza, zadość uczynić następującym warunkom, a mianowicie: 1) należy poprowadzić brzeg dolny cięcia powłok zewnętrznych ku przodowi przynajmniej na szerokość 2—3 palców poniżej wierzchołka rzepki; 2) kość udowa, zgodnie z poglądem Farabeufa i Stokes'a, winna być przepiłowana dosyć wysoko, t. j. na 6—7 ctm. powyżej przedziału stawowego (l'interligne articulaire), co ułatwia przystosowanie rzepki; 3) przyszywanie rzepki do uda jest niezbędnem, nie należy jednak wbijać w tym celu kołeczków z kości słoniowej, te bowiem wywołują częstokroć rozrzedzenie do koła tkanki kostnej; również szwy muszą być nałożone i na brzegi rzepki boczne, co zapobiega skurczom mięśni tylnych uda. Dla uniknięcia zaś przykurczeń mięśnia trójgłowego należy 4) unieruchomić staw biodrowy na okres 5—6 tygodni; wreszcie 5) trzeba pamiętać o ścisłem przestrzeganiu zasad aseptyki.

K. Niedzielski.

#### IV. Ginekologia.

88. Dr. W. Brüll. **Kwilenie wewnątrzmaciczne (vagitus uterinus) w położeniu miednicowem.** (*Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 39, 1895).

Przypadek dotyczy zamieszkałej na wsi ciężko rodzącej, u której zrazu babka wiejska, następnie zaś akuszerka czyniły próby nieudatne wydobycia płodu. Wezwany do ukończenia porodu autor, wchodząc do izby, usłyszał na znacznej już odległości wyraźny i rozlegający się z macicy ciężarnej płacz niemowlęcia, w drugim nawet pokoju dobrze słyszalny, trwający z pewnemi

przerwami, według zapewnień osób obecnych, około trzech godzin. Niezwłocznie dokonane badanie rodzącej wykazało zupełnie prawidłowe wymiary miednicy, następnie: wiotką, nie wykonywającą skurczów macicę, oraz rozpoczęty poród bliźniętami, z których jedno miednicą swoją ułożonem było w pierścieniu miednicowym matki. Wobec warunków tego rodzaju dla wydobywania dziecka należało uciec się do pomocy haka, przy nakładaniu którego rozległo się wewnątrz macicy kwilenie jeszcze donioślejsze. Wydobycie w stanie śmierci pozornej dziecko, zostało niebawem przy zastosowaniu odpowiednich środków ratunkowych przywrócone do życia, poczem po wykonaniu obrotu na nóżkę wyjęto na zewnątrz martwy już, niezupełnie roznięty płód drugi, oraz wydobyto ręką dwa nierodzące się samoistnie łożyska. Przebieg późniejszy tak dla matki, jak i dla dziecka był całkiem pomyślny.

Pomimo niewiary ogólnej, którą wzbudziło zawiadomienie o tym przypadku wśród tamecznych kolegów autora, ten ostatni uważa wewnątrzmaciczny płacz dziecka za konieczne i całkiem możliwe następstwo wpływu takich czynników, które zmieniają chorobowo przebieg porodu i stawiają płód w warunkach pobytu jego na zewnątrz, czyli po za obrębem macicy. Do tych czynników zaliczyć wypadnie: 1) przerwanie łożyskowego krążenia, 2) brak wody płodowej lub też pomyślnie jej umiejscowienie się w stosunku do otworów oddechowych, wreszcie 3) przedostanie się powietrza do macicy. Ostatniemu z tych czynników, zależnemu niewątpliwie od rękoczynów, wykonywanych przez akuszerki, należy w przypadku niniejszym przypisać znaczenie największe, lubo wszystkie trzy działać tu mogły współcześnie. Dalej, przypadek powyższy, prócz naukowej swej wagi, jest nader pouczającym w znaczeniu sądowo-lekarskiem, mianowicie tam, gdzie rodząca podejrzewana jest o zamordowanie swojego dziecięcia, a śledztwo opiera się jedynie na zeznaniach takich świadków, którzy zdaleka tylko słyszeli krzyk płodu, nie będąc przy porodzie obecni. W danym bowiem przypadku szybka pomoc lekarska zdołała dziecko uratować, lecz tam, gdzie tej pomocy zabraknie, samoistne w warunkach podobnych rozwiązanie musi się skończyć śmiercią niemowlęcia koniecznie.

