

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przyrząd do chloroformowania

PRZY OPERACYACH

W JAMIE USTNEJ

(wziewnik klinowaty).

PODAŁ

A. Karczewski.

Do usypiania chorych za pomocą chloroformu są obecnie w użyciu przyrządy dwojakiego rodzaju, a mianowicie: 1) zbudowane na modłę znanego aparatu Esmarch'a i 2) według wzoru podanego przez Junker'a. Przyrządy pierwszej kategorii składają się, jak wiadomo, z dwóch oddzielnych części: z maski i naczynia, zawierającego chloroform. Pierwotna maska Esmarch'a, zrobiona z drutu i obciągnięta flanelą, została znacznie udoskonalona przez Schimmelbusch'a. Udoskonalenie polega na tem, że materyał (gazę), pokrywający rusztowanie, łatwo można zmieniać. Tym sposobem unikamy prania maski; do każdej operacyi możemy mieć maskę świeżo obciągniętą gazą wyjałowioną. Fłaszka Esmarch'a również zaczyna wychodzić z użycia, ustępując miejsca t. zw. kroplomierzowi, to jest zwykłej flaszcze z korkiem szklanym, zezwalającym na wyciekanie płynu kroplami. Przyrząd, składający się z kroplomierza i maski Schimmelbusch'a, w chwili obecnej najczęściej, u nas przynajmniej, jest używany w praktyce.

W ostatnich czasach powoli zaczęły się u nas rozpowszechniać przyrządy, zbudowane według wzoru podanego przez J u n k e r'a. W aparacie J u n k e r'a flaszka, zawierająca chloroform, ma pokrywkę metalową, przez którą przechodzą dwie rurki metalowe. Jedna kończy się tuż pod pokrywką, druga sięga prawie do dna flaszki. Rurka dłuższa jest połączona z balonem Richardson'a, krótsza—za pomocą rurki gumowej—z maską kształtu kopolowatego, zrobioną z materiału twardego, nie przepuszczającego pary chloroformowej. U wierzchołka kopuły znajdują się dwa otwory z klapkami, doprowadzające świeże powietrze; z boku — otwór również z klapką wyprowadzający powietrze wydechane. Przy naciśnięciu balonu powietrze przez dłuższą rurkę wchodzi do flaszki, a ztąd przez rurkę metalową krótszą i rurkę gumową dostaje się do wnętrza maski.

W urządzeniu powyższego aparatu angielscy fabrykanci narzędzi K r o h n e i S e s e m a n n wprowadzili pewne ulepszenia, które, nie zmieniając pomysłu zasadniczego, dotyczą głównie urządzenia maski.

Maska, która stanowi część składową wszystkich wymienionych wyżej przyrządów, bez względu na to jak jest zbudowana, podczas użycia przyrządu zakrywa nos i usta chorego, a więc w razie gdy chodzi o dokonanie operacyi w okolicy nosa, ust, w jamie ustnej lub nosowej, utrzymanie chorego w stałym uspieniu jest rzeczą trudną. Jeżeli operacja trwa dłużej, operator, ażeby umożliwić podtrzymywanie narkozy, musi od czasu do czasu przerywać robotę. Nie jest to rzeczą dogodną ani dla operującego ani dla chloroformującego, a co ważniejsza, cierpi na tem chory. Chcąc możliwie skrócić przerwy w operacyi, chloroformujący dolewa zbyt wiele chloroformu, co łatwo spowodować może utrudnienie oddechu, wymioty etc. Niedogodności tych możemy uniknąć, jeżeli podczas operacyi, dokonywanych w wymienionych okolicach, zastąpimy maskę innem narzędziem. W tym celu K r o h n e i S e s e m a n n do aparatu swego dołączają rurkę metalową zgiętą hakowato, którą wstawia się pomiędzy zęby chorego. Zewnętrzny koniec tej rurki, podobnie jak maska, łączy się z flaszką, zawierającą chloroform. Po naciśnięciu balonu R i c h a r d s o n'a, para chloroformowa, zmieszana z powietrzem, dostaje się wprost do jamy ustnej chorego.

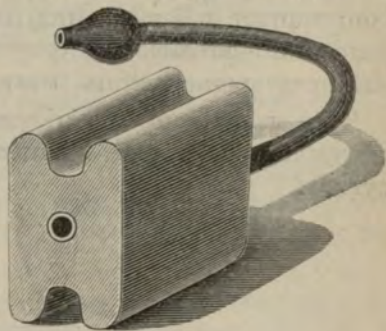
Osobiście się przekonałem, że użycie rurki hakowatej połączone jest z pewnemi niedogodnościami. Przedewszystkiem rurka często ustawia się tak, że wewnętrzny jej koniec dotyka brzegiem błony śluzowej jamy ustnej, co spowodować może łatwo oparzenie błony śluzowej, a nawet mechaniczne jej uszkodzenie. Nadto rurka

zbyt mało rozwiera szczęki. Jeżeli więc chodzi o operację w jamie ustnej, do rozszerzenia ust używać musimy nadto rozwieradła.

Specjalnie do operacyj w jamie ustnej Krohne i Sese-
m a n n zbudowali przyrząd według pomysłu M a s o n'a zmodyfikowanego przez H e w i t t'a. W przyrządzie tym połączyli rurkę hakowatą zgiętą z rozwieradłem. Przyrząd ma kształt powszechnie znanego rozwieradła R o s e r'a z tą różnicą, że do górnej połowy ramion rozwieradła przylutowane są spłaszczone rurki metalowe. I ten jednak przyrząd nie zupełnie czyni zadość wymaganiom. Za wadę poczytać należy to, że nie trzyma się sam pomiędzy zębami (zwłaszcza gdy się dokonywa operacji w pozycji siedzącej chorego), lecz musi być podtrzymywany ręką chloroformującego. Wskutek tego lekarz chloroformujący, mając obie ręce zajęte, nie może śledzić pulsu, podtrzymywać szczęki etc. Obok tej wady przyrząd posiada jeszcze drugą, mianowicie cenę dość wygórowaną. Cena przyrządu (bez flaszki i balonu) na miejscu wynosi około 16-tu rubli.

Musimy tu dodać, że przyrząd rzeczony nie może zastąpić rozwieradła R o s e r'a. Górny koniec przyrządu wskutek obecności rurek nie tworzy po zbliżeniu ramion klina, jak rozwieradło R o s e r'a, wskutek tego nie daje się tak, jak to ostatnie, wprowadzić pomiędzy zaciśnięte zęby.

Zważywszy, że przy dokonywaniu operacyj w jamie ustnej chodzi nam głównie o to, ażeby przyrząd do chloroformowania nie tamował dostępu do jamy ustnej, lecz przeciwnie, możliwie uprzyściplniał pole operacyjne, przyszedłem do wniosku, że w tym celu można zużytkować t. zw. klin gumowy (P i t h a¹). Narzędzie to, które jest w powszechnem użyciu w praktyce dentystycznej, posiada zalety następujące: daje się łatwo wprowadzać, trzyma się samo pomiędzy zębami, nie uszkadza zębów i jest bardzo tanie. Jeżeli zaopatrzymy klin gumowy w odpowiednią rurkę, otrzymamy przyrząd, który zamiast narzędzia M a s o n-H e w i t t'a może służyć do chloroformowania. Przyrząd taki, wykonany na moje zlecenie przez fabrykanta narzędzi chirurgicznych p. B a l u k i e w i c z a, okazał się zupełnie praktycznym w użyciu. Jak wskazuje rycina, rurka



¹) Ścisłe rzecz biorąc, narzędzie to nie ma kształtu klina. Zatrzymałem jednak tę nazwę, gdyż utarła się ona w mowie potocznej.

metalowa przechodzi przez środek klina, wystając z jednej strony. Część wystająca rurki jest zagięta łukowato i zakończona zgrubieniem. Zewnętrzny, zakończony zgrubieniem koniec tej łukowato zgiętej rurki łączy się za pomocą rurki gumowej z flaszką, podobnie jak maska w aparacie J u n k e r'a.

Sposób użycia tego przyrządu jest bardzo prosty. Na haczyku przymocowanym do pokrywki zawieszają się flaszki w dziurce od guzika wierzchniego ubrania. Za pomocą rozwieradła R o s e r'a otwiera się usta chorego i pomiędzy zęby wkłada się wyżej opisaną klin z rurką metalową. Przez naciskanie prawą ręką balonu wpuści się powietrze zmieszane z parą chloroformową do ust chorego.

W początku, do uspiania chorego lepiej jest używać maski (S c h i m m e l b u s c h'a lub K r o h n e i S e s e m a n n'a), a to głównie z tego względu, że wprowadzenie do jamy ustnej ciała obcego może pobudzić do wymiotów. Nadto uspianie chorego z szeroko rozwartymi ustami trwać może dłużej i może być połączone z większą przykrością niż uspianie ze pomocą maski. Radzę więc używać wyżej opisanego przyrządu wyłącznie do podtrzymywania narkozy.

Zalety tego przyrządu są następujące: 1) utrzymuje się sam pomiędzy zębami, wskutek czego chloroformujący ma jedną rękę wolną, 2) zajmuje mało miejsca i przez to nie tamuje ruchów operującego, 3) jest bardzo tani; cena całego przyrządu, t. j. flaszki z balonem R i c h a r d s o n'a, rurką gumową i klinem zaopatrzoną w rurkę metalową wynosi około 5-iu rubli.

Sądzę, iż przyrząd rzeczony powinien znaleźć zastosowanie przedewszystkiem w praktyce dentystrycznej. Obok tego, jak mi się zdaje, mógłby się okazać użytecznym przy innych operacjach, dokonywanych w jamie ustnej, (np. przy zaszywaniu podniebienia) w jamie noso-gardzielowej (przy usuwaniu wyrosli adenoidalnych) tudzież przy operacjach na twarzy w okolicy ust i nosa.

Klin zaopatrzony w rurkę metalową, nazwałem, wziewnikiem klinowatym, chcąc tem mianem uwydatnić zasadnicze cechy przyrządu.

II. PRZYPADEK

TEŻCA PRZYRANNEGO

leczony antitetaniną. Wyzdrowienie.

Skreślił

LUDWIK RABEK,

ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.

W przypadku, który na tem miejscu podaje, stosowałem surowicę przeciw-tężcową, przygotowaną w Instytucie Pasteur'a i otrzymaną z krwi konia, immunizowanego przeciw tężcowi. Siła tej surowicy równa się 1,000,000,000 t. j. że wystarcza zastrzyknać myszy ilość tej surowicy równą $\frac{1}{1,000,000,000}$ jej wagi, aby ją zabezpieczyć przeciwko śmiertelnej dawce tężca. Surowicę otrzymujemy w sprzedaży we flakonach, objętości po 10 i 20 centymetrów sześciennych. Ilość surowicy, potrzebna do zastrzyknięcia, waha się od 50 do 100 centymetrów sześciennych, zastosowanych w jednym lub dwóch seansach.

Przebieg przypadku był następujący:

Dnia 23 Września r. b., do warszawskiego szpitala dla dzieci, na oddział wewnętrzny, przybył Piotr Z., sześć lat sześć mający, który przed dwoma tygodniami skaleczył się w duży palec prawej stopy w ten sposób, że drzazga została wbitą pod paznokieć prawie na całą jego długość.

Drzazga została wyjęta. W tydzień po skaleczeniu rodzice zauważyli, że u chłopca występuje sztywność karku i trudność w otwieraniu ust. Objawy te z dnia na dzień potęgowały się, obok tego zaczęła występować sztywność w kończynach i niemożność chodzenia. Wtedy to, gdy już cały tydzień trwały te objawy, rodzice przynieśli chłopca do szpitala.

Chłopiec z objawami wybitnej krzywicy: czaszka duża, guzy czołowe i ciemieniowe silnie wystające, wierzch czaszki ma kształt czworokątny; klatka piersiowa kształtem swym zbliżona do ptasiej; duże guziki na miejscu połączeń kostnych części żeber z chrząstkowatemi; nasady długich kości zgrubione, golenie

nadzwyczaj silnie wykrzywione ku zewnątrz, brzuch duży. Barwa skóry blada. Ilość tkanki tłuszczowej podskórnej mierna. Stan bezgorączkowy. Tętno 72, oddech 20. Miejsce skaleczenia na dużym palcu prawej stopy zabliźnione. Tułów silnie wykrzywiony w taki sposób, że klatka piersiowa i brzuch wygięte są ku przodowi (Opisthotonus) kończyny silnie wyprostowane. Wszystkie mięśnie ciała napięte, twarde. Twarz charakterystycznie wykrzywiona. Chory usta otwiera nie szerzej niż na jeden centymetr. Mowa bardzo utrudniona. Przy jakimkolwiek hałasie i nawet głośnej mowie wszystkie mięśnie silnie napięte, przetykanie utrudnione bardzo. Zaleciłem karmienie chorego mlekiem przy pomocy flaszki.

