

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne  
po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego  
miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemana'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale  $\frac{1}{100}$  grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu  $\frac{1}{100}$  g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziem po  $\frac{1}{100}$  gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak niemniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

# EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

## (Wilhelmsquelle)

wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych  $\frac{3}{4}$  litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—12

## KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki

Borowskiego ul. Przejazd

D-r Heinricha plac Teatralny

Karpińskiego ul. Elektoralna

Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilpopa ul. Nowy-Swiat

Rutkowskiego ul. Długa

Sobolewskiego ul. Dzika

Turskiego ul. Karmelicka

Ziemińskiego ul. Marszałkowska

## BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—6

## FRANCISZA JÓZEFA

### WODA GORZKA,

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

Dyrekcya w Buda - Peszcie.

5—4

## APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wenera w Warszawie, Długa № 16

poleca

### Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Łyżeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiernego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga** — znakomity środek odżywczy, przewyższający swojemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

**Wina lecznicze** — Nowe środki lekarskie.

**Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska** oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych.

0—15

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. G. WILLENZ. Farmakologiczno-doświadczone badania nad salolami. Doniesienie I. — II. BR. ZIEMIŃSKI. Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopii. Kilka uwag dotyczących zmętnienia rogówki przy miejscowym zastosowaniu kokainy [Dokończenie].—III. M. JAKOWSKI i W. MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae* [Ciąg dalszy]. — IV. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — Wiadomości bieżące. — Nadestano do Redakcyi. — Ogłoszenia konkursowe. — Od wydawcy. — Ogłoszenia.

Z UNIWERSYTECKIEGO INSTYTUTU FARMAKOLOGICZNEGO I Z PRACOWNI FIZJOLOGICZNO-CHEMICZNEJ INSTYTUTU WETERYNARYJNEGO W DORPACIE.

## I. FARMAKOLOGICZNO-DOŚWIADCZALNE BADANIA NAD SALOLAMI. DONIESIENIE I.

Podał

Mag. Zoomed. **G. Willenz.**

Odkryty przez NENCKIEGO w 1883 r. i przez tegoż po raz pierwszy fizjologicznie zbadany salol [związek esteru kwasu salicylowego z fenolem] zawdzięcza, jak wiadomo, SAHLI'emu <sup>1)</sup> swoje terapeutyczne zastosowanie, poczynawszy od roku 1886. Używany bywa on powszechnie w najrozmaitszych chorobach, jako środek, zastępujący kwas salicylowy, a nie pociągający za sobą po zastosowaniu nieprzyjemnych wpływów ubocznych tego ostatniego, a przynajmniej nie w tym stopniu, chociaż zdania terapeutów w tym względzie są dosyć sprzeczne.

Oprócz wyżej wzmiankowanego połączenia fenolu z kwasem salicylowym, NENCKI odkrył cały szereg innych, analogicznych esterów jako środków, mogących zastąpić kwas salicylowy, a mianowicie t. zw. *Betol*, *Alphol* i *Resorcol*. Związki te nie były dotąd jeszcze terapeutycznie zbadane i na jeden betol tylko zaledwie zwrócił KOBERT <sup>2)</sup> uwagę praktyków, nazwawszy go podówczas naftolem, nie wiedząc o mianie, danem przez NENCKIEGO, lecz jeszcze nie ogłoszonym.

Według NENCKIEGO rozkładać się ma salol pod wpływem fermentu trzustki na zasadnicze swoje składniki [62% kwasu salicylowego i 38% fenolu]. Osobne badania, podjęte wspólnie z panią SIEBER, przekonały go nadto, że środek ten, zastosowany na ranę, działa jako silny środek przeciwgnilny. Zresztą brak

<sup>1)</sup> SAHLI. Correspblt. f. Schweizer Aerzte. 1886. Nr. 16 i La Sem. Méd. 1886. Nr. 15.

<sup>2)</sup> KOBERT. Therap. Monatsh. Nr. V. p. 164.

wszelkich danych co do wpływu innych narządów, tkanek i soków ustroju na salol. Mając to na uwadze, przedsięwziąłem szereg doświadczeń dla wykazania, czy w ogóle rozszczepienie wszystkich salolów następuje w ustroju i w razie dodatniego wyniku, dla przekonania się, w których mianowicie narządach, do jakiego stopnia i przy jakich okolicznościach ma to miejsce.

Przedewszystkiem wykonałem doświadczenia na wykrajanych narządach według następującej metody: odpowiedni narząd, po dokładnem przemyciu go wodą i rozkrajaniu na drobne części, rozcierałem z wodą w porcelanowym moździerzu i dodawałem następnie niewielką ilość jednego z salolów, znów rozcierając. Otrzymaną masę poddawałem przez rozmaicie długi przeciąg czasu działaniu stałej ciepłoty 30°—40° C. w piecu dla wylęgania; część tylko doświadczeń wykonaną została przy zwykłej ciepłocie pokojowej. Dla przekonania się, czy rozłożenie nastąpiło, dodawałem do filtratu z rozcieńczonej wodą miazgi kilka kropel półtorachlorku żelaza. Powstawanie fioletowego zabarwienia, właściwego wolnemu kwasowi salicyłowemu, świadczyć miało, że rozkład nastąpił. W przeważającej liczbie doświadczeń brałem narządy natychmiast po śmierci zwierzęcia; dla zbadania jednak wpływu fermentów towarzyszących gniciu, badałem też i narządy, podległe większemu albo mniejszemu stopniowi zgnilizny.

Wyniki, otrzymane z wykonanych w powyższy sposób z górną dwustu doświadczeń, są następujące:

1) Wspomniane wyżej salole ulegają szybkiemu i silnemu rozszczepieniu pod wpływem działania istoty wątroby, trzustki i błony śluzowej kiszek cienkich, cokolwiek wolniej i słabiej pod wpływem istoty ślinianek i nerek, znacznie słabiej i powolniej pod wpływem błony śluzowej żołądka, nawet przy alkalicznym odczynie tegoż, a następnie pod wpływem *thymus*, *gl. thyreoidea*, błony śluzowej kiszek grubych i pod wpływem jąder.

2) Po roztarciu salolów ze śledzioną, z krwią, z błoną śluzową żołądka o odczynie kwaśnym i z mięśniem, brak wszelkiego odczynu, świadczącego o ich rozszczepieniu.

3) Wszystkie wspomniane rozszczepienia następują i przy pokojowej ciepłocie, znacznie jednak wolniej, niż przy ciepłocie ustroju zwierzęcego.

4) W nierozszczepionym stanie nie wykazują salole prawie żadnych powstrzymujących gnicie własności. Najdokładniej pod tym względem został zbadany betol: w zmieszanej z tymże miadze śledziony wystąpił po upływie 6 godzin silny zapach zgnilizny.

5) Zato rozszczepione salole objawiają w silnym stopniu przeciwnilne własności. W roztartej z betolem miadze kiszek cienkich, nawet po upływie 4 miesięcy brak było wszelkiego zapachu zgnilizny.

6) Ślady odczynu rozszczepienia można zauważyć już po 30 minutach przy trzymaniu miazgi w piecu dla wylęgania, przy pokojowej ciepłocie jednak dopiero po upływie 1—2 godzin.

7) Po dodaniu salolów do trzustki, wątroby i błony śluzowej kiszek cienkich, objawiających silnie posunięte gnicie, wystąpił po upływie kilku godzin

odczyn rozszczepienia, a zapach zgnilizny zmniejszył się stopniowo, nie znikł jednak zupełnie, nawet po upływie 8 miesięcy.