*K. Niedzielski.*

## V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

89. D-r Theodor Baer, lekarz dermatologicznego oddziału w miejskim szpitalu w Frankfurcie, ogłasza, że na 191 kobiet dotkniętych rzeżączką narządów płciowych, u 67 znalazł **tryprowe zapalenie kiszki prostej**, co stanowi 35,1% ogólnej liczby chorych na rzeżączkę. Za powód tego powikłania podaje autor w znacznej większości przypadków nieczyste utrzymanie narządów płciowych,



u kobiet dotkniętych już rzeżączką, wskutek czego wydzielina z pochwy spływa po kroczu do odbytnicy i w ten sposób ją zaraża. (Deut. Med. Woch. 1896). H. K.

90. D-r Stern opisuje **trzy przypadki rybiej łuski** (ichthyosis), chorobą tą dotknięci byli trzej chłopcy z jednej rodziny. U najstarszego z nich choroba ta wystąpiła już w pierwszym roku życia. Autor uważa za rzadkość jednoczesne wystąpienie tej choroby u kilku członków rodziny. (Deut. Med. Woch.). H. K.

91. Wobec tego, że **rychłozrost na błonach śluzowych** otrzymuje się przy obecnie używanych sposobach nakładania szwów stosunkowo rzadko, co przypisać należy fizyologicznym własnościom wydzieliny tychże błon, proponuje Podrez (Rusk. chirurg. Archiw, z. 3, 1895) takie wypróbowane przez siebie postępowanie: do szwu używać katgutów chromowego, a w razie braku jego — nici jedwabnych; szew cały ma być ciągły i skryty, to jest ścięgi nie powinny wystawać na powierzchnię błony śluzowej; zaczynamy szyc od dalszego kąta rany; wkłuwając igłę (mocną zgiętą) prawie przy samem dnie lewej wargi rany, prowadzimy ją łukowato ku górze i wyprowadzamy w ranie na granicy błony śluzowej i podśluzowej; to samo, lecz w odwrotnym kierunku, robimy na prawej wardze, poczem zawiązujemy nitkę na węzeł chirurgiczny, który będzie w ten sposób leżał na dnie rany. Krótki koniec nitki odcina się przy węźle, a długi — służy do nakładania szwu ciągłego; dalsze wkłuwanie i wykłuwanie igły odbywa się tak, jak wyżej zaznaczono, stopniowo tylko zbliżamy się do bliższego kąta rany. Obrót jednego ścięgu od drugiego odległy jest o 1 ctm., cały zaś szew ma wygląd spiralnej linii. W bliższym kącie rany zawiązujemy znów nitkę na węzeł, leżący w głębi i obydwaj jej końce krótko obcinamy. Tak szyc należy katgutem. Szew jedwabny różni się będzie tylko pierwszym i ostatnim ścięgiem; ponieważ węzeł początkowy i końcowy muszą leżeć na powierzchni błony śluzowej, by następnie, po zagojeniu się rany, można było jedwab wyciągnąć, nakłada więc autor, w myśl swojej zasady, pierwszy i ostatni ściąg w odległości jednego ctm. od kątów rany w zdrowych tkankach, i tam go zwiążuje na supeł. Z.

92. Eisendrath (z Chicago) badał **wpływ eteru i chloroformu na nerki**. Na podstawie 70 spostrzeżeń z usypianiem chloroformem i 60 — z usypianiem eterem stawia wnioski następujące: 1-o istniejący już białkomocz częściej wzmaga się od eteru, niż od chloroformu; 2-o. Białkomocz pojawia się częściej po narkozach chloroformowych, niż po eterowych, i to w stosunku 32:25; 3-o. Wpływ obydwóch środków nasennych na zwyrodnienie skrobiowate (Deg. amyloidea) nerek jest jednakowy; 4-o. Zarówno po chloroformie, jak i po eterze w moczu pojawiają się walczki (cylindruria) wraz z białkiem lub bez niego jednakowo często, szybciej wszakże objawy te ustępują po usypieniu eterem, niż po chloroformie. (D. Zeit. f. Chir. Z. 5 i 6, 1895). Z.