Zaraz tego samego dnia zastrzyknęłam 10 centymetrów sześć. antitetaniny w ścianę brzucha w okolicy żołądka (1).

24/IX 36,2—37,4. Tętno 100, oddech 20. Napięcie mięśni i wrażliwość chorego bez zmiany. Zastrzyknęłam 20 ctm. sześć. antitetaniny (2).

25/IX 37,3—36,7. Tętno 92, oddech 20. Napięcie mięśni jest mocne, jednak chory jest mniej wrażliwy i spokojniejszy.

26/IX 36,6—36,6. Tętno 88, oddech 20. Stan taki sam jak dnia poprzedniego. Wystąpiło wieczorem mocne zaczerwienienie skóry na całej powierzchni brzucha.

27/IX. Stan bezgorączkowy. Tętno 80, oddech 20. Lekka bolesność przy dotyku; wygórowanie w miejscu drugiego zastrzyknięcia. Zaczerwienienie skóry na brzuchu o wiele się zmniejszyło.

28/IX. Tętno 80, oddech 20. Stan bez zmiany. Znowu zastrzyknęłam 20 centymetrów sześciennych antitetaniny w ścianę brzuszną (3).

29/IX. Tętno 80, oddech 20. Napięcie mięśni trochę się zmniejszyło. Sen był lepszy. Chory znacznie się uspokoił. W miejscu drugiego zastrzyknięcia wygórowanie większe i bolesne na dotyk.

30/IX. Tętno 84, oddech 20. Napięcie mięśni znacznie się zmniejszyło, tak, że chory sam łatwo zgina kończyny i daleko szerzej roztwiera usta, tak, że oprócz płynnego pożywienia zaczyna przyjmować i stałe. Miejscowo pogorszenie.

1/X. Tętno 88, oddech 20. Napięcie mięśni znikło zupełnie, tak że chory zaczyna siadać na posłaniu. Przecięto ropień ściany brzusznej i założono opatrunek.

W ciągu następnych dni kilkunastu rana po przeciętym ropniu powoli wypełniła się ziarniną i zabliźniła, a chłopiec, przy ciągle zwiększającym się apetycie coraz więcej zaczął nabierać ciała.

Z powyższego krótkiego opisu przypadku wynika, że po 1-em zastrzyknięciu antitetaniny w ilości 10 ctm. sześć. nie widziałem żadnej widocznej poprawy, dopiero po drugim zastrzyknięciu podwójnej ilości zauważyłem, że ogólna wrażliwość chorego znacznie się zmniejszyła, aczkolwiek napięcie mięśni było napozór bez zmiany.

Dopiero trzecie zastrzyknięcie w ilości 20 ctm., wykonane 5 dnia po pierwszym, zmniejszyło napięcie mięśni, które po 3-ch dniach stopniowo znikło zupełnie i chory wyzdrowiał. Przypuszczam, że wstrzyknięcie pierwszego dnia antytoksyny w większej ilości miało by skutek doraźny, ze względu na wiek chorego wybrałem powolniejszą metodę postępowania.

Nadmienić muszę, iż w czasie stosowania surowicy żadnych innych środków nie używałem.

Sądzę, że niniejszy przypadek stanowi ciekawy przyczynek do leczenia tężca.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

415. Prof. Maydl. **Dalsze przypadki wszczepienia moczowodów do kątnicy esowatej przy ectopia vesicae.** (*Wien. med. Woch NN-ry 28, 30, 31. 1896.*)

Do dawniejszych swoich dwóch przypadków dodaje autor jeszcze trzy—świeże—wymienionej w nagłówku operacyi, zastrzegając się z góry, że kazuistyka jego była by daleko bogatszą, gdyby operował wszystkich odnośnych pacjentów; Maydl jednak jest zdania, że lepiej wyczekać późniejszego wieku i operować przynajmniej powyżej 6—7 roku życia. Przypadki Maydla są następujące:

1-szy. Dwudziesto-dwu-letnia panna, wogóle zdrowa, miesięczkująca od 16-go roku życia prawidłowo; odbierała sobie już życie z powodu wrodzonego kalectwa — wycisowania pęcherza. Stan miejscowy przedstawiał się tak: spojenie łonowe rozszczepione na 5 ctm.; wargi duże od przodu (góry) rozbiegają się w kierunku fałd

pachwinowych, podobnież i uwłosienie tej okolicy. W dolnej części brzucha — pęcherz wycinany; otaczająca pęcherz skóra jest bliznowato zwyrodniała. Poniżej wycinowanego pęcherza znajduje się rozszczepiona na dwie połowy lechtaczka (clitoris); od obu tych połów ciągną się zaczątkowe wargi małe, które otaczają wejście do pochwy. Na brzegu dolnym wycinowanego pęcherza widnieją 3 otworki, ułożone w kształcie trójkąta, które stanowią ujścia moczowodów; jeden otwór prowadził do moczowodu prawego, dwa zaś inne — do dwóch, prawdopodobnie, niezależnych moczowodów lewych. Operację wykonał Maydl w sposób następujący: odkroił górną część wycinowanego pęcherza, prowadząc cięcie aż do jamy otrzewny; następnie wykroił z dolnej części — elipsę, która zawierała wszystkie 3 ujścia moczowodów. Górną część wraz z przylegającą doń od strony wewnętrznej otrzewną usunął, cięcie zaś naokoło elipsy pogłębił; otrzymał w ten sposób płat (z tylnej ściany pęcherza), który wisiał na moczowodach i naczyniach krwionośnych. Wyciągnąwszy teraz kątnicę esowatą, na wypukłej stronie jej zrobił cięcie tak długie, by mózdz brzegi rany kiszki spoić z eliptycznego kształtu płatem pęcherzowym. Szew — trzypiętrowy. Kiszkę, otoczoną paskiem gazy jodoformowej, wpuszczono do jamy brzusznej; wreszcie do odbytnicy założono sączek. Rana ściany brzusznej została nie zaszyta. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Dziewiątego dnia wyjęto sączek z odbytnicy. Początkowa niewstrzymalność moczu ustąpiła. W trzy tygodnie chora była już w stanie zatrzymywać moczu 6—7 godzin. Wypisała się zupełnie zdrową; miesiączkowała regularnie; w moczu nie znajdowano białka; pole operacyjne — całkowicie zabliźnione. W rok potem stan zdrowia operowanej był kwitnący.

Przypadek drugi tyczył się 7-ioletnego chłopca, któremu już poprzednio starano się zmniejszyć na drodze chirurgicznej to ciężkie kalectwo. Maydl wykonał i tym razem operację wszczepienia moczowodów do kątnicy esowatej, lecz chłopiec na drugi dzień zmarł. Badanie zwłok wykazało, że przyczyną śmierci mogła być jedynie znaczna ilość użytego podczas operacji chloroformu.

Przypadek trzeci, zakończony pomyślnie, dotyczył siedmioletniej dziewczynki. Operacji dokonał Maydl sposobem takim samym, jak i w dawniejszych przypadkach, szczegółów zatem nie powtarzam.

Na mocy dwóch dawniejszych i trzech przytoczonych spostrzeżeń czuje się autor upoważnionym do postawienia następujących tez: 1-o wszczepienie do kątnicy esowatej elipsy, wykrojonej z pęcherza wycinowanego, a mianowicie z dolnej części tegoż zawierającej ujścia moczowodów, nie grozi zakażeniem nerek. 2-o Operacja, wykonana sposobem autora, nie przedstawia niebezpieczeństwa, ani dla wykrojonej elipsy, ani dla moczowodów (badanie anatomiczne, dokonane na zwłokach zmarłego po operacji chłopca (przyp. 4), wykazało, że naczynia, wiodące do moczowodów, a właściwie do ich końców pęcherzowych, wychodzą z tętnicy pępkowej na tyle wysoko, że przy wycinaniu płata pęcherzowego nie mogą być uszkodzone). 3-o odmienna budowa ściany pęcherza i kiszki

i różny nabłonek tych narządów nie stanowią przeszkody do jaknajdokładniejszego spojenia ich.

W. Żurkowski.

416. D-r Eugène Rochard. **Zdrożność jądra podbrzusna.**
(*L'Union médicale* Nr. 19, 1896).

Autor spostrzegł przypadek, dotyczący 21-letniego mężczyzny, u którego stwierdzono przy badaniu zanik lewej połowy moszny, nie zawierającej jądra, a nadto — guzowatość, wyczuwalną na zewnątrz od obrączki pachwinowej dolnej, powyżej łuku udowego po stronie lewej. Guzowatość ta o zarysach jądra, przy ucisku nader bolesna i dość ruchoma, odepchnięta dłonią badającego ku górze, nie cofała się w głąb kanału pachwinowego, lecz, zmierzając ku tkance tłuszczowej, sterczała wtedy tuż pod skórą wyraźnie. Wobec danych tego rodzaju oraz z uwagi na brak zupełny przepukliny współistniejącej rozpoznano w danym przypadku t. z. podbrzusną zdrożność jądra (*ectopie testiculaire sous-abdominale*); jakóż przy operacyi znaleziono to ostatnie w tkance podskórnej, zamknięte w łącznotkankowej, wysłanej powłoką pochwową (*tunica vaginalis*), zawierającą nieco płynu torbie, przyczem worek nie miał żadnej łączności z otrzewną i nie dążył do kanału pachwinowego. Do zmniejszonego o połowę, w porównaniu z prawem, jądra lewego, które, zresztą, wydawało się zdrowem na całej swej przestrzeni, przylegało przyjądrze, nie bezpośrednio jednak, lecz za pomocą krezki. Ponieważ wikłający się w zewnętrzny otwórze pachwinowym powrózek nasienny utrudniał zstąpienie jądra, porazywano zatem pasma włókniste, które przymocowywały powrózek do obrączki, a w mosznie wytworzono palcem odpowiednią jamę; pomimo to, dopiero po przecięciu owej oddzielającej przyjądrze od jądra krezki, udało się to ostatnie, pociągając je zwolna ku dołowi, odprowadzić na samo dno moszny. Po utwierdzeniu jądra w tem miejscu za pomocą szwu nałożono w ciągu dalszym szwy na powrózek i tkanki włókniste łona w celu zapobieżenia możliwemu w przyszłości przesunięciu się jądra ku górze, wreszcie zaszyto jamę surowiczą i obrączkę pachwinową. Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny i operowany wypisany został ze szpitala już po upływie dwóch tygodni, po usunięciu kalectwa doszczętnem.

Zboczenie powyższe, leczone zazwyczaj drogą kastracyi, napotyka się rzadko; wzgląd ten, jak również możność uniknięcia trzebienia czynią przypadek opisany tem godniejszym uwagi.

K. Niedzielski.

417. W. Zoega-Manteuffel. **Przyczynk do operacyjnego leczenia żyłaków powrózka nasiennego.** (*St. Petersburger Medicin. Wochenschr. Nr. 42, 1896*)

W znanej swej pracy o chorobach narządów płciowych u mężczyzn, Kocher gorąco poleca operacyjne leczenie żyłaków powrózka nasiennego przez podwiązanie i wycięcie części splotu żylnego; sądzi on, że nawet równoczesne podwiązanie tętnicy nasiennej w przypadkach, gdzie uwolnienie jej napotyka pewne trudności, pozostać może bez szkody dla odżywiania jądra. Pomimo to jednak operacja, o której mowa, nie cieszy się wielką wziętością, do czego niezawodnie przyczyniły się przypadki następczego zaniku jądra; Delpech przypłacił nawet życiem nieudaną operację tego rodzaju (został on zamordowany przez zrozpaczonego chorego).

Autor podaje nową metodę leczenia żyłaków powrózka nasiennego, przyczem sądzi, że metoda ta usuwa częściowo czynniki, sprzyjające powstawaniu owych żyłaków.

Z anatomo-patologicznego punktu widzenia zmiany w żyłach powrózka polegają na zaniku warstwy mięśniowej, zgrubieniu błony wewnętrznej, słowem na twardzieli żylny; anatomicznie zaś sprzyjającym czynnikiem jest wyjątkowo utrudniony odpływ krwi żylny z narządów nasiennych ku górze do jamy brzusznej, skutkiem czego ciśnienie słupa krwi na ściany żył jest większe niż gdziekolwiek. Metoda operacyjna Manteuffel'a ma na względzie zmniejszenie wysokości owego słupa krwi; w tym celu uwalnia on powrózek nasienny tak, jak się to dzieje przy operacji Bassini'ego, przesuwa część wstępującą bardziej ku górze, wreszcie zszywa mięśnie (skośny wewnętrzny i poprzeczny brzucha) i skórę ponad zgęszczeniem w pętlę powrózkiem. W ten sposób wysokość wstępującego słupa krwi zmniejsza się o 12 etm. i, co zatem idzie, ciśnienie w splocie wicinowatym znacznie słabnie. W dwóch przypadkach, operowanych według powyższej metody, autor otrzymał wyniki doskonałe.