8) Po dodaniu salolów do zgnitych mięśni, śledziony i krwi, nie wystąpiły nawet ślady rozszczepienia, a zapach zgnilizny nie zmniejszył się, nawet po upływie 2 miesięcy.

9) Po dodaniu roztworów salolów w oliwie do narządów bądź wcale nie następuje odczyn rozszczepienia, bądź też w bardzo nieznacznym stopniu, przy czem zauważyć się daje silny zapach gnicia.

10) Zupełnie to samo ma miejsce z roztworami salolów w solwinie. Dla tego też zarówno oleiste roztwory salolów, jak i roztwory w solwinie nie mogą mieć praktycznego zastosowania w chirurgii.

Ażeby wykluczyć wpływ fermentów gnicia przy rozszczepianiu się salolów, wykonałem szereg doświadczeń, w których do miazgi narządów, zmieszanych z salolami, dodawałem środków przeciwgnilnych, a mianowicie kwasu bornego w stosunku 1:30, lub sublimatu w stosunku 1:500.

Kwas borny w podanej koncentracji zdaje się nie powstrzymywać wcale sprawy rozszczepienia; roztwór sublimatu [1:500] osłabiał cokolwiek i powstrzymywał też sprawę, nie usuwał jej jednak zupełnie. Ów tamujący do pewnego stopnia wpływ sublimatu zależy zdaje się od tego, że związek ten, w podanej wyżej koncentracji w sposób energiczny wstępuje w związek z białkami komórek narządów, przez co powstrzymuje ich czynności. Nadto i kwasność podobnych roztworów nie jest zapewne bez wpływu tamującego na rozszczepianie.

Bądź co bądź z doświadczeń powyższych wynika, że sprawa gnicia nie powiększa wcale stopnia rozszczepiania salolów przez odpowiednie narządy.

Jak rzeczono, NENCKI wykazał rozszczepianie się salolu pod wpływem trzustki. Przy roztarciu betolu z przefiltrowanym glicerynowym, albo NaCl wyciągiem trzustki, nie występowało w moich doświadczeniach rozszczepienie prawie wcale, nawet po upływie kilku dni. Przy roztarciu betolu z przefiltrowanym wyciągiem błony śluzowej kiszek cienkich brak rozszczepienia zupełny. Również ujemne wyniki otrzymałem przy doświadczeniach nad rozszczepieniem betolu za pomocą myrosiny, emulsyny, pankreatyny i papajotyny.

Doświadczenia powyższe upoważniają mnie do wniosku, że rozszczepienie salolów, a głównie betolu, nie jest zależnem ani od zwierzęcych, ani od izolowanych roślinnych fermentów; powstanie jego objaśnić sobie należy przez specjalną czynność samej komórki, niezależnie od fermentów. Podobne spostrzeżenia uczynione zostały przez O. NASSE'go przy rozszczepianiu się glikozydów.

Przychodziło mi na myśl, że wspomniane rozszczepianie się może być spowodowane przez alkalescencyję miazgi. Że jednak salole przy tak słabo alkalicznym odczynie, jaki jest właściwym miazdze narządów, nie przedstawiają, nawet po kilku godzinach, ani śladu rozszczepienia [jeżeli preparaty nie zawierały wcale wolnego kwasu salicylowego], musiałem się wyrzec stanowczo tego przypuszczenia.

Salole nie przedstawiają bynajmniej bardzo stałych związków: salol rozkłada się częściowo już przy zwykłej ciepłocie pod wpływem stężonych alkaliów, nierównie jednak silniej występuje ten rozkład, jeżeli doprowadzić salol, *resp.* betol, alfol, lub resorcol do wrzenia z gryzącymi alkalijskimi, albo wodą barytową. Salol rozkłada się nawet przy gotowaniu wprost z wodą na swoje części składowe.

Po dodaniu do wysokowego roztworu salolu kilku kropel półtorachloru żelaza, występuje silne, fioletowe zabarwienie. Wyskok nie powinien zawierać więcej nad 40% wody, w przeciwnym bowiem razie występuje tylko zmętnienie, bez fioletowego zabarwienia. Przy klóceniu betolu, alfolu lub resorcolu z absolutnym wyskokiem, następuje częściowe rozpuszczenie się tychże; po dodaniu kilku kropel półtorachloru żelaza do otrzymanego w ten sposób roztworu, następuje również silne fioletowe zabarwienie. Zabarwienie to nie jest spowodowane przez wolny kwas salicylowy, ponieważ: 1-o roztwory wykazują obojętny odczyn, 2-o przy wielokrotnem klóceniu salolów ze słabo zaalkalizowaną wodą nie następuje po dodaniu kilku kropel półtorachloru żelaza po uprzednim zobojętnieniu żadne zgoła zabarwienie, 3-o po dodaniu półtorachloru żelaza do alkoholowego roztworu pozostałego na filtrze salolu występuje silny, fioletowy odczyn. Można by ztąd wnosić, że salole przez wyskok pozostają rozłożone na ich części składowe, co jednak w rzeczywistości nie ma wcale miejsca. Po dodaniu do wysokowych roztworów salolów wody przekroplonej, powstaje, jak wiadomo, ich emulsyja, w której półtorachlorek żelaza nie daje żadnego zgoła fioletowego zabarwienia. Przemawia to w każdym razie stanowczo przeciwko rozszczepianiu salolów przez alkohol. Ponieważ jednak, jak powyżej rzeczone, za dodaniem półtorachloru żelaza do wysokowych roztworów salolów odczyn występuje stanowczo, dla wytłómaczenia tego zjawiska starałem się znaleźć inne wyjaśnienie, a mianowicie, że przy powyższem rozszczepieniu wyskok zachowywać się zdaje zupełnie biernie i gra rolę tylko jako bardzo dobry środek rozpuszczający, umożliwiający i sprzyjający chemicznemu powinowactwu pomiędzy półtorachlorkiem żelaza i salolami. [D. n.]

## II. OZNACZANIE NIEMIAROWOŚCI ZA POMOCĄ RETINOSKIJASKOPII. KILKA UWAG, DOTYCZĄCYCH ZMĘTNIENIA ROGÓWKI PRZY MIEJSCOWEM ZASTOSOWANIU KOKAINY.

Wykład

**D-ra med. Br. Ziemińskiego,**

Szefa kliniki ocznej prof. GAŁĘZOWSKIEGO w Paryżu, na zjeździe okulistów 2 Maja 1887 r. w Paryżu

[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

Skoro oświetlimy z odległości 125 ctm. naprzód dno oka miarowego lub też słabo niemiarowego, którego źrenica nie jest zbyt rozszerzona, a następnie dno oka silnie niemiarowego, zauważymy, że w pierwszym przypadku źrenica

zająśnieje w świetle czerwonawem, nie łatwo nam jednek będzie rozróżnić cośkolwiek w tem oświetlaniu, w ostatnim zaś razie [przy niemiarowości silnej], odróżnimy wyraźnie naczynia siatkówki, część tarczy nerwu wzrokowego. Powiększenie części dna oka przy miarowości oraz niższych stopniach niemiarowości jest silniejsze — w warunkach, w jakich odbywa się nasze badanie — niż przy badaniu oczu o wyższych stopniach niemiarowości. Badając z odległości, wynoszącej więcej niż 1 metr, mamy możność rozpatrywać małą stosunkowo część dna oka badanego, [pole badania wziernikowego jest w tym razie szczupłe], ztąd wynika, że jedno naczynie siatkówki, które przedstawia się tu [*E*, *A* *m* *e* *t* *r* *o* *p* *i* *a* *s* *ł* *a* *b* *a*] mocno powiększone, może zająć całe to pole, a nawet przekroczyć granice takowego. Naczynia siatkówki oka silnie niemiarowego, które nie przedstawiają się nam pod tak silnem powiększeniem, łatwo odróżnić zdołamy. Ostatecznie sprawdzić to można, rozpatrując z odległości 1 metra np. za pomocą soczewki wypukłej + 10,0 *D* kartę drukowaną, którą umieszczamy naprzód w odległości ogniskowej, a następnie w różnem oddaleniu przed lub też po za ogniskiem soczewki.