93. W pracy doktorskiej d-ra A. Poggi, znajdujemy badania nad **leczeniem oparzeń**. Na zasadzie odnośnych obserwacji d-r P. dochodzi do wniosku, iż najskuteczniej działają w tym kierunku roztwór wodny azotanu potasu. Działanie tego środka

jest chłodzące. Po włożeniu ręki opatrzonej do miski, do której uprzednio dodaliśmy kilka łyżek azotanu potasu, ból przechodzi szybko, przy nowym nawrocie bólu wystarcza dodanie kilku łyżek azotanu potasu. Po 2—3 godzinnej kąpieli ból ustaje. Tak samo działają i kompresy z kali nitricum. J. Z.

94. Przeciw oparzeniu prof. Vergely poleca **ciasto z magnezy palonej z wodą**, ciastem pokrywa się powierzchnia oparzona (1 i 2 stopnia) i pozostawia aż do wyschnięcia; w miarę wysychania ciasta należy nakładać nowe. (Rev. med.) J. Z.

95. Lassar radzi używać **formaliny** (40% roztwór formaldehydu) dla **leczenia zmętnień nabłonkowych błony śluzowej jamy ustnej** w postaci pędzlowań, raz do dwóch razy dziennie tych plamek, jako też towarzyszących im zwykle nadżarć. Chcąc uniknąć bólu należy ograniczyć się smarowaniem miejsc chorych, nie przyżegając zdrowej błony śluzowej.

Frank używa 20 — 40% spirytusowego roztworu formaliny w postaci pędzlowań przy **hyperidrosis et bromidrosis**.

Jeszcze lepsze rezultaty ma, według tegoż autora, dawać Tannoform (Merck'a—tannina+formalina), używany w postaci pudru do zasypywania. (Dermat. Zeitr. 1896, H. 1.) S. M.

96. Z wydanych na r. 1896 **Formulae Magistrales Berolinenses**, przeznaczonych przeważnie dla użytku niezamożnych chorych, wyjmujemy podług Dermat. Zeit., parę recept, częściej używanych w dermatologii:

1. *Linimentum Styracis.*

Rp. Styracis liquidi	50,0
Spiritus	
Ol. lini aa.	25,0

2. *Spiritus peruvianus.*

Rp. Balsami Peruviani	15,00
Spiritus	35,00

3. *Pasta aseptica.*

Rp. Ac. salicylici	0,5
Ac. borici pulv.	5,0
Zinci oxydati	10,00
Vaselini flavi od	50,00

4. *Pasta Zinci.*

Rp. Zinci oxydati	
Amyli tritici an.	12,5
Vaselini americ.	25,00

5. *Ung. contra Decubitum.*

Rp. Zinci sulfurici	2,5
Plumbi acetici	5,0
Trae Myrrhae	1,00
Vaselini amer. od	50,0

6. *Ung. contra Perniones.*

Rp. Camphor. trit.	5,00
Vaselini americ. od	50,0

7. *Ung. rubrum sulfuratum.*

Rp. Hydrargyryi sulphur. rubri	0,5
Sylphur. sublimati	12,5
Ol. Bergamottae	0,5
Vaselini flavi od	50,00

St. M.

97. W Towarzystwie Lekarskiem w Düsseldorfie, d-r Volkmanm mówił o **leczeniu otyłości gruczołem tarczowym**. Mówca opisywał przypadek znacznej otyłości, powstałej w czasie klimakteryi, leczony przez niego za pomocą tej modnej terapii. Chora przyjmowała codziennie po 2 pastylki angielskie Borroughs et Wellcome, trybu życia nie zmieniała, jadła obficie bez żadnych ograniczeń i utraciła w przeciągu niecałych dwóch miesięcy 8 kilo. Po upływie tego czasu wystąpiły napady bardzo silnego bicia serca, przeważnie w nocy, wskutek czego podawanie tabletek wstrzymano, poczem waga znowu wzrastać poczęła. Po za temi napadami tachykardii chora wogóle czuła się w czasie kuracyi gruczołem tarczowym zupełnie dobrze. Na podstawie tego przypadku uważa autor tyreoidynę za dobry środek przeciwko otyłości, radzi go jednak ogłędnie i ostrożnie stosować, koniecznie pod obserwacyą lekarza. (Deut. Med. Woch.)