Jerzy Brunner.

418. Macaigne i Vanverts. **Etiologia i patogenez zapaleń ostrych jądra i przyjadrza** (orchi — epididymitis acuta) **pocho-**
dzenia nie tryprowego. (*Ann. de malad. des organ. genito-urin. Août, 1896*).

Ostre orchi—epididymity mogą być podzielone na trzy kategorie, stosownie do tego, czy pochodzą od urazu, diatezy (ogólna infekcja), lub zakażeń cewki (Monad, Terillon, Bouilly, Reclus).

Przypadki pierwszych dwóch grup są znacznie mniej liczne niż ostatniej, ponieważ bliższy rozbiór faktów wykazuje, że wiele tych zapaleń, zamiast do pierwszych dwóch grup, powinny być zaliczone do trzeciej. Zapalenia jądra, a szczególnie przyjądrze pochodzenia cewkowego, mogą zależeć od trypra lub od zapaleń cewki nie tryprowych.

Na ostatni rodzaj epididymit'ów zwrócono uwagę dopiero od niedawna, częstość ich przeto jeszcze jest niewiadoma; lecz, według zdania autorów, można napewno twierdzić, że stanowią one znaczną część zapaleń, zaliczanych dotąd niesłusznie do rzeżączkowych. Wiadomo, że rozmaite mikroby, wywołujące zapalenie cewki per continuitatem, mogą wzbudzić zapalenie przyjądrza. Bywają jednak zapalenia przyjądrza, wywoływane przez saprofity cewki, które przyjmują własności zakaźne jedynie wskutek zapalenia cewki.

Podobny przypadek był obserwowany przez autorów. Mężczyzna 51 lat wieku przed 18 laty chorował na trypra, od tego czasu obserwował u siebie zawsze lekki wypływ z cewki w następstwie nadużyć w picciu. U tego chorego, bez widocznej przyczyny, utworzyło się plegmone w lewej pachwinie wokół vasis deferentis. Chory poczuł ból raptowny w okolicy lewej pachwiny, jednocześnie wystąpiło obrzmienie, które się wciąż zwiększało. W chwili badania obrzmienie zaczynało się na palec poprzeczny poniżej fałdy pachwinowej, dochodząc na trzy palce nad fałdę, dalej zajmowało lewą połowę moszny, sznurek nasienny i przyjądrze.

Skóra na tej przestrzeni była zaczerwieniona i gorąca. Z pomocą palpacji, która była wielce bolesna, skonstatowano wyraźną fluktuację. Jądro, gruczoł przyprątny i pęcherzyki nasienne były zdrowe, o czym można się było przekonać, badając przez odbyt. Ciężota ciała wahała się od 38^o do 38^o5. Cięcia, wykonane w częściach obrzmiałych czwartego dnia po wystąpieniu przypadłości, pozwoliło wypuścić znaczną ilość gęstej, ciągnącej się ropy, z której otrzymano tylko czyste hodowle pasorzytów Friedländera. Po operacji rana miała się już ku zagojeniu, które szło powoli wprawdzie lecz prawidłowo, gdy nagle po sześciu tygodniach od początku choroby analogiczna sprawa chorobowa wystąpiła po stronie prawej; lecz tutaj przyłączyło się zajęcie otrzewny, ze wzdęciem i bolesnością brzucha pod pępkiem i wymiotami. Z ropy również wyhodowano tylko pasorzyty Friedländera. Ten sam mikrob został odnaleziony w fossa navicularis i w wydzielinach przypadkowej małej ranki na mosznie.

W tym więc przypadku sprawa zakaźna wywołana była przez pasorzyty Friedländera, które żyły jako saprofity przy wejściu do cewki, t. j. w fossa navicularis.

A. Kamiński.

II. Choroby weneryczne i skórne.

419. D-r Pezzoli. W sprawie histologii ropy rzeżączkowej. (Archiv. f. Derm. u. Syph. XXXIV. B. 2. H).

Autor badał w 56 przypadkach urethritidis blenorrhoicae obecność gonokoków i komórek eozynofilowych w wydzielinie cewki przedniej, tylnej, gruczołów Littre'a i gruczołu krokowego. W 48-iu przypadkach cierpienie było ostre, w pozostałych zaś 8-iu — przewlekłe. Z liczby przypadków ostrych w 23-ch rzeżączka ograniczała się tylko do przedniej cewki i była w okresie trwania do dwóch tygodni, w 25-ciu zaś było zajęcie i tylnej części, która to komplikacja występowała wogóle w 2-im tygodniu cierpienia; okres trwania rzeżączki w tych 25-iu przypadkach był od tygodnia do kilku miesięcy. Na 8 przypadków przewlekłych, z trwaniem od kilku miesięcy do kilku lat — w 3-ch cierpienie było w cewce przedniej, w 5-iu zaś w przedniej i tylnej. Preparaty wszystkie zabarwiane były podwójnie eozyną i błękitem metylenu. Autor otrzymał następujące dane:

1) W przypadkach urethritidis acutae obecność gonokoków w wydzielinie cewki przedniej skonstatować można było w 98% komórki zaś eozynofilowe przy zajęciu tylnej cewki spotykały się o 24% częściej (= 76%), niż przy urethritis anterior nie skomplikowanym (= 52%).

2) Cierpienie gruczołów Littre'a i kieszonek Morgagni'ego przy urethritis acuta jest stałą komplikacją, wydzielina zaś ich w ostrych przypadkach jest w ogólności biedniejsza w komórki eozynofilowe niż wydzielina cewki. Ilość ich w wydzielinie z miejsc powyższych również powiększa się z chwilą gdy do urethritis acuta anterior przyłączy się zajęcie tylnej części.

3) Przy urethritis chronica anterior gonokoki w wydzielinie cewki były w 75% przypadków, w wydzielinie zaś gruczołów Littre'a i kieszonek Morgagni'ego w 86%. Komórki eozynofilowe w tem cierpieniu wykazać można było tak często jak przy urethritis acuta anterior. W przypadkach, w których urethritis chronica anterior komplikowało się urethritide chronica posteriori, częstość znajdowania komórek eozynofilowych w wydzielinie cewki przedniej i gruczołów Littre'a wzmagała się.

4) Przy urethritis acuta posterior w wydzielinie cewki tylnej gonokoki obecne były w 100% przypadkach, komórki zaś eozynofilowe wykazać można było tam w 67%, czyli częściej, niż w wydzielinie części przedniej przy urethritis acuta anterior nieskomplikowanym zajęciem tylnej cewki.

5) Przy urethritis chronica posterior gonokoki w wydzielinie gruczołu krokowego spotykały się równie często ($=80\%$) jak i w wydzielinie tylnej cewki. Ponieważ w cierpieniu powyższem zdarzało się, że gonokoki w wydzielinie gruczołu krokowego obecne były w przypadkach, w których nie można było ich wykazać w cewce tylnej ani przedniej i odwrotnie, wyprowadzić można stąd praktyczną wskazówkę, żeby przy poszukiwaniu gonokoków w urethritis chronica posterior nie omijać ani jednej wydzieliny z trzech wspomnianych źródeł. Częstość znajdowania komórek eozynofilowych w wydzielinie części tylnej i gruczołu krokowego w urethritis chronica posterior była większa niż w wydzielinie cewki przedniej.

6. a) Częstość znajdowania komórek eozynofilowych w wydzielinie cewki przedniej zależna jest od czasu trwania cierpienia, w którego pierwszych dniach równając się zeru, wznosi się następnie zwolna aż do końca 1-go tygodnia, tak, że w 3-cim dniu cierpienia wynosi 17% , w 7-ym zaś 100% . Na wysokości ostatniej trzyma się aż do 3-go miesiąca włącznie, poczem zwolna opada.

b) Wahania podobne do powyższych z mniejszym tylko procentem częstości, daje badanie wydzieliny gruczołów Littre'a i kieszonek Morgagni'ego. W pierwszym tygodniu cierpienia procent jest bardzo mały, od końca zaś niego aż do 6-go tygodnia częstość stopniowo wzrasta, poczem powoli opada.

c) Wydzielinę tylną części w przypadkach komplikujących się jej zajęciem wykazać można było wogóle dopiero w 2-gim tygodniu cierpienia, w którym to czasie występowały w niej zaraz komórki eozynofilowe prawie zawsze i trzymały się z jednakową częstością aż do końca 3-go miesiąca, poczem procent stopniowo się zmniejszał.

d) Co się tyczy wydzieliny gruczołu krokowego, to częstość, z którą dają się tam wykazać komórki eozynofilowe po wystąpieniu urethritidis posterioris, zwiększa się zwolna aż do 5-go tygodnia, trzyma się potem na jednakowej wysokości aż do 6-tych miesięcy i następnie spada.

Zawsze jednak w przypadkach przewlekłych komórki eozynofilowe w wydzielinie gruczołu krokowego spotykają się częściej niż w wydzielinie części przedniej, a w wydzielinie tej ostatniej znowu częściej niż w wydzielinie gruczołów Littre'a.

W celu dowiedzenia się, skąd pochodzą ciała eozynofilowe, spotykane w wydzielinie rzeźączkowej, jak również w celu skonstatowania przyczyn, dla których komórki powyższe we wszystkich wydzielinach spotykają się częściej po przyłączeniu się urethritidis posterioris, autor badał krew w przypadkach z powyższą komplikacją o przebiegu ostrym i przewlekłym i przekonał się, że w urethritis acuta posterior, krew, obok wyraźnej zapalnej leukocytozy, wykazywała znaczne zwiększenie ilości komórek eozynofilowych, które jest powodem, że występują one w większej ilości w wydzielinie rzeźączkowej. W urethritis chronica posterior krew nie wykazywała zmian powyższych; ponieważ zaś w tem cierpieniu w wydzielinie gruczołu krokowego komórki eozynofilowe spotykały się częściej niż w wydzielinach innych, to możemy przyjąć,

że gruczoł krokowy pod wpływem zmian przewlekłe-zapalnych, ma własność wytwarzania komórek eozynofilowych.

7) Komórki eozynofilowe spotykają się nietylko w zapaleniu rzeżączkowym; dowodzi tego opisany przez autora przypadek urethritidis et prostatitidis follicularis, wywołany przez bacterium coli.

H. Uliński.

420. Dr S. Werner. **Przyczynek do leczenia rzeżączki.** (*Monatsh. f. Prakt. Derm.* 1896, B. 23, Nr. 3).

Autor robił doświadczenia nad działaniem leczniczem w rzeżączce przemywając cewki moczowej roztworem ichtyolu, spływającego z irygatora przez rurę gumową, zakończoną zwykłą kanką tryprową. Przemywania robione były raz na dzień roztworem 1^o/₁₀₀-m, po 5-ciu zaś dniach—2^o/₁₀₀-ym. Przy przemywaniu cewki przedniej irygator stawiano na wysokości 1,00—1,20 m., przy tejże zaś manipulacji w części tylnej wysokość, wynosiła od 1,65 — 1,80 m. W przypadkach urethritidis na przemycie cewki przedniej wystarczało od 250 do 300 ctm. płynu; przy zajęciu tylnej cewki na przemycie części przedniej używano 100 ctm., następnie przemywano część tylną ilością około 400 ctm. Za wyleczone autor uważał przypadki, w których, pomimo 24-godzinnej przerwy w kuracji, 1) nie pokazywała się wydzielina błony śluzowej cewki, 2) w dwóch porcjach uryny nie było nitek i 3) w ostatnich nitkach tryprowych nie było gonokoków. Doświadczenia robione były w 82 przypadkach, z których na 20 przypadków urethr. anterior. wyleczonych było 19, niewyleczonych 1, na 62 zaś—urethr. anterio-posterioris wyleczonych było 53, nie wyleczonych 9. W przypadkach wyleczonych cierpienie trwało przy rozpoczęciu kuracji od tygodnia do 5-iu miesięcy i więcej, niewyleczone zaś—od 2-eh tygodni do 6-iu lat. Oprócz powyższych 82 przypadków, autor przytacza jeszcze 5, w których chorzy wypisali się ze szpitala podczas trwania kuracji, skutkiem czego została ona zaniechana. W urethr. anter. gonokoki znikły 13 razy w 1-szym tygodniu kuracji, w 10 zaś przypadkach spotykały się jeszcze po upływie tego czasu; przy urethr. post. stosunek był 35:29. Statystyka porównawcza wykazuje, że w pierwszym tygodniu kuracji było ostatecznie wolnych od gonokoków

przy leczeniu alumnolem (Chotzen)	53 ^o / ₁₀₀	przypadków
„ argent. casein. (Jadassohn)	25 ^o / ₁₀₀	„
„ kali perm. Janet (Möller)	29 ^o / ₁₀₀	„
„ kali perm. Janet (Ekelund)	71 ^o / ₁₀₀	„
„ przemyw. ichtyolem (autor)	55 ^o / ₁₀₀	„

Po 20 przepłukaniach autor z 82 przypadków wykazać mógł obecność gonokoków w 10, czyli w 12,2^o/₁₀₀.