Przy badaniu więc zapomocą retinoskijaskopii, tem większą część dna oka na raz rozpatrywać możemy, im wyższy jest stopień *H* lub też stopień *M* z tem zastrzeżeniem, że przypuszczamy, że źrenica oka badanego ma zawsze tę samą średnicę. Ztąd wynika, że obraz płomienia, rysujący się na dnie oka, inaczej mówiąc, że część oświetlona siatkówki oraz cienie, otaczające tę część będą wydawać się przesuwają w źrenicy przy zwrotach wziernika tem powolniej im większą będzie część dna oka widoczna na raz, t. j., im wyższy będzie stopień *H* lub też stopień *M*. Przeciwnie zaś przy miarowości i słabej niemiarowości, będziemy w stanie przy lekkim zwrocie wziernika zaciąć cały krążek źrenicy, gdyż cień przebiega szybko po małej części dna oka widocznej naraz w tym przypadku.

Ruchy cieni są tem powolniejsze, im stopień niemiarowości jest wyższy, rzecz więc prosta, że przy lekkich zawsze jednakowo wydatnych zwrotach wziernika, część zacięta w krążku źrenicy będzie tem węższą, im silniejszy jest stopień *H* lub też stopień *M*. Że zaś pozostała część w krążku źrenicy jest przy naszym badaniu oświetloną, zatem część ta będzie tem obszerniejsza im szczuplejszą stanie się część zacięta w krążku źrenicy, inaczej mówiąc, im wyższą jest niemiarowość oka badanego.

Należy też zwracać uwagę przy retinoskijaskopii, jaką postać w danym przypadku przedstawia część zacięta w źrenicy, jak się przedstawia tamże granica pomiędzy światłem, a cieniem. Przy badaniu oka miarowego lub też lekko niemiarowego, szczególnie zaś przy badaniu niskich stopni krótkowzroczności, cień, występujący w źrenicy, zajmuje mniejszy lub większy odcinek krążka źrenicznego; w tym razie granica dosyć ściśle nakreślona pomiędzy częścią oświetloną i zaciętą w krążku źrenicy występuje jako linija prosta lub dokładniej mówiąc, jako łuk, tworzący małą część koła oznaczonej średnicy. Przy badaniu zaś wyższych stopni *H* lub też *M*, granica ta przedstawia się jako łuk, tworzący część koła o średnicy znacznie mniejszej, część zacięta w źrenicy uwydatnia się mniej lub więcej wyraźnie pod postacią półksiężyca.

Podczas badania wyższych stopni niemiarowości, powiększenie części dna oka badanego jest słabe, rozpatrujemy też znaczną część dna oka, a zatem spostrzegamy na raz znaczną stosunkowo część całej linii tworzącej granicę pomiędzy częścią oświetloną i zacienioną na siatkówce. Im znaczniejszą jest część całej tej linii granicznej, widoczna w źrenicy, tem wyraźniej zarysowują się też linija pod postacią łuku, który nadaje części zacienionej w krążku źrenicznym postać półksiężyca, przyległego do części oświetlonej. Skoro zaś powiększenie części dna oka jest silniejsze [przy miarowości oraz niskich stopniach niemiarowości], pole badania wziernikowego jest szczupłe. W tym razie mała stosunkowo cząstka całej linii krzywej, która odgranicza oświetloną i zacienioną część na siatkówce, przedstawi się nam przy badaniu z odległości jako linija prawie prosta, oddzielająca w oświetlonym krążku źrenicy mniejszy lub większy odcinek, pogrążony w cieniu.

Przyпускаłiśmy dotychczas, że szerokość źrenicy jest średnia, skoro jednak szerokość jej jest znaczna lub też skoro źrenica rozszerzoną jest sztucznie do *maximum*, granica pomiędzy częścią oświetloną i zacienioną w źrenicy ma zawsze postać łuku, lecz w tym nawet razie łuk ten będzie odmienny w różnych stopniach niemiarowości. Obszar pola badania wziernikowego jest zależny i od szerokości źrenicy. Można przekonać się o tem łatwo, rozpatrując z pewnej odległości [równej jak przy retinoskijaskopii] za pomocą soczewki wypukłej + 20,0 D. kartę drukowaną, umieszczoną w ognisku tej soczewki, oraz zasłaniając takową kawałkiem papieru, mającym mały otworek, którego średnicę zmieniamy następnie.

Retinoskijaskopija jest dotąd najlepszym sposobem oznaczania niezborności (*As*). Chcemy też dodać kilka uwag, wynikających ze spostrzeżeń naszych, a dotyczących tego zastosowania retinoskijaskopii. Wymiary główne przy niezborności prawidłowej skierowane być mogą nietylko poziomo oraz pionowo, ale i skośnie. Autorowie radzili też dotąd, aby w celu oznaczania niezborności przez retinoskijaskopiję zwracać wziernik w przeróżnych wymiarach. Rada to słuszna; zważyć jednak należy, że badanie takie naraża nieraz na znaczną stratę czasu. Trzeba też uprościć, ściślej określić ten sposób badania.

Przy badaniu niezborności prawidłowej spostrzegamy nieraz, że cień zdaje się posuwać skośnie w stosunku do płaszczyzny, w której porusza się wziernik; następuje to zawsze przy zwracaniu wziernika w jakim bądź wymiarze pośrednim pomiędzy głównymi. Część oświetlona siatkówki ma postać prawie kolistą [postać koła] przy miarowości oraz krótko i nadwzroczności oka badanego. Światło i cień siatkówkowy posuwa się w tym razie na dnie oka wzdłuż linii prostopadłej do osi zwrotu wziernika. Przeciwnie zaś przy niezborności prawidłowej spostrzegamy o w a ł ś w i e t l n y, s k i e r o w a n y r ó w n o l e g l e do j e d n e g o z g ł ó w n y c h w y m i a r ó w. Ztąd łatwo objaśnić sobie fakt wyżej podany, dotyczący kierunku ruchu cieni przy niezborności prawidłowej, jeśli nadto zauważymy, że cień posuwa się zawsze niezależnie od refrakcyi wzdłuż prostopadłej do linii granicznej pomiędzy światłem i cieniem na siatkówce. Spostrzeżenie to ma dla nas wysoką wartość, pozwala nam bowiem szybko oznaczyć niezborność.



Naprzód zwracamy wzniernik około osi pionowej lub poziomej. Jeśli w tym razie cień [zamiast posuwać się ze strony prawej ku lewej lub też z góry ku dołowi albo odwrotnie] skierowywa się skośnie, mamy dowód, że w danym przypadku niezbornosć istnieje, oraz, że wymiary główne nie są skierowane pionowo i poziomo, lecz że takowe mają kierunek skośny; kierunek tychże wskazuje nam linija, odgraniczająca część oświetloną źrenicy od części zacienionej. Jeśli zaś cień nie posuwa się skośnie, daje to nam natychmiast dowód, że niezbornosć o wymiarach skośnych nie istnieje w danym przypadku. Tu więc dla ściślejszego rozpoznania wystarczy zwrócić wzniernik w jakim bądź z wymiarów skośnych, tak np., aby światło przesuwalo się przy odpowiednim zwrocie wzniernika z góry oraz ze strony skroniowej ku dołowi oraz ku stronie nosowej lub też *vice versa*. Jeśli w przypadku badanym istnieje niezbornosć o wymiarach skierowanych pionowo i poziomo, wtedy cień posuwać się będzie, mimo skośnego zwrotu wzniernika, ze strony prawej ku lewej, lub też z góry ku dołowi albo odwrotnie, nigdy zaś skośnie, coby tu nastąpiło w razie, gdyby niezbornosć nie istniała w oku badanem.