H. K.

98. D-r L. Dunan Bulkley proponuje oryginalny **sposób przyrywania zaziębienia** (katar, dreszczyki i t. p.), wypróbowany przezeń w ciągu lat 2. Opiera się on na przypuszczeniu, że istota zaziębienia polega na spotęgowaniu się kwasoty w ustroju. Z początku w żołądku, a po tem i w całym ciele, wskutek czego następuje, jakoby, podrażnienie zakończeń nerwów w skórze i błonach śluzowych, oraz zmiana warunków krążenia, dzięki czemu wytwarza się większa wrażliwość na zimno. Wobec tego autor w początku samym zaziębienia daje dwuwęglan sodu w następujący sposób: z początku podaje (dorosłemu) 20—30 gran w 2—3 unc. wody, po upływie 1/2 g. drugą, po upływie jeszcze 1/2 g. trzecią taką dozę. Następnie po upływie godziny 4 dozę. Po 2—4 godzinach powtarza się to samo, a jeżeli zachodzi potrzeba jeszcze cały cykl powtarza się 2—3 razy, chociaż jeżeli leczenie zacząć wcześniej, pierwszego zaraz dnia, staje się to zbyt zbytecznym. W przypadkach influenzy, B. dodaje fenacetynę po 5 — 10 na każde 10 — 20 gr. sody. (Med. R. 18—1, Wr. 7, 156.)

H.

99. D-r Raccuglia pod kierunkiem prof. Maragliano **badat stopień alkaliczności krwi u gorączkujących** i doszedł do takich wniosków: 1) W ostrych chorobach zakaźnych alkaliczność krwi stale jest zmniejszona, podlegając pewnym wahaniom, 2) w tej samej chorobie cyfry zmniejszania się alkaliczności bywają różne. 3) Po spadku gorączki—alkaliczność znów wzrasta, ale nie prędko dochodzi do normy. (Riforme Med. 14 — I. Wr. 7, 157.)

H.

100. Po wprowadzeniu do **dyagnostyki** chorób żołądka i kiszki **prześwietlania** wiele odezwało się głosów za i przeciw nowej tej metodzie, między innymi Meinert wystąpił przeciw jej wynikom, a Kehling swemi doświadczeniami zdaje się zupełnie odjąć jej wartość, tem bardziej że doświadczenia Schwartz'a nad królikami i ludźmi dowiodły, że granice prześwietlonej jamy mogą być większe lub mniejsze od rzeczywistych. Mniejsze, jeśli np. między żołądkiem i ścianką brzucha mieści się wątroba lub inne ciała silnie pochłaniające światło (nowotwory). Również na zasadzie doświadczeń S. doszedł do wniosku, że nawet kiszka jeśli się przed żołądkiem znajduje nie pozwala na przejście światła, co utrzymywali Jacobson, Renvers, Kuttner i in. Martius zajął się tą kwestyą ponownie. Na zasadzie doświadczeń swoich utrzymuje, że bezwarunkowo prześwietlenie daje wyniki dobre, co stwierdzono szczególnie przy zastosowaniu przyrządu Meltzinga, który przez skrócenie galwanoskopu, pozwala określić miejsce, gdzie się znajduje koniec elektromagnesu, wprowadzonego ze zglębnikiem do żołądka. (C. f. in. Med., 49). J. Z.

101. Dr. Mathieu zdawał sprawozdanie w Société méd des hôpit. w Paryżu o jednym chorym, który **w przeciągu 2 miesięcy wyżył 1600 grm. bizmutu** bez żadnych złych następstw. Chory ten miał sobie zalecony wyżej wspomniany preparat, z powodu sokotoku żołądkowego oraz nerwobólów, i bez wiadomości lekarza nie przestał go zażywać, powiększając przytem dawkę. Prócz zaparcia stolca, oraz lekkiego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej żadnych innych dolegliwości nie można było skonstatować. H. K.

102. D-r Meunier ogłasza w Gazette méd. de Paris **cztery przypadki promienicy wyleczone jodkiem potasu**. Preparat ten okazał się specyfikiem w okresie induracyjnym. Już i Poncet zwracał uwagę na specyficzne działanie jodku potasu w początkowych okresach promienicy, okoliczność ta utrudnia znakomicie rozpoznanie różniczkowe. H. K.

103. Silnie reklamowana w ostatnich czasach woda do ust pod nazwą **odolu** jest 3% wyskokowym roztworem salolu. Odol składa się z

Saloli	3,5	
Alcoholi (95%)	90,0	
Aq. dest.	4,0	
Saccharin.	0,2	
Ol. Menth. pip gtt.	60	
Ol. Anisi		
Ol. Foenic aa. gtt.	VI.	
Ol. Caryoph. gtt.	II.	
Ol. Cinnam gtt.	I.	