Dane swoje, dotyczące procentu przypadków wyleczonych i niewyleczonych, autor porównywa z danymi kilku klinicystów, otrzymanymi ostatnimi laty przy kuracyi rzeżączki innymi środkami lub metodami. W tablicy, która poniżej, do grupy A zaliczone są przypadki wyleczone, do B, z wyleczeniem niepewnym t. j. przypadki niedostatecznie długo obserwowane po wyleczeniu, i nakoniec do C—przypadki niewyleczone.

		A.	B.	C.
Möller	Urethr. ant.	69,5%	—	30,5%
Kal. perm. Janet.	Urethr. post.	51,6%	9,4%	39,0%
Jadassohn	U. a.	71,5%	29,5	—
Argonin	U. p.	35,3%	49,0%	15,7%
Chotzen	U. a.	86,5%	—	13,5%
Alumnol	U. p.	100,0%	—	—
Jadassohn	U. a.	46%	46%	7%
Jchthyol	U. p.	32%	40%	28%
Autor	U. a.	95%	—	5%
Przemywanie ichtyolem	U. p.	85,5%	—	14,5%

Statystyka powyższa przemawia na korzyść metody stosowanej przez autora, a szczególnie wykazuje jej wyższość w porównaniu ze zwykłemi szprycowaniami ichtyolem. Za pomocą tuszów ichtyolowych autor wyleczył po 7—9 posiedzeniach 4 przypadki zapalenia cewki pochodzenia nierzeżączkowego. Na mocy 6-ciu przypadków cystitidis blenorrhoicae acutae, leczonych ichtyolem (duszami lub też za pomocą kateterów) autor wyprowadza wniosek, że przy katarze pęcherza, połączonym z wysoką gorączką, silnem parciem na mocz i przymieszką krwi, stosowanie ichtyolu jest wskazane.

H. Uliński.

Ze zjazdu międzynarodowego ginekologów w Genewie.

Wrzesień, 1896 r.

I. LECZENIE ROPNI MIEDNICOWYCH.

A) G. Bouilly. *O leczeniu ropni miednicowych.*

Leczenie ropni miednicowych wtedy tylko może być skutecznem, gdy dokładnie określono siedlisko ropienia, ponieważ od tego zależy wybór odpowiedniej drogi postępowania lekarskiego. Ropnie

miednicy ze stanowiska chirurgicznego mogą być podzielone na 4 grupy:

1) ropnie tkanki łącznej (parametritis, phlegmone periuterinum).
2) ropnie jajowodów i jajników (pyosalpinx, oophoritis putrida).

3) pierwotne ropnie otrzewnowe (pelveoperitonitis), krwistek podległy ropieniu.

4) rozległe ropnie, ropieniu podlegają jednocześnie rozmaite narządy i towarzyszą im przetoki, otwierające się nazewnątrz przez skórę albo też do narządów sąsiednich (odbytnica, pęcherz).

We wszystkich przypadkach ropni miednicowych mamy do wyboru 3 drogi leczenia:

1) zwyczajne przecięcie ropnia (incisio) z następnem sączkowaniem od strony pochwy lub powłok brzusznych.

2) otworzenie lub wydalenie ogniska ropnego za pomocą cięcia brzuszego (laparotomia).

3) otworzenie lub wydalenie ogniska ropnego od strony pochwy po przednim wycięciu macicy (hysterektomia vaginalis) z rozkawaleniem macicy (morcellement) lub bez niego. Do tegoż sposobu postępowania można zaliczyć wydalenie ogniska ropnego jednostronnego od strony pochwy i pozostawienie macicy wraz z drugostronnymi przydatkami zdrowymi.

Przekłucie (punctio) nie może być uważane za zabieg leczniczy, lecz za środek rozpoznawczy.

Przecięcie (incisio) z następczem sączkowaniem może znaleźć zastosowanie:

a) przy otwieraniu ropni ostrych miednicowych pochodzenia łącznotkankowego. Miejsce przeprowadzenia cięcia oznaczone jest przez najwydatniejsze wygórowanie powłok albo od strony pochwy, albo od strony brzucha.

b) przy ropniach nieskomplikowanych, ostrych lub podostrych, po porodach i poronieniach, przy ropniach pochodzenia tryprowego i wywołanych przez zakażenie podczas operacji;

c) przy krwistekach podległych ropieniu;

d) przy ropniach ściśle ograniczonych do przydatków macicznych, przy jednostronnem umiejscowieniu cierpienia i przy ścianach ropnia cienkich, łatwo przesuwalnych i łatwo dających się sprowadzić do blizkiego zetknięcia z ścianami pochwy.

Wreszcie przecięcie ropnia jest wskazane w tych przypadkach, gdzie ropienie jajnika lub jajowodu jest połączone z tak ciężkim stanem ogólnym chorej, że już z tego powodu cięcie brzuszne jest przeciwwskazane.

Co do dwóch pozostałych sposobów operowania, to w ropniach miednicowych laparotomia i hysterektomia pochwowa nie występują jako zabiegi ze sobą rywalizujące, lecz raczej jako nawzajem się dopełniające. Każdy z tych zabiegów ma swe zalety, swe ujemne i dodatnie strony. W przypadkach, gdzie rozpoznanie jest niepewne, gdzie mamy przed sobą kobietę młodą, która powinna być leczona zachowawczo, tam — należy stosować laparotomię. Dalej gdy ropień leży wysoko w miednicy, gdy możemy przypuszczać zrosty

z sąsiednimi narządami, w tych przypadkach zabieg dokonany po omacku, na ślepo, od strony pochwy, może przynieść wiele szkody. Przeciwnie, przy ropniu nisko położonym w miednicy, lub otorbionym w przydatkach, a często przy ropniach przez zbitą tkankę oddzielonych niejako od reszty jamy brzusznej, droga operowania od strony pochwy jest bezpieczniejszą, niż przeprowadzenie cięcia brzuszego. Wycięcie macicy i przydatków przez pochwę przy leczeniu ropni miednicowych należy uważać za zabieg, sprwadzający radykalne wyleczenie i mniej niebezpieczny, niż laparotomia.

B) A. Kelly. *Operacyjne leczenie ropni miednicowych.*

Istnieją 4 sposoby postępowania:

1) przekłucie od strony pochwy 2) leczenie operacyjne zachowawcze, 3) salpingo-oophorectomia, czasem skombinowana z odcięciem rogu macicy 4) hysterio-salpingo-oophorectomia.

A) Przekłucie ze strony pochwy winno być próbowane jako środek leczniczy, nim przystąpimy do laparotomii w następujących przypadkach:

1) przy gęstych wysiękach, położonych z tyłu po za macicą lub z boku, stykających się ze sklepieniami, albo oddzielonych od jamy otrzewny za pomocą zrостów.

2) w przypadkach przewlekłych z przetokami w odbytnicy lub przedniej ścianie brzucha.

3) przy hydrosalpinx, gdy jajowód od strony pochwy z pewnością może być osiągnięty.

4) przy pelveo peritonitis otorbionem.

Przy przekłuciu ze strony pochwy nie naruszamy sprawności narządów płciowych, unikamy powikłań ze strony systemu nerwowego, zawsze groźących przy hysterio-salpingo-oophorectomii; unikamy niebezpieczeństwa ranienia trzewiów, przy tem chora pozostaje w łóżku niedługo, bo 8—10 dni, a odsetka śmiertelności wynosi tylko 2%. Ujemnymi stronami tego zabiegu jest groźący krwotok przy przekłuciu naczynia, peritonitis diffusa w razie wylania się ropy do jamy otrzewny, przedziurawienie odbytnicy lub jelit (2 przypadki autora).

Najwłaściwszem jest stosować przekłucie u kobiet młodych, u których odcięcie narządów płciowych winno być uskutecznia-
ne tylko w ostateczności.

Zupełnego wyleczenia nie możemy się spodziewać tylko w tych przypadkach, gdzie przy długotrwałem ropieniu nastąpił znaczny wzrost tkanki łącznej, a wskutek tego ucisk na nerwy, moczowody, odbytnicę. Po wypuszczeniu ropy za pomocą przekłucia pozostaną nadal objawy, wywołane przez ucisk.

W niektórych przypadkach należy wykonać próbne cięcie brzuszne w celu zupełnie pewnego rozpoznania i łatwiejszego, dokładniejszego wykonania całego zabiegu. Wtedy napewno uniknąć można takiego niepożądanego powikłania, jak np. przekłucie kiszki.

Po przecięciu ropnia ze strony pochwy nie należy stosować przemywań. Sączkowanie i gaza jodoformowa, sączek kauczuko-

wy, rurka srebrna. Salphingo-oophorektomią i hystero-salpingo-oophorektomią wykonał K. tylko przez laparotomię. Kanał szyjki po odcięciu macicy należy rozszerzyć, przeprowadzić gazę jodoformową od strony brzucha do pochwy i zaszyć ponad szypułą otrzewną, katgutem, szwem nieprzerywanym.

Ranę brzuszną zeszywał K. drutem srebrnym i nigdy nie widział przepukliny przy takim postępowaniu.

C) S ä n g e r. *O leczeniu ropni miednicowych.*

Wobec rozmaitych postaci ropni w miednicy, którym odpowiada ilość rozmaitych zabiegów, należy w każdym oddzielnym przypadku wybierać zabieg najodpowiedniejszy i zarazem najbezpieczniejszy. Dla tego też w Niemczech przy leczeniu ropni miednicy przyjęto następujące zasady:

- 1) bardzo wyraźne wskazanie do zabiegu operacyjnego wogóle,
 - 2) postępowanie możliwie ochronne,
 - 3) poszczególny wybór najodpowiedniejszej operacji na zasadzie bakteriologicznego, klinicznego i anatomicznego rozpoznania.
- Wycięcie macicy przez pochwę lub wycięcie jej wraz z jajnikami i jajowodami w celu leczenia ropni miednicy przez większość ginekologów zostaje zarzucane, ustępując miejsca bardziej zachowawczemu postępowaniu przez cięcie brzuszne.

Największe znaczenie ma tu leczenie ochronne i zachowawcze.

Przechodząc do specjalnego leczenia, odróżnia S. następujące zabiegi: 1) punctio, 2) incisio, 3) coeliotomia vaginalis, 4) coeliotomia abdominalis.

Zwyczajne przekucie ropnia winno być dokonane przy ropniach długotrwałych, ściśle ograniczonych i otorbionych, a przy tem tak położonych, że igła, sięgając do ropnia, nie powinna przechodzić przez jamę otrzewną, przez ropienie nie zajęte.

Wskazania do otworzenia ropnia (incisio):

- a) przy ropniach zewnątrz-otrzewnowych.
- b) przy ropniach wewnątrz-otrzewnowych, gdzie wykonywamy właściwie colpo-coeliotomiam.

Ropnie zewnątrz-otrzewnowe otwierać należy tylko przy rzeczywistym nagromadzeniu ropy, a więc w przypadkach przewlekłych, zwykle w ścisłym pozostających związku ze sprawami położowemi. Dla tego też nigdy nie można za wiele wywierać nacisku na leczenie ochronne i poronne wysięków, powstających po położu.

Przy ropniach wewnątrz-otrzewnowych przecięcie ropnia ze strony pochwy (colpocoeliotomia simplex) jest wskazane w przypadkach przewlekłych przy pojedynczym otorbionem ognisku ropnem, a z przypadków ostrych przy ropieniu w jamie Douglas'a, przy krwisteku poza macicznym ropnym, z objawami zapalenia otrzewny rozlanego.

Technika zabiegu powinna być następująca: otworzenie pochwy żegadłem, otworzenie ropnia na tępo korncangiem; nie przemywać, nie sączkować gazą zaraz po operacji, lecz dopiero później przy dalszem leczeniu.

c) przy guzach zropiałych i otorbionem zapaleniu otrzewny ropnem, powstałem z ropienia całkowitych narządów, nie wystarcza samo przecięcie, o ile można powinien być wydalony cały narząd, podległy ropieniu.

Przy leczeniu ropni miednicy wzrosła trudność wyboru najodpowiedniejszego zabiegu dla tego, że ilość najrozmaitszych operacyi niepomiernie wzrosła.