Zwykle przy tych 2 zwrotach wzniernika przekonać się tu można o istnieniu niezbornosci, a zarazem rozpoznać kierunek wymiarów głównych.

Nader rzadko niezbornosć objawia się dopiero po uprzednim zastosowaniu odpowiednich soczewek kulistych.

Posługując się wzniernikiem wklęsłym, należy mieć do badania przynajmniej 2 wznierniki wklęsłe, jeden o odległości ogniskowej 20 ctm., inny 10 centymetrowy np., ten ostatni o krótszej odległości ogniskowej niezbędny jest dla szybkiego rozpoznawania miarowości oraz niskich stopni niemiarowości; wzniernik ten jest też niezbędny zawsze przy badaniu refrakcyi z bliższej odległości [np. 70 ctm.] za pomocą retinoskijaskopii. W praktyce nie zawsze rozporządzać można aż 2 takimi wzniernikami, zacząłem też badać za pomocą wzniernika płaskiego, a przekonałem się, że takowy może tu znaleźć zastosowanie zawsze i w zupełności wystarcza dla rozpoznania refrakcyi za pomocą retinoskijaskopii. Należy jedynie mieć na uwadze różnice zasadnicze, jakie istnieją pomiędzy zjawiskami, występującymi przy użyciu wzniernika wklęsłego i płaskiego. Badając z odległości około 125 ctm. za pomocą retinoskijaskopii, zauważymy przy użyciu wzniernika płaskiego, że cień posuwa się w kierunku odpowiednim do zwrotu wzniernika przy  $E$ ,  $H$  oraz  $M > 1.0 D.$ , w kierunku zaś wręcz przeciwnym przy  $M =$  lub  $> 1,0 D.$

Nadto przy użyciu wzniernika płaskiego możemy oznaczyć stopień krótkowzroczności bez zastosowywania soczewek wklęsłych, umieszczanych przed okiem chorego podczas badania za pomocą retinoskijaskopii. Tu jednak osoba badająca powinna znać dokładnie odległość punktu najbliższego [dokładnego] widzenia jej (*punctum proximum*). Znalazszy wtedy najkrótszą odległość, z której może jeszcze odróżnić ruchy cieni właściwe oku krótkowzrocznemu, wymierzwszy takową, osoba badająca powinna odjąć od tej liczby liczbę, oznaczającą oddalenie punktu najbliższego widzenia jej, a otrzyma liczbę, oznaczającą oddalenie punktu dali chorego, a zatem stopień krótkowzroczności tegoż.

Przypuśćmy, że badacz znajduje, że odległość 25 ctm. jest najbliższa, z jakiej jeszcze rozpoznaje ruchy cieni właściwe przy *M*; w takim razie, wiedząc np., że jego *punctum proximum*, oddalone jest ca. 15 ctm., dochodzi do wniosku, że oko badane przedstawia  $M10,0 D$ . [po odjęciu 15 od 25 otrzymujemy 10, liczbę, oznaczającą punkt dali oka tego]. Sposób ten podajemy, nie zalecając jednak takowego w praktyce, z powodu, że wymaga wiele wprawy, jeśli chcemy mieć wyniki należyte dokładne.

Oznaczając refrakcję za pomocą retinoskijaskopii używamy nader rzadko środków, rozszerzających źrenicę. Jako takie zalecamy kokainę, która oddaje znakomite usługi w tym kierunku szczególnie u osób młodych; u osób starszych wiekiem lepiej zastosowywać homatropinę (*homatropinum hydrobromatum*). Unikamy zwykle zmętnienia rogówki, które objawia się niekiedy szczególnie u starców, zalecając zawsze choremu, aby miał powieki lekko przymknięte po każdym zapuszczeniu rozczywu kokainy do worka łącznicy, nadto rozpoczynamy badanie wzornikowe po ustąpieniu znieczulenia rogówki. Prof. GAŁĘZOWSKI był pierwszym, który zwrócił uwagę na to zmętnienie rogówki, występujące przy miejscowym zastosowaniu kokainy, oraz podał <sup>1)</sup> zajmujące opisy tych zmętnień, pojawiających się przy porażeniu czułości rogówki przez kokainę (*kératite neuro-paralitique cocaïnique*). PFLUEGER <sup>2)</sup>, BUNGE <sup>3)</sup>, WUERDINGER <sup>4)</sup> i inni mieli sposobność spostrzegania u chorych i wywoływania u zwierząt przy miejscowym zastosowaniu kokainy zmętnień rogówki, które wyjątkowo w dosyć groźnej postaci się objawiały, w kilku przypadkach wywołały nie tylko powierzchowne i przemijające, ale nawet trwale i głębiej położone zmętnienia rogówki.

Co do nas mieliśmy na szczęście sposobność spostrzegać dotąd jedynie przemijające oraz powierzchownie położone zmętnienia rogówki przy miejscowym zastosowaniu kokainy. Zmętnienia te rogówki, występujące podczas porażenia czucia tej błony, wydawały się w przypadkach, spostrzeganych przez nas, być skutkiem zeschnięcia nabłonka rogówki (*Xerosis epithelialis corneae*). Zmętnieniu rogówki towarzyszyło zwykle lekkie wysadzenie gałki ocznej, rozszerzenie szpary powiekowej; mruganie powiek (*clignements des paupières*) było zarazem mniej częstem.

Biorąc pod uwagę skutki działania porażającego kokainy na zakończenia nerwu trójdzielnego w przyrządzie wzrokowym, oraz działanie tego środka na obwodowe naczynia łącznicy, które ulegają zwężeniu [działanie pobudzające na gałązki naczynio-ruchowe nerwu spółczulnego], trzeba przyznać, że zastosowanie kokainy nie może pozostać bez wpływu na czynność narzędzi wydzielniczych przyrządu wzrokowego. Zmniejszenie wydzielin gruczołu łzowego oraz łącznicy, przy jednoczesnem rozszerzeniu szpary powiekowej, mniej częstem mruganiu

<sup>1)</sup> Congrès français de chirurgie. Paris. 1885.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1884.

<sup>3)</sup> Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. 1885.

<sup>4)</sup> Münchener med. Wochenschrift. Nr. 8, 9. 1886.

i t. d., może objaśnić tu szybkie pojawianie się zmętnienia rogówki przez zeschnięcie nabłonka tejże.

Zdarza się zauważyć, że to zmętnienie rogówki występuje powolnie przed naszymi oczami, rzec można, skoro po znieczuleniu rogówki przed jakąkolwiek operacją, dotyczącą takowej, powieki chorego szeroko są otwarte przez czas pewien za pomocą rozwieracza.

\*

\*

\*

Wnioski, mające wartość praktyczną:

1. Najściślej oznaczyć można stopień niemiarowości za pomocą retinoskijaskopii, umieszczając podczas badania kolejno odpowiednie soczewki przed okiem chorego. Sposób ten jednak, zmuszający nas do zmieniania wielu nieraz soczewek, jest zbyt męczący. Chcąc, aby takowy mógł znaleźć zastosowanie praktyczne, należy umieć oznaczać w przybliżeniu jedynie przez zwracanie wzniernika stopień niemiarowości, rozpatrując odmienne zawsze zjawiska charakterystyczne, występujące przy różnych stopniach niemiarowości, dopiero na ostatek, w celu ściślejszego rozpoznania, trzeba zastosować kilka soczewek odpowiednich.