(Mün. Med. Woch.).

H. K.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Wystawa higieniczna** w Warszawie zapowiada się coraz ponętniej. Pojedyncze sekcye ukończyły już układanie programów i zajęte są obecnie ich wykonaniem. Do d. 15 p. m. muszą być ukończone wszystkie budynki na placu wystawowym, poczem komitet plantacyjny zajmie się upiększeniem wystawy. W tym samym czasie ma być ukończony tramwaj do placu wystawy. Wystawa będzie posiadać swoją orkiestrę oraz oświetlenie elektryczne. Deklaracye napływają dość obficie od pojedynczych wystawców. Całe urządzenie wystawionego przez hr. Konstantego i Gustawa Przędzieckich pawilonu ratunkowego nadejdzie między 7 — 10 Kwietnia z Wiednia. Urządzenie to da pojęcie zwiedzającym o stacyi ratunkowej w Wiedniu i o przyszłej stacyi w Warszawie.

— Według informacji „Wracza (Nr. 7)”, roboty przy budowie przyszłego **Żeńskiego Instytutu Medycznego** rozpoczęte będą w kwietniu r. b. i skończone być mają w sierpniu 1897. Przy przyjmowaniu kandydatek pierwszeństwo będą miały wychowanki kursów Bestużewskich, oraz pomocnice lekarskie ze szkoły Różdiestwienskoj. Na 1-y kurs można będzie przyjąć zaledwie 125 osób. Dotąd już wpłynęło przeszło 100 prósb. Budowa gmachów i urządzenie wewnętrzne wyniesie do 475 tysięcy rubli. Cały kapitał rozporządzalny Instytutu dochodzi obecnie do 600,000 rs.

— Komitet organizacyjny VI Zjazdu towarzystwa lekarzy russkich imienia **N. I. Pirogowa** zawiadamia, że zjazd odbędzie się w Kijowie, w roku bieżącym, pomiędzy 21 i 28 kwietnia (st. st.). Komunikaty mają być przysyłane nie później niż 15 marca (st. st.).

— 9 października upływa termin składania prac na **konkurs** imienia d-ra A. Goldberga z 800 flor. nagrody. Temat wyznaczony na r. b. brzmi: „Ist<sup>z</sup> Erkältung eine Krankheitsursache und inwieferne?”

— W Paryżu zaczęło wychodzić **nowe pismo**: „La Semaine gynecologique” pod redakcją K. Richevin’a.

— **Przeciw alkoholizmowi.** Minister sprawiedliwości we Francyi wydał okólnik do rektorów szkół, aby zorganizowali w szkołach wykłady o szkodliwości użycia alkoholu.

— W 1894—1895 roku akademickim 1357 kandydatów i doktorów medycyny złożyło egzamin państwowy w Niemczech.

— **Cezary Lombroso**, dotychczasowy profesor medycyny sądowej w Turynie, powołany został na katedrę psychiatrii w tymże Uniwersytecie.

— Wydział lekarski wszechnicy wüzburgskiej, ofiarował profesorowi Röntgen’owi, dyplom doktora medycyny honoris causa.

— D-r Pullgraff, przyrodnik, opisuje **roślinę** (nazwy nie podaje), której użycie **sprowadza śmiech** o historycznym typie. Po godzinie takiego śmiechu występuje zupełne odretwienie i sen. Żadzi traci zupełnie świadomość.

### NADESŁANO DO REDAKCYI.

**W. Papiewski** (Radom): Przyczynek do etyologii i semiotyki drgawek u dzieci. (Odb. z Medycyny).

**W. Papiewski**: O karmieniu niemowląt. (Odczyty Klin. Serya VII, Z. 8—9).

**W. Papiewski**: Badanie chem. i klin. nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera. (Odb. z Gazety Lekarskiej, 1896).

## Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzony również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możliwości rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobliwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władze rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Miśiewiczca o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.
2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.
3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.
4. Sprawozdania z posiedzeń.
5. Bibliografia.
6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.
7. Wiadomości pomniejszych.
8. Kronika bieżąca.
9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bieżącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na ołtarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilanie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmienając, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

*Redakcja.*

*Wydawcy.*

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

„ Administracyi: Marszałkowska 99.