Mamy mianowicie następujące zabiegi:

I. Pochwowe.

1) colpo-coeliotomia anterior. (Dührsen, A. Martin i inni).

2) colpo-coeliotomia posterior (Atlee, Hegar, Battey, Byfor, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt i inni).

3) colpo-coeliotomia anterior et posterior cum salpingo-oophorectomia uni—aut bilateralis. (Bode, v. Erlach, Gottschalk).

4) colpo-hysterectomy („Castration utérine” Péan).

5) colpo-hystero-salpingo-oophorectomia. („Vaginale Radikaloperation” (Péan, Segond, Doyen, L. Landau).

II. Brzuszne:

1) coelio-salpingectomy i coelio-salpingo-oophorectomia uni—aut bilateralis.

2) coelio-salpingo-oophorectomia bilateralis cum hysterectomy supravaginali.

3) coelio-salpingo-oophoro-hysterectomy totalis (abdominale Radikaloperation).

III. Hystero-Salpingo-oophorectomia abdominovaginalis (L. Landau).

IV. Celiotomia sacralis aut parasacralis.

Ilość zatem operacyi znacznie się od roku 1892 powiększyła, a następnie powiększyła się też ilość przypadków charłactwa (cachexia), wywołanych przedwczesnem odjęciem narządów płciowych. Wywołało to słuszną zupełnie reakcyę pośród większości ginekologów, którzy obecnie dążą do możliwie zachowawczego leczenia i starają się usuwać tylko istotnie chorobliwie zmienione narządy, lub nawet tylko ich części.

Jest to tem słuszniejszem, że leczenie charłactwa po odjęciu jajników przez karmienie lub wszywanie jajników zwierzęcych pod skórę—nie wyszło jeszcze z okresu prób. Lepiej zawsze jest zachować z macicy i jajników, to co zachować można, niż następnie karmić kobietę preparatem zwierzęcym. „Parce ovario et utero.”

Z wyżej wyluszczonej powódów wycinanie macicy, zupełnie resztą normalnej, jako wstęp do dostania się do przydatków, powinno być zupełnie zaniechane. Radykalna operacya (wyjęcie macicy wraz z przydatkami) powinna być dokonywaną tylko wtedy, gdy oprócz adnex'ów sama macica jest dotkniętą ciężkiem cierpieniem (rak, mięśniak, mięsak), gdy ropienie przeszło z przydatków na samą macicę, gdy mamy do czynienia z gruźlicą narządów płciowych, gdy wreszcie przy cierpieniu przydatków mamy dobruśliwe zmiany błony śluzowej macicy, ale połączone z ciężkimi krwotokami. Ważną wskazówką przy wyborze tego zabiegu jest też wiek chorej—im bliżej climax, tem łatwiej można się na radykalną operacyę zdecydować.

Sporną pozostaje kwestya, czy przy ropniach lepiej jest operować przez cięcie brzuszne, czy przez pochwę i czy przy tym drugim sposobie operowania stosować nawiązki, czy też zaciskadła. Co do tych pytań, to większość niemieckich ginekologów skłonna jest do operowania przy pomocy cięcia brzuszego; do operowania przez pochwę wybierają tylko odpowiednie przypadki, w których przeważnie stosują nawiązki. Zarzuty, jakie stawiają przeciwko operacyi pochwowej, pozostały też same, co i poprzednio, mianowicie: zabieg rozpoznawczy od wyjęcia zdrowej często macicy, zamiast od chorych przydatków; niemożliwość zachowawczego postępowania podczas operacyi; zaciemnione pole operacyjne; możność pozostawienia innych ognisk ropnych (appendicitis); większe niebezpieczeństwo zranienia sąsiednich narządów; zwłaszcza trzewiów; niebezpieczeństwo z powodu groźących krwotoków.

Przeciwko stosowaniu zaciskadeł przemawia przede wszystkim niemożebność zamknięcia jamy otrzewny, niebezpieczeństwo zakażenia z powodu zgorzeli szypuł, następcze krwawienia, uszkodzenie trzewiów, ciężki stan chorych po operacyi.

Wprawdzie, przy ropieniu w jamie miednicy, zamykanie otrzewny umyślnie bywa zaniechane, lecz przy stosowaniu zaciskadeł dzieje się to z konieczności zawsze, nawet w tych przypadkach, gdzie wolnej ropy nie było w jamie otrzewny, gdzie mieliśmy do czynienia z otorbionym ropniem, gdzie zatem można było otrzewną spokojnie zaszyć.

Wyższość cięcia brzuszego nad operacyą pochwową wpływa też z tego, że pierwszy z tych zabiegów jest technicznie o wiele więcej wyrobionym, a niebezpieczeństwa laparotomii zmniejszone znacznie przez stosowanie metody aseptycznej, uspienia eterem, stosowanie położenia Trendelenburg'a, sączkowania gazą i ulepszenie szwu brzuszego. Te wszystkie ulepszenia dają możność wykonania przez laparotomię zabiegu najradykałniejszego przy leczeniu ropni miednicowych — mianowicie usunięcie tą drogą macicy wraz z przydatkami „abdominale Radikaloperation” — zabieg o wiele radykałniejszy niż „vaginale Radikaloperation.”

Co do sączkowania, to przy operacyach brzusznych należy je stosować:

1) gdy ropa lub płyn podejrzany dostał się na rękę operującego lub do jamy otrzewny, 2) gdy nie jesteśmy pewni dokładnego zatamowania krwawienia lub osuszenia jamy miednicy, 3) przy przetokach istniejących przed operacyą lub powstałych podczas operacyi, zwłaszcza przy przetokach do S Romanum i odbytnicy, nawet po ich zaszcyciu. Ze wszystkich sposobów sączkowania najlepszym jest worek Mikulicza.

W końcu wzywa Sänger zwolenników poszczególnych sposobów operowania, ażeby nie starali się o werbowanie sobie zwolenników, lecz zwrócili swe usiłowania do wynalezienia wskazań właściwych dla każdej ze stosowanych obecnie operacyi. Wszystkie bowiem są dobre, wszystkie mają swe uzasadnienie, a ten czas już bezpowrotnie przeszedł, gdy o jednym tylko jakimś zabiegu można było mówić, iż on jedynie jest dobrym.

W wywiązującej się dyskusji przyjmują udział: Péan, Doyen, Doleris, Leopold Segoud, Döderlein i inni. Wnioski, które się z niej wyciągnąć dały, a streszczone przez Sängera, wykazują, że zbyt radykalne postępowanie przy ropniach miednicowych przez wszystkich zottało zaniechane. Niebezpieczeństwo przy operowaniu przez pochwę nawet zdaniem Péana nie jest mniejsze niż przy laparotomii. Śmiertelność wynosiła 7—10%. Cała zaś sprawa ropni miednicowych została tak wszechstronnie przedyskutowaną, że prawdopodobnie nie wejdzie do programu przyszłego kongresu.

II. LECZENIE TYŁOZGIĘCIA I TYŁOPOCHYLENIA MACICY.

A) O. Küstner. *Operacyjne leczenie tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy.*

Wnioski.

1) Żadna operacja nie zapewnia macicy tyłozgiętej-pochyłej zupełnego powrotu do normalnych stosunków, lecz zbliża o tyle do normy, że zapobiega następczym: wypadnięciu i zrostom z sąsiednimi narządami.

2) Przy leczeniu operacyjnym należy odróżniać retroversio — flexio mobilis i fixata. Retroflexio fixata musi być najpierw zamieniona na retr. mobilis, a następnie umocowane w przodopochyleniu.

3) Nieznaczone zrosty, umocowujące macicę do tyłu mogą być rozluźnione za pomocą masażu lub sposobu Schultze, znaczniejsze muszą być rozerwane przy otwarciu jamy brzusznej.

4) Otwarcie jamy brzusznej może nastąpić przez sklepienie przednie, tylne i przez cięcie brzuszne. Ta ostatnia droga jest najlepsza i najpewniejsza.

5) Wartość operacji, umocowującej macicę, jest zależną od tego, czy rzeczywiście utrzymuje macicę w dobrym położeniu i czy źle nie wpływa na jej sprawność.

6) W dobrym położeniu utrzymaną jest mac'ca przy następujących zabiegach: ventrofixatio, vaginofixatio, vesico-fixatio, operacji Alexandr'a.

7) Na sprawność macicy z wyliczonych zabiegów bardzo źle wpływa vaginofixatio, dla tego też powinna ta operacja być zaniechana u kobiet mogących rodzić. U starszych daje bardzo dobre wyniki, zwłaszcza skombinowana z colporaphią nawet przy opadnięciach i wypadnięciach macicy w nieznacznym stopniu.

8) Przy istniejących silnych zrostach najodpowiedniejszym zabiegiem jest laparotomia, rozerwanie zrostów Paquelin'em, nożycami i palcami, a następnie umocowanie macicy podług sposobu Olshausen'a. Zdrowe adnexa należy uwolnić ze zrostów, przy chorych przydatkach postępować z całą oględnością możliwie zachowawczo. Temi zasadami należy się rządzić przy leczeniu retroflexio uteri fixata, a skrobanie, kąpiele i leczenie objawowe powinno być zaniechane.

9) Przy tyłozgięciu nieumocowanym najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest operacja Alexandr'a, podług przepisów Werth-Kochera. Wskazaniem do niej jest długie trwanie cierpienia, bezowocne leczenie wiankami, niemożebność stosowania wianków.

10) Ponieważ wypadnięcie macicy jest skutkiem tyłopochylenia, to przy leczeniu wypadnięcia należy najpierw unormować położenie macicy, następnie wykonać ventrofixationem wraz z odpowiednią plastyczną operacją pochwy, dążącą do jej zwężenia.

B) S. Pozzi. *Leczenie chirurgiczne macicy tyłopochylonej.*

Przy tyłopochyleniu nieumocowanym objawy zależne od ucisku są bardzo nieznaczne; na pierwszy plan występują objawy nerwowe, zwrotne, zależne więcej od naruszenia równowagi ciężenia wewnątrz-brzusznego, od entoreptozy narządów miednicy. Gdy taką ruchomą tyłopochyloną macicę zwrócimy do położenia normalnego, bez umocowania jej w tem położeniu, to objawy nerwowe nie ustępują. Nazwa więc „retroversio-flexio mobilis” wydaje się Pozzi'emu nie słuszną. Zgodnie z objawami należałoby nazwać taki stan „nadmierną ruchliwością macicy.” Leczenie chirurgiczne tej choroby nie daje dobrych wyników i powinno być leczeniem objawowym, a więc: skrobanie, amputacja szyjki przy zapaleniu macicy mięszszowem; plastyka odpowiednia przy rozerwaniu kroczca; noszenie wianka i odpowiedniej opaski na brzuchu w celu uregulowania ciężenia wewnątrzbrzusznego.

Przy umocowanym tyłopochyleniu leczenie powinno być skierowane przeciw przyczynom, wywołującym tyłopochylenie, a więc najczęściej przeciw zrostom, powstałym wskutek zapalenia przydatków lub macicy. Tyłopochylenie jest w tych przypadkach tylko skutkiem choroby macicy, jajników lub jajowodów i leczenie powinno mieć to na względzie. Przy takim leczeniu znikają objawy, chociaż tyłopochylenie pozostaje. Gdy zmiany przydatków są poważniejsze, wtedy wskazana jest laparotomia. Przydatki należy uwolnić od zrostów, dokonać częściowego wycięcia jajnika lub kastracyi stosownie do potrzeby, a macicy nie przyszywać, gdyż sama powraca do położenia normalnego. Przy bardzo ciężkich zmianach przydatków macicznych wskazana jest hysterectomia vaginalis.

Polk z New-Yorku przemawia za pożytkiem skracania więzów okrągłych lub krzyżowo-maciczych w celu leczenia tyłopochylenia.

W dyskusyi przyjmują udział Doléris, Sängér, Bouilly, Coelho, Lindfors, Dudley i inni. W zakończeniu Küstner zaznacza istnienie dwóch partyi wprost sobie przeciwnych. Jedni upatrują przy tyłopochyleniu źródło cierpień w sprawach zapalnych i przeciwko nim kierują swe leczenie, drudzy widzą źródło złego w zmianie położenia macicy i usiłują je poprawić. Prawda leży, zdaniem K., pośrodku.