Nadając wzniernikowi wkłęsłemu lub też płaskiemu bardzo powolne zwroty boczne, zauważymy, że: a) przy miarowości i przy bardzo niskich stopniach niemiarowości, blask części oświetlonej w źrenicy jest znaczny, cień mało wydatny, ściśle jednak odgraniczony; granica pomiędzy częścią oświetloną i zacienioną w źrenicy występuje w postaci łuku, który przedstawia cząstkę koła o znacznej bardzo średnicy; granica ta jest prawie prostolinijna przy miarowości oraz niskim stopniu krótkowzroczności, część krążka źrenicy, pogrążona w cieniu, jest stosunkowo o wiele większa od obszaru części oświetlonej, cień przesuwa się szybko w źrenicy. b) Przy średnich stopniach niemiarowości blask części oświetlonej w źrenicy jest niezbyt silny, cień występuje wyraźnie, przedstawia postać półksiężycy, różnica pomiędzy obszarem części źrenicy, pogrążonej w cieniu, oraz części oświetlonej, nie jest znaczna. c) Przy wyższych stopniach niemiarowości większa część źrenicy jest słabo oświetlona oraz niezupełnie ściśle odgraniczona od pozostałej części krążka źrenicy, zajętej przez cień, występujący bardzo wyraźnie i przedstawiający się jako wązki półksiężyc, przy zwrotach wzniernika cień ten przesuwa się bardzo powolnie w źrenicy.

Każdy rys w wyglądzie tych zjawisk ma pewną wartość, lecz jedynie znajomość wszystkich zjawisk charakterystycznych, ugrupowanych jak wyżej, daje możliwość rozpoznania w każdym razie, czy oko jest słabo, średnio lub silnie niemiarowe. Mając więcej wprawy, można przy jednym zwrocie wzniernika, jednym rzutem oka przeprowadzić nawet dokładniejsze oznaczenie, które uzupełnia się szybko przez umieszczanie kolejne kilku soczewek odpowiednich przed okiem chorego przy retinoskijaskopii.

2. W celu przekonania się o istnieniu niezborności prawidłowej (*As. reg.*) wystarczy zwykle nadać wzniernikowi naprzd zwrot około osi pionowej lub poziomej. Jeśli cień zda się przesuwać skośnie w źrenicy, wiedzieć będziemy,

że istnieje niezborność o wymiarach głównych skośnie skierowanych. Jeśli zaś cień skieruje się pionowo lub też poziomo, należy nadać wzornikowi zwrot około jakiegobądź z osi skośnych. W tym razie — cień skierowuje się odpowiednio skośnie jeśli oko badane nie jest niezborne, przesuwając się zaś będzie w kierunku pionowym lub poziomym, skoro istnieje *As.* o wymiarze poziomym i pionowym.

3. W praktyce przy retinoskijaskopii zasługuje na pierwszeństwo wzornik płaski.

4. Badanie to odbywa się zazwyczaj bez sztucznego rozszerzania źrenicy. W razach wyjątkowych zaleca się u osób starszych wiekiem użycie homotropiny, u osób zaś młodszych kokainy, z tem w tym ostatnim razie zastrzeżeniem, że chory ma mieć powieki lekko przymknięte po każdym zapuszczeniu roztworu kokainy do worka łącznicy, oraz, że należy przystąpić do badania wzornikowego dopiero po ustąpieniu znieczulenia rogówki. Jest to sposób najpewniejszy uniknięcia zmętnienia tej błony, występującego przy miejscowem zastosowaniu kokainy, zmętnienia, które czyni niemożliwem wszelkie badanie wzornikowe. Cierpienie to rogówki, objawiające się przy porażeniu czucia tej błony, jest zwykle skutkiem zeschnięcia nabłonka rogówki (*xerosis epithelialis corneae*).

### III. O TWARDZIELI NOSA

(*Rhinoscleroma Hebrae*).

Podali

**Maryjan Jakowski**

zarządzający pracownią bakteriologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i **Władysław Matlakowski**

ordynator tegoż szpitala.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 47].

Drugą ważną cechą twardzieli, jakśmy wyżej nadmienili, stanowi trwałość jej wytworów. Jeżeli obserwacja jest dorywczą, lub trwa czas krótki, wytwory chorobowe zdają się nie ulegać żadnej zmianie, z wyjątkiem tego, że guzy wolna rosną i zajmują coraz to nowe części tkanek. Granica ich od zdrowej skóry jest uderzająco wyraźną; nie można tu zauważyć zaczerwienienia, obrzęku (*oedema*), lub innych objawów zapalnych. Ta stałość guzów i ten brak objawów zapalenia był właśnie powodem, że przez długi czas klinicyści odnosili twardziel do nowotworów. Guzy, jak np. widzimy z obserwacyi przytoczonej ALVAREZ'a, mogą lata trwać, nie podlegając owrzodzeniu, rozmiękczeniu, zropieniu lub rozpadowi. W przypadku SCHULTHESS'a guzy w nosie przetrwały z górą 12 lat bez żadnej zmiany. Zwolna jednakże zachodzi w nich niedostrzegalna sprawa skurczenia, dzięki czemu po latach całych guzy, nacieki zaczynają się zmniejszać, oddzielne części nosa potwornie zgrubiałe, jak przegroda, skrzydła, wierzchołek, zaczynają się obniżać, kurczyć i ostatecznie na miejscu byłych

guzów i mas twardości chrząstkowatej, lub kości słoniowej, do jakiej je porównał HEBRA, znajdujemy twory blaszkowate, bliznowato twarde, pomarszczone i niepodatne. Tę sprawę zamiany najlepiej odmalował MIKULICZ, który, opierając się na swoich długo obserwowanych chorych, miał sposobność doczekać się końcowych okresów; na podstawie ścisłych badań histologicznych wykazał on, że zmiany te zależą od przemiany drobnych, okrągłych komórek, infiltrujących tkanki, a obdarzonych znaczną trwałością i żywotnością w zbitą tkankę bliznowato włóknistą. Już pierwsi spostrzegacze zauważyli, iż aczkolwiek tkanki, zajęte przez twardziel, są twarde jak kość, to jednak przy krajanii zadziwiająco nie stawiają oporu, krajać się dają łatwo; w późnych okresach, jak w przypadku BILLROTH'a, chrzęszczą pod nożem. Rany powstałe w guzach czy przypadkowo, czy też po wycięciu części, tak w celach leczniczych, jak i dla badania, goją się nadspodziewanie łatwo, nie stając się punktem wyjścia rozpadu, zapalenia, połączonego z obfitym ropieniem, lub róży. Jeżeli były zeszyte, goją się *per primam*; jeżeli zostawione były bez zeszycia brzegów, pokrywają się wydzieliną surowiczo-żółtawą, w skąpej ilości sącząca się z tkanki, zasychającą w strupki, pod którymi rana długi czas pozostaje bez ropienia lub goi się niedługo.

Wyżej już opisaliśmy zmiany, jakim podlegają tkanki, zajęte przez twardziel w gardzieli. Co się tyczy części nosa i warg, to oprócz owego skurczenia i bliznowatego ściągnięcia, można nierzadko widzieć i owrzodzenia z wolno krocącym rozpadem; najczęściej zdarza się to na wardze górnej, oraz w miejscach, gdzie dwa guzy [np. z przegrody i z dna nosa] naciskają na siebie. W rzadkich przypadkach rozpad i zniszczenie bywa daleko wyraźniejsze i obszerniejsze. I tak w przypadku STUKOWIENKOW'a, pomimo to, że sprawa rozpoczęła się prawdopodobnie przed 5-u laty, a zatem była stosunkowo wcale świeżą, znaleziono owrzodzenie na wardze i dziurę w przegrodzie nosowej [oczywiście nie była ona zrobioną w celach leczniczych, chory bowiem nie był leczony].