*Na żądanie Administracya wysyła numery próbne bezpłatnie.*

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

I. Dr. J. Strzemiński. Przypadek zapalenia krupowego łącznicy ulezonego surowicą Behring'a, 231.—II. Fr. Neugebauer i M. Warszawski. Wycisowanie macicy (Inversio uteri). Odczyt kliniczny uzupełniony kazuistyką piśmiennictwa polskiego, 237.

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby gardła, krtani, nosa i uszu. 80. Lermoyez i Helme. O aseptyce otiatrii, ryno i laryngologii, 247.—81. Cartaz. O zaburzeniach krtaniowych przy syringomyelii, 250.—82. P. Bergengrün. O szkodliwych następstwach zwężenia nosa i utrudnienia oddechania tą drogą, 251.

II. Choroby weneryczne i skórne. 83. Prof. Neumann. Leczenie przymiotu surowicą krwi, 255.—84. A. Jordan. O drobnoustrojach wrzodu miękiego, 256. — 85. W. Dubrenilh i Bernard. Leczenie wilka plastrem salicylowo-kreozotowym, 257.—86. Dr. E. Delbanco. Znamię nabłonkowe, 258.

III. Chirurgia. 87. Dr. G. Rioblanc. Wyniki operacji Gritti'ego, 259.

IV. Ginekologia. 88. Dr. W. Brüll. Kwilenie wewnątrzmaciczne (vagitus uterinus) w położeniu miednicowem, 261.

89—103. Wiadomości pomniejsze, 262.

Kronika bieżąca, 267. — Od Redakcyi, 268.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 5 Марта 1896 года.



## WYDANE Z ZAPOMÓG KASY POMOCY

dla osób, pracujących na polu naukowym,

## imienia d-ra Józefa Mianowskiego

lub ofiarowane na rzecz kasy.

## DZIEŁA LEKARSKIE.

- Cohnheim Juliusz.** *Odczyty z patologii ogólnej.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Warszawa 1884. W 8-ce. Tom I, str. VIII, 607. Tom II, str. V, 262. Tom III, str. VI, 340, 20. Cena rs. 5.
- Jaccoud S.** *Wykład patologii szczegółowej.* Przekład z siódmego wydania francuskiego z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznymi. Warszawa 1884. W 8-ce, Tom I, str. 931. Tom II, 985. Tom III, str. 961. Cena rs. 2 za trzy tomy.
- Bagiński A.** *Wykład chorób dzieci.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z r. 1883, dokonany przez d-ra **Wiktoryna Kosmowskiego.** Tom I. Warszawa 1886 W 8-ce, str. VIII. 279. Tom II, 1886, str. 272, Tom II. 1887. str. 272 Cena każdego tomu rs. 1.
- Haeser H.** *Historia medycyny.* Przekład z trzeciego wydania dzieła „Lehrbuch der Geschichte der Medicin,“ dokonany przez prof. d-ra **H. Łuczkwicza.** Tom drugi: *Dzieje medycyny nowożytnej.* Warszawa 1886. W 8-ce, str. 1092. Cena rs. 2.  
— Toż samo dla b. prenumeratorów *Biblioteki Umiejętności lekarskich* od ark. 68 (od str. 737—1062). Cena rs. 1.
- A. Kornelius.** *O lecznictwie ksiąg ośmioro.* (A. Corn. Celsi: *De medicina libri octo*), z najlepszych wydań na język polski przełożył dr. med. i chir. **H. Łuczkwicz.** Warszawa 1889. Str. XXXVII, 630. Cena rs. 2.
- Napoleon Cybulski** prof. *Fizjologia człowieka,* wydana staraniem **Stanisława Markiewicza.** Część II. (Krażenie krwi i limfy.—Oddychanie.—Trawienie). Warszawa 1892. Str. 240—494 z 58 cynkotypami. Cena kop. 75. Część III. (Wydaliny.—Charakter spraw chemicznych.—Statyka i dynamika ustroju.—Zmysły.—Oko). Warszawa 1894, str. 495—716, z 54 cynkotypami. Cena kop. 75.
- Sander Fryderyk.** *Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia,* według 2-go wydania z roku 1885, przełożył **St. Markiewicz.** Str. VI, 632 Warszawa 1891. Cena rs. 1 kop. 50.
- Wassercug Dawid.** *Objawy oczne* przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa 1891. W 16-ce, str. 256. Cena rs. 1
- Charcot, Bouchard...** *Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej.* Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydane pod kierunkiem profesorów: **Charcot, Bouchard, Brissaud.** Patologia ogólna zakażeń przez **A. Charrin'a.** Zaburzenia i choroby odżywiania przez **Le Heudre'a,** przekład **St. Markiewicza.** Choroby zakaźne, wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez **G. H. Roger'a,** przekład **Ad. Ciaglińskiego.** Warszawa 1893. W 8-ce, str. VIII, 966. Cena rs. 4.
- Oltuszewski Wł.** *Szkie fizjologii mowy,* ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5 drzeworyt. Warszawa 1893. W 8-ce, str. 38. Cena k. 20.
- Biegański Wł.** *Logika Medycyny* czyli Zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa 1894. W 16-ce, str. 165. Cena kop. 75.
- Wesener Feliks.** *Diagostyka kliniczna chorób wewnętrznych.* Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy. Przełożył według wydania z r. 1892. **St. Markiewicz.** Warszawa 1894. Cena rs. 2.