III. O LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH.

N. Charles. Drgawki porodowe mogą występować na drodze odruchowej, mogą być wynikiem zaburzeń w krążeniu, lecz najczęściej występują jako wynik zatrucia krwi i tkanek toksynami (Toxämie), które zwykle bywają wydalane z ustroju przez nerki i wątrobę. Gdy sprawność tych narządów wydzielniczych zostaje naruszona, wtedy następuje zatrucie. Otóż u ciężarnych sprawność ta zwykle jest naruszona, gdyż w większości przypadków mocz ciężarnych zawiera mniej mocznika, niż zwykle. Jest to samozatrucie ciężarnych. Gdy prócz tego nerki lub wątroba podlegną jakiejś sprawie chorobowej, to ilość toksyn wzmagą się znacznie i wywołuje najrozmaitsze przypadłości, z których jedną z najpoważniejszych są drgawki porodowe. Lecz i bez drgawek mogą występować inne postaci zatrucia (paraliż, dyspnoë), i spowodować śmierć. Przypadki te oznacza autor nazwą eclampsia frusta. Najczęściej spotykamy się jednak z zatruciem krwi pochodzenia nerkowego (renale Toxämie), któremu towarzyszy silny obrzęk i białkomocz. Białkomocz nie jest jednak przyczyną drgawek, lecz skutkiem tej samej choroby, która drgawki wywołała. Statystyczne dane zebrane przez Ch. wykazują, że drgawki porodowe przypadają 1 raz na 151 porodów i dają 24,42% śmiertelności dla matek i 41,83% dla dzieci, przy tem częściej występują u pierwiastek (1:02), niż u wielorodzących (1:374), z zejściem u tych ostatnich o wiele gorszem.

Charpentier. Ponieważ każda ciężarna, której mocz zawiera chociażby ślady białka, jest wystawiona na niebezpieczeństwo drgawek porodowych, to leczenie ochronne powinno polegać na stosowaniu diety wyłącznie mlecznej w przypadkach, gdzie są obrzęki bez białkomoczu,—diety mlecznej z pewnemi ulgami. Leczenie takie jest tem bardziej wskazane, że i przy chorobie Bright'a i przy nerce ciężarnych dyeta mleczna daje dobre wyniki. Gdy już drgawki wystąpiły, to u kobiet silnej budowy przy sinicy, rozpoczyna Ch. leczenie od upustu krwi (300—500 gr.). Następnie podaje chlorał i mleko per os lub przez zgłębnik żołądkowy, wywołuje diurezę przez podskórne wlewanie roztworu soli kuchennej, a przeciwko samym drgawkom stosuje uspienie chloroformowe. Przy słabej budowie i u kobiet niedotkniętych sinicą wystarcza podawanie chlorału. Z przyspieszeniem porodu należy czekać, aż do odpowiedniego przygotowania części miękkich. Nie należy wywoływać bólów porodowych, lecz czekać na ich rozpoczęcie. Gdy poród zbyt długo się przeciąga, to przy żyjącem dziecku stosować należy obrót i wyjęcie, lub kleszcze, przy martwym — wymóżdzenie.

W wyjątkowych razach należy wywołać poród nieczesny, a w rozpaczliwych cięciach cesarskie może być stosowane dla uratowania dziecka. Przeciwko accouchement forcé i sectio caesarea, jako stałemu sposobowi postępowania przy drgawkach, Ch. stanowczo oponuje.

Veit jest zdania, że nie może być mowy o racjonalnem leczeniu drgawek porodowych, dopóki istota choroby nie będzie należycie zbadana. Ze wszystkich sposobów leczenia najlepsze do tego czasu wyniki dało stosowanie dużych dawek morfiny. Przyspieszenie porodu w sposób niebezpieczny dla chorych, unikanie podawania przez usta leków chorym nieprzytomnym, powiększenie wydzielania przez odpowiednie środki zewnętrzne wystarcza w zwykłych przypadkach eklampsyi.

Niema powodu uważać drgawek porodowych za tak poważną chorobę, żeby przy nich stosować tak niebezpieczne operacje jak *sectio caesarea* i *accouchement forcé*.

Tarnier uważa za konieczne—stosowanie absolutnej diety mlecznej u ciężarnych nie tylko przy białkomoczu, ale i przy rozmaitych cierpieniach nerwowych (ból głowy, bezsenność). Jest to najlepsze leczenie ochronne. Od roku 1892 do 1895 stosował przy drgawkach upusty krwi, silne środki przeczyszczające, chloroform, chloral i mleko, które wprowadzał przez zgłębnik do żołądka. Ciężarne pozostające w klinice, były leczone ochronnie mlekiem. Wyniki znakomite, bo 9% śmiertelności wraz z przypadkami z polikliniki, podczas gdy do tego czasu śmiertelność wynosiła 37%—38%. Od Stycznia 1896 roku nie było ani jednego przypadku śmierci przy drgawkach porodowych.

Byers radzi kłaść chore na boku, żeby uniknąć zapalenia płuc, często powodującego śmierć przy drgawkach porodowych.

Morisoni: Faktem jest, że białkomocz ciężarnych ustępuje po śmierci płodu i że napady drgawek ustają również z chwilą, gdy płód przestaje żyć. Istnieje prawdopodobnie związek między życiem płodu a napadami drgawek. Stąd wskazówki: 1) przy eklampsyi w 4—5 miesiącu ciąży należy stosować leki wewnętrzne; poronienie sztuczne jest bezcelowe. 2) podczas porodu czesnego lub nieczesnego (8—9 miesiąc) przy odpowiedniem otwarciu przyspieszyć opróżnienie macicy (kleszcze lub obrót). Gdy wskutek odpowiednich wskazań należy zakończyć poród przy nieprzygotowanych częściach miękkich, to M. przekłada cięcie cesarskie ponad *accouchement forcé* Dührsena z obawy *rupturae uteri artificialis*.

Długą dyskusyę zamyka Charpentier następującym wnioskiem: Zgodzić się należy na to, że każdy przypadek eklampsyi winien być leczony najpierw środkami wewnętrznymi. Gdy leki nie pomagają, to przy dostatecznem otwarciu poród powinien być zakończony kleszczami lub obrotem. Przy niedostatecznem otwarciu stosować podawanie leków w nadziei, że płód umrze, a wskutek tego napady drgawek ustaną. Gdy drgawki jednak nie ustają przy groźnym stanie chorej, to dostateczne otwarcie należy dokonać najmniej niebezpiecznym sposobem, a więc rozszerzeniem palcami i ręką.

IV. JAKI SZEW BRZUSZNY DAJE NAJLEPSZE WYNIKI W STOSUNKU DO POWSTAWANIA ROPNI I PRZEPUKLIN.

Pytanie takie, postawione przez La Torre'a z Rzymu, wywołało długą dyskusyę, w której przyjmowali udział Byford, Edebohls,

Pozzi i inni. Wynik tej obszernej dyskusji, streszczony przez Bantock'a jest następujący: Istnieją do tego czasu dwie różnice w zapatrywaniach co do kierunku cięcia brzuszego, wyboru materiału do szycia i aseptyki. Zgodzić się trzeba tylko na jedno: że prawdziwie trwałe szew brzuszny powstaje wtedy, gdy łączymy ze sobą tkanki anatomicznie sobie odpowiadające (otrzewna z otrzewną, powięź z powięzią, mięsień z mięśniem).

Ignacy Mucha.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

42. Bröse wygłosił w Berlińskim Tow. Lek. odczyt o **rozlanem zapaleniu otrzewny rzeźączkowego pochodzenia** i przytoczył dwa odnośne spostrzeżenia własne; popierają one pogląd o możliwości rozlanych zapaleń otrzewny tego pochodzenia, wygłoszony pierwotnie przez Nöggerath'a, a następnie stwierdzony doświadczalnie przez Wertheim'a. Kliniczne spostrzeżenia w tej mierze istniały już Menge'go i Veit'a. Obydwa przypadki autora cechował zwykły w tych razach wybuch nagły choroby, oraz groźny stan przedmiotowy i podmiotowy pacjentów, który kazalby stawiać jaknajgorsze rokowanie; tymczasem obydwaj przypadki zakończyły się pomyślnie bez operacji. Średnio stan poważny w tej chorobie trwa 3—5 dni, poczem zwykle następuje polepszenie i wyleczenie samoistne (jeśli nie brać pod uwagę leczenia objawowego, jako to pęcherza z lodem na brzuch, narkotyków etc.). (Berl. Kl. Woch. Nr. 35, 1896). W. Ż.

422. Następujące wnioski stawia Lührs w pracy swej „o **wykluczeniu całkowitem jelita:**” 1-o Do wykluczenia całkowitego nadają się w praktyce jedynie odcinki jelita grubego i kiszki ślepej. 2-o Całkowite zamknięcie należy przekładać ponad wytwarzanie przetoki, jednakowoż można pozostawić dla odpływu otwór, który w przyszłości, w razie potrzeby, wypadnie zamknąć. 3-o Wykluczenie całkowite w obrębie jelita grubego i ślepego zajmie z czasem bezwarunkowo, miejsce częściowego wykluczenia przez enteroanastomozę, a to dzięki rozlicznym zaletom. 4-o W tych przypadkach, gdzie wykluczenie całkowite i rezekcja nie dadzą się zastosować, z pożytkiem przystępujemy do enteroanastomozy. (Münch. Med. Woch. August. 1896). W. Ż.

423. Gubarew poleca **nici lniane** zamiast jedwabiu w **chirurgii polowej**. Nici wygotować należy w sodzie, przemyć w wodzie i na czas pewien opuścić w mieszaninę 5 grm. kolloidum, 50 wyskoku i 50 eteru. Po kilkunastu godzinach nie rozciąga się i wyjąławia przez gotowanie. (W. M. Pr.). J. Ż.

424. Dr Vahle z Marburga badał **bakteryologicznie wydzielinę z pochwy** u 30 kobiet ciężarnych, oraz u 60 położnic. U pier-

wszej kategorii znalazł on pomiędzy innymi drobnoustrojami 3 razy paciorkowce, 2 razy w czystej hodowli, 1 jednocześnie z gronkowcami. U położnic znalazł V. paciorkowce 15 razy, t. j. w 25% przypadków, przytem 11 razy w czystej hodowli. Badania te potwierdzają orzeczenia Steffek'a, Döderlein'a, Wathard'a i innych co do obecności paciorkowców w pochwie u ciężarnych i rodzących. Wobec tego radzi autor profilaktyczne przepłukiwania pochwy 0,75% roztworem Lig. cresoli saponati przy każdym porodzie. (Zeitsch. f. Gebur. und Gynäk.).

H. K.

425. Podług badań lekarzy Favre'a i Barbezat'a z Chaux-de-Fonds **szankier zgorzelinowy** jest to wrzód sui generis, i bynajmniej nie przedstawia powikłania szankra miękiego. Wywołuje go swoisty lasecznik przez badaczy wykryty i bliżej zbadany; lasecznik ten przeniesiony na rany wywołuje objawy zgorzeli szpitalnej (gangraena nosocomialis), zaszczepiony zaś na nietkniętych błonach śluzowych = objawy szankra zgorzelinowego. (Virchow's Archiv.).

H. K.

426. Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Norymberdze, d-r Riegel przedstawiał kobietę z **owrzodzeniem pierwotnem na łącznicy** górnej powieki prawego oka. Wkrótce potem wystąpiła wysypka grudkowata. (Münch. Med. Woch.).

H. K.

427. Dieballa w przypadku **niedokrewności złośliwej**, nie ustępującej żadnemu leczeniu, z dobrym skutkiem zastosował **salol** w ciągu dłuższego czasu. Chory wyzdrowiał. Za przyczynę niedokrewności w danym razie uważa D samozatrucie nieprawidłowymi produktami trawienia.

J. Z.

IV. Bibliografia.

A. Dürrsen: Gynakologisches Vademecum f. Studierende n. Aerzte. V Auflage. Berlin S. Karger. Charitéstr. Nr. 3, 1896.

Jest to już 5-e wydanie tego samego dziełka, które ze względu na jego wartość, przy małej objętości, przetłumaczyli na polski język koledzy Janowski i Karczewski w r. 1892 m. Od tego czasu zjawily się jeszcze cztery wydania powyższego Vademecum. Co do wartości wewnętrznej dziełka, to o niem tylko pochlebnie odezwać się mogą. Ostatnie wydanie nadto pomnożone zostało opisem nowych operacji, które zyskały sobie w ginekologii operacyjnej mniejsze lub większe prawo obywatelstwa, jak np. Coeliotomia vaginalis autora, operacja Valliet'a, Küstner'a etc. Masaż i terapia ichtyolowa znalazły tu także należyty ocenę. Jednem słowem lekarz, przyswoiwszy sobie zawartość dziełka, a co mu ułatwi jeszcze znaczna stosunkowo ilość rysunków (125), będzie miał sum-

maryczne, nie mniej jednak bardzo dokładne wiadomości o rozpoznaniu i współczesnem leczeniu chorób kobiecych.

Kuniewicz.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Od Redakcyi.