Wyjątkowym wśród znanych spostrzeżeń twardzieli jest przypadek M. ZEISSL'a. Chory 35-letni zauważył przed 8 laty, że mu ciężiej oddechać przez nos. Przy przyjęciu chorego znaleziono: lewe skrzydło przedstawia masę twardą jak kość; w prawem podobny guz; przewody nosowego zwężone. W celach rozpoznawczych choremu dano 31 wtarć po 2 gramy bez skutku; po pewnym czasie jeszcze 12, również bez wpływu; następnie 18 porcyj dekoktu ZITTMANN'a mocniejszego po 300 grm. i 18 porcyj słabszego po tyleż gramów, także bez skutku; wreszcie przez dwa miesiące po 2 grm. jodku potasu na dzień. Zwolna uwydatniło się chelbotanie w guzie lewego skrzydła. Dnia 10. IV. 1873 guz pękł i powstało obszerne owrzodzenie. Dnia 23. IV. rozpad guza na lewym worku łzowym. Dnia 9. V. rozpad wałka błony śluzowej nosa. Ropienie bardzo obfite, przy którym wytworzyło się przedziurawienie przegrody chrzęstnej. Dnia 16. IX. 1876 nastąpiła śmierć; przy sekcji okazało się, że brakuje całego skrzydła lewego aż do kości, pozostały brzeg skórny jest zgrubiały, twarde guzowaty; czubek nosa i prawe skrzydło w rozpadzie; przegroda nosowa zgrubiała tak, że wypełnia obie jamy nosowe; warga zgrubiała; brak wąsów.

Zejsście śmiertelne najczęściej obserwowane było jako następstwo zwężenia dróg oddechowych. Oprócz tylko co przytoczonego chorego ZEISSL'a śmiercią zakończyły się następujące przypadki: 2) chory GEBER'a 22-letni, mularz, zmarł w szpitalu na odrę; choroba trwała od 8 lat i zajęła nos oraz część wargi. 3) Chory GANGHOFNER'a [20] 28-letni, Wacław Levak, zmarł z zapalenia płuc; choroba

trwała 1½ roku i zajęła gardziel, oraz krtań i tchawicę. 4) Chora 41-letnia, CHIARRI'ego Jarisch [21] zmarła nagle z zaduszenia się; sprawa ciągnęła się 7 lat i zajęła nos, wargę, gardziel i krtań. 5) Chora 37-letnia PELLIZZARI'ego [23] zmarła z zaduszenia się; choroba trwała w przybliżeniu 8 lat. 6) Chora 25-letnia z szóstej obserwacji CORNIL'a i ALVAREZ'a zmarła z zaduszenia się; pierwsze obrzmienie w nosie przed dwoma laty; twardziel szybko zajęła nos, gardziel i krtań. 7) Chorzy 25-letni z siódmej obserwacji tychże autorów zmarli z zapalenia płuc; choroba trwała około 8—10 lat i zajęła nos, wargę górną, podniebienie twarde, oraz gardziel.

Co do operacji, jakim chorzy z twardzielą podlegali, nadmienimy, że trzem z nich zrobiono tracheotomię [przypadki CORNIL'a i ALVAREZ'a tablica str. 36], jednemu stomatoplastykę [przypadek BILLROTH'a i MIKULICZA], nie mówiąc już o często przedsięwziętym wycięciu mniejszych lub większych kawałków nosa i wargi.

Objawy podmiotowe. Jest to jedną z charakterystycznych cech twardzieli, że w większości przypadków chorzy nie doznają żadnych przykrzejszych dolegliwości, skutkiem czego początek cierpienia bywa tak skryty, iż dotychczas nikomu nie udało się widzieć go w początkowym okresie. Chorzy zazwyczaj w anamnezie wspominają, że od dłuższego lub krótszego czasu mają uczucie zatkania w nosie, na które zresztą nie zwracali bliższej uwagi, biorąc je za objaw przejściowy. Niektórzy z chorych opowiadają o łatwym krwawieniu z nosa przy użyciu zwyczajnej siły do jego utarcia. W przypadku KOEBNER'a krwawienie często pojawiało się u chorego 46-letniego, od szesnastego roku życia. W przypadku TANTURRI'ego [27] chory cierpiał na obfite i powtarzające się krwotoki z nosa. PELLIZZARI uważa te krwawienia za jeden z wczesnych objawów twardzieli, w czym zgadzają się z nim i niektórzy inni autorowie. Jednakże rozpatrując najnowsze przypadki twardzieli, kiedy cierpienie to zwróciło na siebie baczną uwagę lekarzy, w większości przypadków nie znajdujemy żadnej wzmianki o *epistaxis*. CORNIL i ALVAREZ wyraźnie wspominają, że „pomimo obrzmienia błony SCHNEIDER'a, nie spostrzega się skłonności do *epistaxis*“ [str. 17]. W moich obu przypadkach chore nic o niem również nie wspominały. W przypadku STUKOWIENKOWA było wprawdzie krwawienie, lecz w dzieciństwie i wskutek uderzenia w nos. Ponieważ w ogóle krwawienie z nosa należy do rzeczy zwykłych zwłaszcza w młodszych latach, można łatwo u chorych z twardzielą położyć je na karb tej choroby. Ostatecznie wypada, że najwcześniejszymi i najstalszymi objawami są: uczucie zatkania, zasychania, oraz jak chorzy się wyrażają „katar nosa“. Pierwszą przedmiotową oznakę cierpienia stanowi dopiero ukazanie się zgrubienia w nosie, które, w miarę jak się powiększa, powoduje zatkanie co raz szczelniejsze, wymowa nabiera odcienia nosowego, wdech tępieje. Ten ostatni długi czas bywa zachowany z powodu, że twardziel zajmuje przeważnie dolny przewód nosowy, a stopienie zależy głównie od trudności w przepływie powietrza, które stanowi warunek dla zmysłu powonienia. Jednocześnie chorzy zaczynają gorzej słyszyć; niektórzy doznają szmeru w uszach. Są to jedyne dolegliwości chorych przez całe nieraz lata i to jest głównym powodem, dlaczego tak późno szukają porady lekarskiej. Ogromne zgrubienia

chrzęstnej części nosa i warg przy badaniu nie sprawiają bólu, który zjawia się tylko w wyjątkowych razach. Czucie w zajętych częściach jest tak dalece zmniejszone, że bez wielkiego bólu można wycinać chrząstki dla badania, wykrawać masy wypełniające jamy nosowe, lub wypalać takowe. Więcej nieco bólu sprawiają chorym rozpekliny, tworzące się między guzami, pokryte zeschniętymi strupkami, zwłaszcza przy naciskaniu i zdzieraniu tych ostatnich. Przy rozległym nacieczeniu w wardze górnej chorzy doświadczają uczucia sztywności, nie mogą wargi wywinąć. Dopiero gdy sprawa ogarnie całą wargę, kąty ust, jak to było spostrzeganem w wyjątkowych razach [przypadek BILLROTH'a-MIKULICZA], gdy doprowadzi z czasem do zaniku, bliznowatego skurczenia, chory poważnie zostaje dotknięty w ważnej czynności żywienia się. Przykrem też jest spływanie łez w przypadkach, gdzie zatkałe zostały przewody łzowe.