Mam zaszczyt donieść WW. PP. Doktorom, że będąc w stosunkach z pierwszorzędniemi fabrykami zagranicznemi, mogę dostarczać WW. PP. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindzajgi lekarskie (od rs. 4.50) Steskoskopy (od kop.50). Młotki perkusyjne (od rs. 1), Plesymetry (od kop. 25) Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3), Specula (od kop. 30), Kątatery, brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30), jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2, 50), Anela (od rs. 2.50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne Narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe, do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowe, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe. Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę Aparaty Soxhlera, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopowe etc. etc., oraz przyjmuje reparacye. **J. Dreher, Szpitalna Nr 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704.** Wysyłką pocztą za zaliczeniem.

## OGŁOSZENIE.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra *Jana Bącewicza* udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, Polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego.)

Z upoważnienia Komitetu,

Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,

*D-r J. Rogowicz.*

# GAZETA POLSKA

NAJWIĘKSZY DZIENNIK POLSKI,  
wychodzi w Warszawie,  
przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

Po ukończeniu wielkiej powieści Henryka Sienkiewicza pod tytułem „QUO VADIS,” zaczęła „GAZETA POLSKA“ drukować nieznaną dwutomową powieść

**J. I. KRASZĘWSKIĘGO**

pod tytułem.

**„NERA,”**

ostatnią, napisaną przed zgonem.

**NOWI ABONENCI „Gazety Polskiej,”** którzy ją zaprenumerują (najmniej na kwartał) od 1 Kwietnia r. 1896, otrzymają wszystkie początkowe felietony „NERY” **BEZPŁATNIE.**

Obfitość i szybkość informacji jest cechą *Gazety Polskiej*, która stara się o jak największą ilość depeusz, drukuje stale korespondencye ze wszystkich stolic Europejskich i z przeważnej liczby miast krajowych.

Artykuły *Gazety Polskiej* polityczne, społeczne, naukowe, literackie, artystyczne, wyróżniają się ze względu na swą liczbę, dobór i urozmaicenie.

Prócz tego daje *Gazeta Polska* swoim abonentom bezpłatne dodatki powieściowe, których w roku ubiegłym otrzymali cztery tomy. W *Dodatkach* tych znajduje czytelnik najwybitniejsze nowe utwory literatury Europejskiej

Sprawozdania handlowe *Gazety Polskiej* odznaczają się obfitością i dokładnością danych. Szczególną uwagę zwraca przytem *Gazeta Polska* na cenę produktów rolnych, które podaje systematycznie zarówno z rynków krajowych jak zagranicznych.

Cena „Gazety Polskiej” w Warszawie: Rocznie rs. 9.60. Półrocznie rs 4.80. Kwartalnie rs. 2.40. Miesięcznie kop. 80 z odnośzeniem do domu.

Na Prowincyi: Rocznie rs. 12. Półrocznie rs. 6. Kwartalnie rs. 3.

Adres „Gazety Polskiej:“ Warszawa, Warecka № 14.

Agentura „Gaz. Pols.” w Łodzi przy księgarni R. Schatke’go ul. Piotrkowska.

Zaleca się umieszczanie ogłoszeń w „Gaz. Polskiej” ze względu na jej poczytność.

Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych i nagrodzony Najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej 1887 r.

PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

# INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

*D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego*

Warszawa, Darszałkowska 33.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania. Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we fiakonach poczwąszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

**UWAGA.** Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we fiakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

*Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego*

№ 4. Miodowa № 4.