W uznaniu pobudek, które kol. T. Janiszewskiego, lekarza stacyi klimatycznej w Zakopanem, skłoniły do zwrócenia się do nas z żądaniem pośrednictwa, w obowiązującej go sprawie zbierania materiału naukowego, odnoszącego się do klimatoterapii tej stacyi,—a niemniej i z uwagi, że liczniejsze sprawozdania lekarskie o wynikach leczenia klimatem tej najbliższej od nas położonej, par excellence górskiej stacyi, powinny przysporzyć korzyści pod względem ustalenia się wskazań do stosowania odnośnego sposobu leczenia,—najchętniej czynimy zadosyć żądaniu kol. Janiszewskiego, i do niniejszego numeru dołączamy po 1 egzemplarzu dostarczonych nam szematów, prosząc usilnie Szanownych Kolegów, którzy posiadają lub będą posiadać odpowiednie spostrzeżenia, ażeby chcieli zadać sobie trud zużytkowania takowych, w sposób wskazany przez otrzymany od nas szemat,—a sprawozdania swe przesyłali pod adresem d-r T. Janiszewskiego w Zakopanem.

— Jak donoszą „Nowiny Lekarskie” (Nr. 12) liczba **pism lekarskich polskich** z rokiem przyszłym powiększy się o trzy. Dotąd napewno wiemy o jednym, mianowicie o „Krytyce Lekarskiej”, której prospekt rozesłaliśmy już przy poprzednim numerze naszego pisma. O „Kuryerze,” jak dotąd, mamy tylko zapowiedz ustne. Trzeciem wydawnictwem ma być: „Andrologia i Syflografia.” Redakcyę tego pisma (według Nowin), mającego wychodzić jako rocznik, w miarę nagromadzenia się materiału, obejmuje kol. Misiewicz. Pierwszy tom ukaże się jeszcze w roku bieżącym.

— W kwestyl reklamy.

Z „Dziennika dla Wszystkich” z dnia 25 Listopada r. b. czytamy co następuje:

„Dość szybko przyswajamy sobie pewne—mniej pożądane—obyczaje zagraniczne. W niektórych pismach ukazał się świeżo w dziale reklam płatnych kilkusetwierszowy panegiryk, reklamujący z kupiecką bezwzględnością jakieś wino, wyrabiane przez spółkę kapitalistów greckich. „Artykuł” podpisał pełnem nazwiskiem jeden z dosyć znanych lekarzy warszawskich. Trzeba koniecznie ten bombastyczno-fajerwerkowy elaborat, przypominający ciągnięcie za połę przechodniów do sklepu, odczytać od początku do końca, aby powziąć należyte wyobrażenie o stopniu sui generis odwagi owego lekarza, który zdecydował się wystąpić w bynajmniej nie dwuznacznej roli... herolda interesów prywatnych jakiejs fabryki.

Zagranicą tego rodzaju „zalecenia” są dosyć rozpowszechnione, u nas jednak stanowi to nowość... bardzo wątpimy, czy pożądaną. Wprawdzie w danym wypadku nie mamy powodu nie wierzyć, że wychwalane wino jest istotnie smaczne, tanie i zasługujące, aby je kupować i pić (tylko, oczywiście, nie do utraty przytomności)—lecz każdy przyzna, że droga, na którą wstąpił autor (!) reklamy, jest bardzo śliską. Znaleźć się może niejeden, co zechce pana doktora naśladować. Przed oczyma naszymi zacznie się rozgrywać szczególniejsze widowisko: jeden lekarz będzie publicznie bez żenady ściągał kundmanów do składu win, inny do sklepu z bryndzą węgierską, trzeci do fabryki obuwia „hygienicznego” i t. d. Przytem, biorąc od kupca czy przemysłowca honorarium przyzwoite, mniej się będzie zważało na to, czy towar jest dobry istotnie, czy też stanowi tandetę.”

— Nowe zakłady lecznicze.

W początkach b. miesiąca w Warszawie przybyły 2 nowe zakłady lecznicze.

Jeden z nich dla położnic, kol. Fruchtmana i Guirarda, przy ul. Polnej na 6 rodzących, z dobrze urządzoną salką porodową i operacyjną rzeczywiście wypełnia istniejącą lukę.

Drugi kol. Bączkiewicza przy ulicy Ogrodowej. Ten ostatni jest właściwie rozszerzonym dawnym zakładem przed kilku laty otwartym przez kol. B.

Nowy ten zakład dla dzieci powstał, o ile nam wiadomo, dzięki ofiarności państwa Szlenkier.

— Otrzymałiśmy od komitetu przyszłego zjazdu międzynarodowego lekarzy w Moskwie przedwstępny program **zajęć według sekcji, oraz skład osobisty komitetów**. Z tytułów wymienionych kwestyi nie można się domysleć, czy są to tezy postawione przez komitety oddzielnych sekcji, już opracowane przez nie referaty, czy też pytania te poruszone zostały w nadesłanych albo zapisanych odczytach.

Oryginalnie pojęty wydaje się program farmakologii, w którym spotykamy takie tematy:

- 1) Szybkie i pewne leczenie ciężkiej róży.
- 2) Pewne i szybkie leczenie meningitis cerebrospinalis epidemica.
- 3) Leczenie zapalenia płuc gwajakolem przy zewnętrznem stosowaniu.

4) Leczenie róży pierwotnej.

5) Klimatoterapia suchot płucnych.

6) O leczeniu otruść.

Są to kwestye bliżej dotyczące terapii szczegółowej i toksykologii, a z farmakologią wiążą się chyba o tyle, o ile wszelkie środki lekarskie mogą być omawiane w farmakologii.

Wszystkich działów jest 15 (i 5 poddziałów); liczba pytań dochodzi do 180 (oprócz higieny); najwięcej przypada na histologię (21), farmację i farmakologię (17), medycynę sądową (17).

W dziale ogólnej terapii spotykamy temat: Ogólna terapia w stosunku do poszczególnych narządów (np. najnowsze sposoby leczenia chorób serca),—który chyba nadaje się więcej do działu

terapii i patologii szczegółowej. Takiego działu jednak niema wcale.

— 18 lekarzy wniosło protest do Tow. Lek. petersb. na uchwałę co do reklam, którą podaliśmy w 20 numerze Kroniki. Protestu nie uwzględniono.

— W Berdyczewie otwarto oddział Towarzystwa lekarzy Petersburskich. Prezesem został d-r Linowski, vice-prezesem d-r Dynowski, sekretarzem d-r Sperling.

— W Berlinie powstała nowa pracownia dla röntgenografii i prześwietlenia pod kierunkiem d-rów Clausen'a i v. Bronk'a. Chaussestr 3.

— **Prof. d-r Bumm** z Erlangen powołany został na profesora psychiatrii i dyrektora Zakładu dla obłąkanych w Monachium.

— Profesorowie B. Fraenkel i Fasbender, 15 b. m. obchodząc będą **25-lecie** docentury w Uniwersytecie berlińskim.

— Sędziwy fizyolog prof. Du Bois Reymond usunął się chwilowo od wykładów, zastępować go będzie prof. d-r Munk.

— Podręcznik „Patologii i Terapii Szczegółowej,” prof. H. Eichorsta z Żürichu, wyszedł obecnie już w piątym, przerobionem i powiększonym wydaniu, nakładem firmy wydawniczej Urban i Schwarzenberg w Wiedniu i Lipsku.

— Profesorowie otiatrii w Niemczech zażądali, aby ich przedmiot na równi z innymi przedmiotami był obowiązującym przy egzaminach na stopień lekarza praktycznego.

— Na 68-ym zjeździe Towarzystwa przyrodników i lekarzy niemieckich w Frankfurcie n. M., sekcya dla ogólnej patologii i anatomii patologicznej uchwaliła założenie Towarzystwa dla **anatomii patologicznej i fizjologii**. Dla zorganizowania tego nowego towarzystwa powołany został komitet, w skład którego weszli: Virchow, von Recklinghausen, Ponfick, Ziegler, Chiari i Manau.

— Münch. Med. Wochschr. donosi, że na wystawie w Norymberdze nagrodzono medalem srebrnym **środek tajemny**. Fakt ten podaje rzeczone pismo ze słusznem oburzeniem.

— Według d-ra Smidta **działanie chryzarobiny** zależy od chryzofanu, a nie kwasu chryzofanowego, jak to mniemano dotychczas. D-r S. robił odnośne badania na sobie i na chorych. (Th. Wch.).

— Według H. Cohna ludzie, zmuszeni obejmować wzrokiem szerokie horyzonty, mają **siłę wzroku** wyższą, niż normalnie. Dawniej już stwierdzono u dzikich siłę wzroku 6,7 (Kotelmann), 5,0 (Pallas i Humboldt); u marynarzy, według Cohna, wynosi ona do 3,2, a u starców nawet, na Helgolandzie, dochodzi średnio 1,8 (normalną siłę wzroku oznaczamy = $\frac{1}{1}$).

— **Lekarze w Japonii**. Wydział lekarski Uniwersytetu w Tokio liczył w 1891—92 roku akademickim 22 profesorów, w tej liczbie dwóch Niemców. Studya lekarskie trwają przez lat cztery. Liczba studentów wynosiła 144. Mieszkają oni w oddzielnych budynkach i otrzymują całkowite utrzymanie. Rygor panuje tam ogromny, w mieszkaniu nie wolno im używać napojów wysokochylnych, ani też palić tytoniu; w dni powszednie muszą być już o godzinie 8 wieczorem w domu. Wakacje trwają w zimie przez dwa tygodnie, na wiosnę przez tydzień, w lecie przez dwa miesią-

ce. Co rok odbywają się egzamina. W Tokio mają miejsce również kursa dla lekarzy w celu dalszego kształcenia.

Prócz Uniwersytetu w Tokio, znajduje się w Japonii jeszcze sześć szkół lekarskich (Local medical schools) w Koyto, w Osaka, w Nagasaki i t. d.

Liczba lekarzy w Japonii w roku 1892 wynosiła 40,093, t. j. jeden lekarz wypadł na 972 mieszkańców. Na 100 gkm. mieszka w Japonii 10,4 lekarzy. W mieście Tokio było 4,416 lekarzy t. j. jeden lekarz na 344 mieszkańców, w Osaka 1,644 (1 lekarz na 833 mieszkańców). (The annual report of the sanitary bureau of the imperial Japanese government. 1895). H. K.

— Wdzięczność pacjenta.

Lyon Med. podaje ciekawy przyczynek do wdzięczności chorych i ich rodzin. U dziecka 6-letniego, które od 2-go roku życia skutkiem bliznowatego zwężenia przełyku odżywiane było sztucznie d-r M. Bernays z Sant-Louis wykonał sporo zabiegów chirurgicznych, których wynikiem było przywrócenie drożności przełykowi. Przypadek ogłosił z fotografią pod kryptonimami. Matka chorego wystąpiła przed sądy o odszkodowanie z powodu niedotrzymania tajemnicy lekarskiej: a) gdyż d-r B. pokazywał chorego innym kolegom, b) gdyż ogłosił przebieg choroby i umieścił fotografię. Sądy nie wypowiedziały jeszcze swego zdania, ale ciekawy to objaw szerzącej się we Francyi korrupcyi.

Przypominamy sobie coś podobnego u nas. Był to przypadek zapalenia ropnego otrzewny, operowany w szpitalu przez jednego ze znanych chirurgów z wyjątkowo pomyślnym wynikiem. Chora, po wyzdrowieniu, za przedstawienie jej w Towarzystwie Lekarskiem zażądała 5 rs.

— Nieco o dochodach lekarskich.

Niejaki d-r Wolff z Berlina pod nagłówkiem „o patologii i terapii współczesnej choroby lekarzy” wystąpił z twierdzeniem, że dochody lekarskie nie są tak małe jakby się zdawało. Jako optymistą (bo pewno dobrze mu się dzieje z dochodów nie lekarskich) przypuszcza, iż tegoczesne reklamy i inne sztuczki do zdobywania praktyki pochodzą z chęci szybkiego wybicia się na niezależne stanowisko (szybkiego t. j. po 8 latach gimnazyum, 6 uniwersytetu i 2—3 praktyki szpitalnej, t. j. po 16—17 latach, kiedy ludzie w innych fachach mają już dawno byt zapewniony *przyp. red.*). Autor słuszną tylko robi uwagę co do hyperprodukcji różnych zakładów leczniczych, wywołanych nie przez potrzebę, a z powodów nie mających z medycyną nic wspólnego: „Właściciele sanatorjów dzisiaj—mówi autor—są po największej części więcej handlowcami, niż lekarzami.” W szeregu innych zagadnień porusza kwestyę „starych” i „młodych,” sądząc, że ci pierwsi nie są bez winy, gdyż częstokroć dyskredytują „młodych” i nie zachowują form koleżeńskiej grzeczności.