Co się tyczy gardzieli, to zadziwiającym jest faktem, jak głębokie mogą być tutaj zmiany, a mimo to chorzy wcale o nich nie wiedzą [przypadki SCHMIEDICKE'go, PICK'a, JANOWSKY'ego, SCHULTHESS'a, mój i t. p.], nie sprawiają im one żadnej trudności przy polykaniu. Przy macaniu gardła palcem, przy manipulacjach zwierciadłem stwierdza się zmniejszenie czucia i pobudliwości odruchowej do mdłości i wymiotów. Nawet zrosty podniebienia i łuków z tylną ścianą gardzieli, prowadzące do zwężenia tej ostatniej, nie sprawiają cięższych dolegliwości, z wyjątkiem oddzielnych przypadków np. PELLIZZARI'ego. Wszystko to, cośmy powiedzieli dotąd, wliczając tu jeszcze inne przykrości, jak chwianie się zębów, owrzodzenie dziąseł, świadczy, że z punktu cierpienia i niebezpieczeństw dla życia, twardziel przy całej swojej uporczywości jest chorobą bardzo łagodną. Z drugiej jednak strony przypadki, w których choroba umiejscowiła się w drogach oddechowych, prowadząc choćby przy najpowolniejszym przebiegu do fatalnego zwężenia, któremu zapobiedz nie ma środka, stanowią przeciwwagę wyżej wspomnianym przypadkom łagodnej twardzieli nosa i gardzieli i one nadają jej charakter choroby złośliwej.

Rozpostarcie geograficzne twardzieli zasługuje, jak wiele innych stron tego cierpienia, na bliższe zastanowienie. Najczęściej dotychczas obserwowaną była w Wiedniu, gdzie po raz pierwszy HEBRA wyodrębnił ją w osobną jednostkę patologiczną i z kąd wyszła przeważająca liczba prac w tym przedmiocie. Tu ją widzieli niejednokrotnie wszyscy bardziej wzięci praktycy jak HEBRA, PITHA, KAPOSI, BILLROTH, WEINLECHNER, HOFMOKL, SALZER, HEBRA *junior*, dwaj ZEISSL'owie, GEBER, MIKULICZ, JARISCH, FRISCH, CHIARI, LANG, RIEHL, PALTAUF i EISELSBERG. Niektórzy autorowie zauważyli, że cierpienie najczęściej napotymano w Wiedniu u polskich żydów; przeciw temu KAPOSI zaznacza, iż na 28—30 przypadków spostrzeganych przez siebie, ani jeden nie pochodził z Galicyi, lecz wszyscy byli z okolic Wiednia. Zdanie to w niczem nie zmienia wniosku ogólnego, jaki z zestawienia ogłoszonych przypadków daje się wyciągnąć, że chorzy jeżeli nie wszyscy, to w przeważającej liczbie pochodzili ze słowiańskich okolic Austrii, zważywszy, że i północna część Węgier, aż do samego prawie Dunaju jest krajem dotychczas słowackim. Przy wielu obserwacjach nie ma wzmianki o miejscu pochodzenia chorego, dlatego też nie można podać tu wszystkich przypadków; co do wiadomych nadmienimy, że

z Węgier pochodziły: przypadek drugi i piąty PALTAUF'a i EISELSBERG'a, oraz CATTI'ego [z Trenczyna]; z Moraw: drugi przypadek GEBER'a, czwarty i szósty PALTAUF'a, drugi MIKULICZA; z Bukowiny: pierwszy MIKULICZA, trzeci PALTAUF'a; z Czech: przypadki GANGHOFNER'a [z Böhmisch Aicha i Roth-Aujezd\*], przypadek JANOWSKY'ego, a prawdopodobnie i PICK'a; z Galicyi: przypadek pierwszy PALTAUF'a, GEBER'a, oraz ZEISSEL'a.

W Niemczech opisywali twardziel SCHMIEDICKE z kliniki SIMON'a we Wrocławiu, oraz KOEBNER i DOUTRELEPONT, lecz chorzy ich nie pochodzili z krajów etnograficznie niemieckich, gdyż chory SCHMIEDICKE'go pochodził ze Ślązka, KOEBNER'a z Królestwa Polskiego [z Radomska], a DOUTRELEPONT'a z Belgii. Chory opisany przez SCHULTHESS'a [42] pochodził ze Szwajcaryi z kantonu Schaffhausen.

W państwie rosyjskiem, jak to widać z pracy STUKOWIENKOWA [38], który zwrócił na ten punkt uwagę, twardziel nie stanowi choroby rzadkiej, lecz nie była rozpoznawana, brano ją bowiem za przymiot, wilka i t. d.. Pierwszy przypadek rozpoznał w swoim ambulatoryjum BRUJEW [38 str. 110], dotyczył on 13-letniego chłopca; następnie dwa spostrzeżenia STUKOWIENKOWA z Kijowa: jedna kobieta 36-letnia, z Mińskiej guberni, oraz drugi mężczyzna rodem z Wołynia, z powiatu Zwiahelskiego [do tego spostrzeżenia dołączono doskonały światłodruk]; dalej przypadek MANDELBAUL'a, spostrzegany w Odessie, a pochodzący z powiatu Odesskiego; wreszcie WOŁKOWICZ wspomina o 6-ciu przypadkach, przyczem dodaje, że twardziel nosa jest wcale rozpowszechnioną na Ukrainie.

U nas w Warszawie pierwszy przypadek rozpoznany został w 1882 roku przezemnie, jak świadczy księga i karta szpitalna; przedstawiałem go ś. p. KLIN-KOWI i poleciłem sfotografować, a poniżej tak opis jak i podobiznę załączam; chora pochodziła z Mińskiej guberni; drugi mój przypadek pochodził z Podlasia. Nadto HERYNG ogłosił przypadek, z którego wycięte cząstki badał FRISCH i znalazł w nich charakterystyczne pasorzyty. Choroba jednak nie jest tak nadzwyczajnie rzadką, tylko nie bywa rozpoznawana; z czasów asystentury mojej przypominam sobie dwie chore, żydówki, którym z powodu całkowitego zatkania nosa twardą masą sięgającą aż do jamy gardzielowej była wykonana operacyja, polegająca na wywierceniu kanałów nosowych przez wypalenie żegadłem PACQUELIN'a. Cierpienie to, które wówczas wydało mi się nader dziwnem, przez obszerne zajęcie nosa oraz wargi, było brane za mięsaka. Nakoniec dodać należy tutaj chorego w przypadku LANG'a, oraz wspomnianego już chorego KOEBNER'a.

We Włoszech najdawniejsze spostrzeżenie wiarogodne podał TANTURRI [9, 23 str. 11]; natomiast przypadek RICCHI'ego [10] zarówno MIKULICZ jak i PELLIZZARI odrzucają jako niepewny [12 str. 489 i 23 str. 11]. Następnie ogłosił swoją źródłową pracę PELLIZZARI, w której podał opis przypadku, dotyczącego twardzieli u chorej Pameli Adami, 37-letniej, rodem z Lukki, oraz litogra-

\*) Tak potwornie brzmią te słowiańskie nazwy przekręcone w niemieckim języku.



ficzną podobizną; dalej MASSEI i MELLE dodali nowe spostrzeżenie, dotyczące Anny Rippa rodem z Neapolu, 34-letniej, wraz z podobizną; przypadek twardzieli u 45-letniego Serafina Vitaglioni, rodem z Terlizzi z Bari, rozpoznany przez TANTURRÉ'go, a zamieszczony w pracy MASSEI i MELLE'go [27 str. 170], nakoniec spostrzeżenie BARDUZZI'ego.

We Francyi według słów dermatologa HARDY „twardziel nie była spostrzegana, ani opisana ani przez jednego autora“; sam HARDY widział tylko jeden przypadek twardzieli w Wiedniu. Mimo tego kategorycznego twierdzenia E. BESNIER [32 str. 27], rozpoznał twardziel u pewnego młodego amerykańnika, którego operował VERNEUIL. Wszyscy chorzy, nad którymi poczynione spostrzeżenia zamieszczone zostały w pracy CORNIL'a i ALVAREZ'a nie pochodzili z Francji.