Niektóre z tych uwag można i do Warszawy stosować.

— Na estradzie jednej z paryzkich sal koncertowych rozpoczęto ostatnimi czasy szereg niezwykłych w swoim rodzaju przedstawień. Ze sprawozdania d-ra Marcel'a Baudouin'a, obecnego na odbytem o północy przedstawieniu pierwszym, dowiadujemy się szczegółów następujących: wobec nader licznej, złożonej przewa-

źnie z dam, publiczności, orkiestra odegrała arję z „wisielca,” poczem przy akompaniamencie stłumionych płci pięknej okrzyków, podniesiono kurtynę. Ujrzano wówczas wiszące na przymocowanym do sufitu powrozie, odziane w bluzę indywidualum, wysokie a chude, kościste i powykrzywiane dziwaczne, o ascetycznym wyrazie twarzy, długim nosie fioletowej barwy, oczach przymkniętych i zwieszanej na piersi głowie. Na długich, oddalonych od tułowia rękach widać było wyraźnie żyły, potężnie nabrzmiałe, nadające dłoniom barwę niemal czarną, nogi wisielca trzymają wyprostowane sztywnie, zachowując, wogóle, postawę nieruchomą zupełnie, wyjąwszy chwile, w których grzmi muzyka, wówczas bowiem palce osobnika kurczą się, a tułów przebiegają drgawki. Człek ów, nazwiskiem Durand, jest mieszkańcem Marsylii, gdzie niedawno jeszcze przez dni 28 udawał statwę. W Paryżu postanowił wisieć w ciągu dni 13 bez jadła i napoju, oraz zadosyćczynienia potrzebom innym; wisi też sobie zaczepiony sznurem za szyję, opierając się w chwilach odpoczynku o drabinę. Czy powróż nie przechodzi i pod pachami wisielca, stwierdzić nie można, indywidualum bowiem jest ubrane, uprzywielejewani zaś, którzy mają prawo podejść doń zblizka, mogą dosięgnąć co najwyżej podeszew jego obuwia. Po szczęśliwie odbytem doświadczeniu, D., jak wieść niesie, każe się na rok zakopać pod ziemię, poczem, jak twierdzi, zmartwychwstanie, zyskując w sposób ten sławę nie tylko głodomora, lecz i fakira. (Le Progrés médical. Nr: 19, 1896). K. N.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

S. Sterling: Podmiejskie uzdrowiska dla chorych piersiowych. (Odbitka z Ateneum).

Prof. A. Goldscheider i d-r Edw. Flatau: Ueber Hamatomyelie. (Odb. z Zeitschr. f. kl. Medicin.).

Prof. R. Trzebicky: W sprawie zgorzeli kończyn. (Odbitka „Przeglądu Lekarskiego.”)

D-r de Wannemacker: Pathologie et traitement du prurit. (Odbitka z Belgique méd. 45, 1896).

Zapowiedź na rok 1897.

Poparcie, jakiego nie szczędzą nam nasi czytelnicy, w kierunku stopniowego ulepszania pisma, zmusza nas do gorliwej w tym kierunku pracy i stopniowego rozszerzania naszego programu. Celem naszym jest, jak zawsze, szybkie i dokładne informowanie czytelników o całym ruchu naukowym w kraju i za granicą, oraz zwracanie pilnej uwagi na wszystko, cokolwiek pośrednio tyczy się naszego stanu.

W myśl tej zasady *pierwsi z pism lekarskich polskich* w r. b. wprowadziliśmy *dział statych korespondencyj zagranicznych*, który rozwija się, dzięki naszym korespondentom, znakomicie i pozwala czytelnikom „Kroniki,” czerpać wiadomości o ruchu za granicą z pierwszej ręki.

W roku przyszłym, bacząc na rozwój ogólny pisma, zwrócimy uwagę na *dobór sprawozdań z prasy zagranicznej* i w tym celu *podnosimy honorarya specjalnie za ten dział do 15 rs. za arkusz*. Nie wątpimy, iż uda się „Kronice” pozyskać większą w sprawozdaniach różnorodność i treściwość. Również jak i w r. b. postaramy się i w przyszłym *rozwinąć dział bibliograficzny*. W r. b. pomieściliśmy przeszło 30 ocen rozmaitych dzieł polskich i zagranicznych, natychmiast po ich wyjściu, co daje możliwość czytelnikom naszym orientować się w nabywaniu dzieł i broszur. Oceny te, pisane przez specjalistów, zawsze rzetelną posiadają wartość.

Obok działu sprawozdawczego pismo nasze zawsze stoi otworem dla *wszelkich prac oryginalnych, spostrzeżeń z praktyki szpitalnej i prywatnej*. Szczególniej te ostatnie nadają się do szerokiego współpracownictwa. Wogóle program nasz pozostaje taki sam jak lat dawnych.

- I) Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi medycyny.
- II) Spostrzeżenia z praktyki szpitalnej i prywatnej.
- III) Streszczenia zbiorowe ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy.
- IV) Streszczenia z bieżącego piśmiennictwa lekarskiego.
- V) Ocena książek i broszur lekarskich polskich i zagranicznych.
- VI) Sprawozdania z posiedzeń towarzystw i kongresów lekarskich.
- VII) Korespondencye stałe z ważniejszych ognisk ruchu naukowego.
- VIII) Odcinek, gdzie poruszamy kwestye bieżące, szerszego wymagające omówienia.
- IX) Nowe środki lekarskie.
- X) Wiadomości pomniejszych, informujące czytelnika o najnowszych postępach w medycynie.
- XI) Kronika bieżąca.

XII) Życiorysy i nekrologi.

Podział sprawozdań na sprawozdania medycyny wewnętrznej oraz zewnętrznej, nadal zachowamy jako nader w praktyce dobry.

Nie wątpimy, że czytelnicy nasi, przekonani o szczerzej naszej o ich potrzeby dbałości, nie poskąpią nam i nadal swego życzliwego poparcia, w celu zaś ściślejszego związku upraszamy o łaskawe zwracanie się do redakcyi z zapytaniami we wszystkich, następczających się kwestyach, dotyczących naszej nauki, na które natychmiast nie omieszkamy odpowiedzieć w rubryce odpowiedzi.

Redakcyja.

Warunki prenumeraty „Kroniki Lekarskiej.”

Rocznie w Warszawie rs. 7.

Na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rs. 8.

Na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rs. 8.

Honorarya za nadesłane prace wynoszą:

1) Za arkusz druku (garmontem na interliniach) prac oryginalnych rs. 12.

2) Za arkusz druku (garmontem na interliniach) streszczeń zbiorowych rs. 15.

3) Za arkusz druku (garmontu bez interlinij) streszczeń z pism zagranicznych rs. 15.

4) Za arkusz druku (garmont) wszystkich innych artykułów rs. rs. 12.

Honorarya są wypłacane natychmiast po wydrukowaniu pracy.

Wydawcy.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. A. Karczewski. Przyrząd do chloroformowania przy operacjach w jamie ustnej (wziewnik klinowaty), str. 1061. — II Ludwik Rabek. Przypadek tężca przyrannego leczony antitetaniną. Wyzdrowienie, str. 1065.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Chirurgia. 415. Prof. Maydl. Dalsze wszczepienia moczowodów do kątnicy esowatej przy ectopia vesicae, str. 1068. — 416. D-r Eugène Rochard. Zdrożność jądra podbrzusna, str. 1069.—417. W. Zoega-Manteuffel. Przyczynę do operacyjnego leczenia żyłaków powrózka nasiennego, str. 1070. — 418. Macaigne i Vanverts. Etiologia i patogenesa zapaleń ostrych jądra i przyjądrza (orchi — epidididymitis acuta) pochodzenia nie tryprowego, str. 1070.

- II. Choroby weneryczne i skórne. 419. D-r Pezzoli. W sprawie histologii ropy rzeżączkowej, str. 1072.—420. D-r S. Werner. Przyczynę do leczenia rzeżączki, str. 1074.

Ze zjazdu międzynarodowego ginekologów w Genewie, str. 1075.

- III. 421 — 427. Wiadomości pomniejszych, str. 1085.

- IV. Bibliografia, 1086. — Kronika bieżąca, str. 1087.

Nadesłano do Redakcyi, str. 1091. — Zapowiedź na rok 1897, str. 1092

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 6 Декабря 1896 года

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE, POŚWIĘCONE HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ,

pod redakcją *J. Polaka.*

Jedyny organ higieny krajowej i jedyne specjalne czasopismo sanitarne w języku polskim.

Treść „Zdrowia” stanowią: artykuły cechy ogólnohygienicznej, stosunki ludnościowe u nas i w innych krajach, stosunki meteorologiczne, epidemiologia, stan sanitarny miast: asenizacja, kanały i wodociągi, higiena mieszkań, ogrody i place publiczne, kąpiele, zakłady dobroczynne, zdrojowiska i miejscowości klimatyczno-lecznicze, higiena żywienia, wynalazki i przyrządy sanitarne, higiena szkół, fabryk, rzemiosł i t. d.

„Zdrowie” liczy obecnie 12-ty rok istnienia. W tym czasie było nagradzane na wszystkich zjazdach lekarzy polskich (na ostatnim zjeździe w Krakowie, wielkim medalem srebrnym) oraz medalem złotym na wystawie higienicznej w Paryżu (1887); w Petersburgu (1891).

WARUNKI PRZEDPŁATY.

W Warszawie:	Na Prowincyi i w Cesarstwie:	Za granicą:
Rocznie rs. 4	rs. 5 kop. —	6 flor. 10 m.
Półrocznie „ 2	„ 2 „ 50	3 „ 5 „

Cena pojedynczego numeru 45 kop.

Prenumerować najlepiej w Redakcyi. W Austrii można prenumerować w administr. „Przeglądu lekarskiego” w Krakowie.

Adres Redakcyi: *Święto-Krzyszka 25.*

W redakcyi „Zdrowia” i księgarniach do nabycia:

Kalendarz lekarski na r. 1897;

zawiera: listy lekarzy Królestwa Polskiego, lekarzy szpitali warszawskich, klinik i pracowni, zakładów leczniczych prywatnych, aptek, składów aptecznych i t. p.; uzupełniony obecnie przez A. Bukowskiego i W. Wiorogórskiego, listę alfabetyczną środków lekarskich, zwykle informacje, badanie mikroskopowe ambulatoryjne, notatnik i kalendarz.

Cena 1 r. 20 kop., z przesyłką 1 r. 40 kop.

Pamiętka z Wystawy Hygienicznej;

16 widoków, plan, prace naukowe. 200 stron druku, na wybranym papierze rysunkowym.

Cena 1 r. 50 kop., z przesyłką za zaliczeniem pocztowem 2 ruble.

GAZETA POLSKA,

NAJWIĘKSZY DZIENNIK POLSKI

wychodzi w Warszawie,

przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

Starania Redakcyi „Gazety Polskiej“ zwrócone są do utrzymania na wysokim poziomie zarówno **informacyjnej** jak **literackiej** części dziennika.

Artykuły „Gazety Polskiej“ **polityczne, ekonomiczne, literackie, artystyczne, naukowe** **militarne**, obejmują wszystkie swery pracy i myśli. Artykułów tych drukuje „Gazeta Polska“ **codziennie** po dwa, trzy, niekiedy więcej, a prócz tego lekkie felietonowe obrazki z **chwili bieżącej**.

„Gazeta Polska“ drukuje **korespondencye** z wielkich stolic europejskich i z miast krajowych **depesze** o wszelkich bieżących zdarzeniach politycznych, praktyczne wiadomości **ekonomiczne**, w ich liczbie **ceny zbóż** na rynkach krajowych i zagranicznych, nadto wiadomości **sportowe** i **meteorologiczne**.

Do **Felietonu** ma „Gazeta Polska“ przygotowany na rok 1897 szereg utworów powieściowych młodszej generacji naszych pisarzy. Naprzód pójdą: „**Zakłete koło**“, pow. współcz. Wacława Berenta, oraz „**Krety**“, pow. współcz. Artura Gruszeckiego, osnuta na tle życia górników polskich.

CENA „GAZETY POLSKIEJ“:

W Warszawie: rocznie rs. **9**, półrocznie **4.50**, kwartalnie **2.25**, miesięcznie **75** kop. Z przesyłką pocztową: rocznie rs. **12**, półrocznie **6**, kwartalnie **3**.

Adres „Gazety Polskiej“: Warszawa, Warecka 14.

Adres Agentury „Gazety Polskiej“ w Łodzi: **Księgarnia R. Schatke'go, ulica Piotrkowska.**

Zaleca się umieszczanie ogłoszeń w „Gazecie Polskiej“ ze względu na jej poczytność.