W Angli pierwszy przypadek twardzieli przedstawili w 1884 r. d. 21. X. w towarzystwie patologicznem Londyńskiem PAYNE i SEMON [33], a w d. 3. III. 1885 r. przedstawili rysunek i preparaty drobnowidzowe, lecz chory pochodził z Guatemali i przysłany był SEMON'owi przez MARTIN'a z Paryża. W tymże roku MORELL MACKENZIE podał komunikat o pierwszym przypadku twardzieli widzianym przez siebie; dotyczył on hiszpana, przebywającego w Londynie i był przedmiotem pracy CORNIL'a, pomieszczonej w *Progrès Médical* 1883 r. 28 Lipca.

Jak widzimy zatem twardziel w Europie obserwowaną była w trzech tylko krajach: w Austrii, we Włoszech i w państwie Rosyjskiem. Co się tyczy Włoch to 5 ogłoszonych ztamtąd przypadków widziane były w środkowych, a głównie południowych Włoszech, które stanowią jedno ognisko choroby, o jakiej mowa. Drugie ognisko słowiańskie stanowią kraje rozrzucone po obu stronach Karpat: Węgry, Morawy, Czechy z jednej strony, Śląsk, Królestwo Polskie, Galicyja, Bukowina, Wołyń, Ukraina, okolice Odessy, Podlasie i najdalej gubernia Mińska.

Poza granicami Europy twardziel była spostrzegana w Ameryce środkowej, która stanowi trzecie ognisko, gdzie choroba ta zdaje się być jeszcze częstszą niż w Austrii, gdyż jeden obserwator ALVAREZ widział 22 przypadki, inni zaś jego koledzy z San-Salvador D-r GUEVARA, PENA FERNANDEZ i PALOMO widzieli ich cztery. Natomiast pomimo, że medycyna bez porównania stoi wyżej w Stanach Zjednoczonych, nie został ztamtąd ogłoszony ani jeden przypadek, przynajmniej do 1885 r. [o ile zdołaliśmy zebrać odnośną literaturę].

Płeć zdaje się nie odgrywać żadnej roli w twardzieli. KAPOSI [5] na 13 przypadków widział 7 mężczyzn, a 6 kobiet; u CORNIL'a i ALVAREZ'a [32] na 23 chorych było 13 mężczyzn, a 10 kobiet. Wyliczenie SCHMIEDICKE'go, że stosunek mężczyzn do kobiet dotkniętych twardziela wynosi 5 : 8, upada, gdyż autor ten wyciągnął go na podstawie zbyt małej liczby chorych, co sam przyznaje [19. str. 269], [7 przypadków HEBRY i sześć zebranych przez siebie].

[C. d. n.].

#### IV. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZE- WNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

Podał

**Władysław Matlakowski.**

Ordynator tego oddziału.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 47].

KOEBERLÉ \*) w przypadku ciąży w jednym rogu macicy dwurożnej, wykluczając możliwość guza jajnika lub macicy, kończy, że rozpoznanie pozostało dość ciemnym; ciąża była bardzo prawdopodobną, lecz nie widoczną, a w każdym razie nieprawidłową w warunkach nadzwyczajnych tak, że nie było możliwym w danym stanie [21 miesięcy po obumarciu 7 miesięcznego płodu] postawić rozpoznania jasno i pewno.

OBALIŃSKI ‡): rozpoznano niedrożność jelit; przy laparotomii znaleziono pęknięcie worka płodowego przy ciąży zamacicznej.

Kosiński na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zakomunikował przypadek ciąży zamacicznej, brzusznej, u kobiety z ciemnej klasy żydowskiej, która nie mogła dać żadnych wyjaśnień anamnestycznych, u której guz poruszający się na kiszkiach, nie miał żadnej łączności z macicą i jej adneksami; w lekcyi klinicznej profesor wykluczył obecność ciąży [choć lekarz przysłał chorą z rozpoznaniem ciąży] na podstawie braku danych świadczących za brzemiennością; chora była niezmiernie wyniszczoną; rozpoznanie brzmiało jako torbielo-mięsak prawdopodobnie z sieci, skutkiem czego uskutecznione było nakłucie próbne. Chora zmarła ostatecznie z zapalenia otrzewnej i wyniszczenia, przy sekcyi dopiero wykryto błąd rozpoznawczy.

W danym przypadku przyjmujemy, że p o c z ę c i e nastąpiło w Październiku, w którym to miesiącu chora już nie miała miesiączki; upewnia nas w tem ta okoliczność, że w Grudniu już zauważyła chora powiększenie brzucha. Według tego obliczenia z końcem Czerwca wypada koniec 9-go miesiąca ciąży, wtedy też wystąpiły straszne bóle, które należy tłumaczyć jako porodowe i podczas których, lub niedługo potem płód zmarł; to pewna, że już w końcu Lipca nie był żywy, jak to przy badaniu mógl stwierdzić kol. KONDRAŁOWICZ. A zatem operacyja była robioną w 4 miesiące po śmierci płodu [Lipiec, Sierpień, Wrzesień, Październik] i guz *resp.* worek płodowy już zaczął się widocznie zmniejszać.

W nagłówku zaznaczyłem na podstawie badania anatomicznego, że mieliśmy do czynienia z ciążą t. z. *tubo-ovarica*, przyczem za SCHROEDER'em i większością autorów rozumiem pod tem mianem modyfikacyję tej formy ciąży zama-

\*) Archiv f. Gyn. Tom XXVI, str. 237.

‡) Przegląd. Lek. 1884.

cicznej, którą zwiąż *tubo-abdominalis*. Przy *gr. tubo-abdominalis* §) jajo rozwija się w zewnętrznym końcu jajowodu, a worek płodowy tworzy się drogą zapaleń zlepnych z błon wrzekomych i z otaczających narządów, jak więzy szerokie, jajniki, sieć, jelita, pęcherz i macica; jeżeli w utworzeniu worka płodowego przyjmują zarówno udział brzuszny koniec jajowodu jak i jajnik, którego pierwiastki rozplaszczone trudno później odnaleźć, wtedy mamy odmianę ciąży jajowodobrzusznej, t. z. jajowodowo-jajnikową. W najnowszych czasach KAZIMIR ŻMIGRODZKI ♂), idąc za BEAUCAMP'em i VULLIET'em formę tę uważa za samodzielną i powiada, że co do punktu wyjścia może ona być albo jajowodową, albo jajnikową, lecz wcale nie tłumaczy bliżej jak sobie wyobraża pierwszą. Co do drugiej to przyjmuje tłumaczenie VULLIET'a, który przypuszcza, iż w jego przypadku ciąża powstała w torbieli jajnika, jama której łączyła się z wolnym kanałem trąbki. Na to tłumaczenie trudno się zgodzić, o ile mogłem wyrozumieć opis spostrzeżenia VULLIET'a ♂). BEAUCAMP przypuszcza możliwość, że ciąża jajowodowo-jajnikowa rozwija się w ślepym worku, powstałym skutkiem zrostu trąbki z jajnikiem; tłumaczenie to jest zupełnie zrozumiałem, a takie zrosty tych narządów nie stanowią nadzwyczajnej rzadkości. W naszym przypadku jajo rozwijało się prawdopodobnie w samym lejku trąbki, za czem przemawia, że kanał jej na worku płodowym znaleźliśmy i wynosił około 27 ctm. czyli, że był bardzo długi, a otwór jego brzuszny również udało się odnaleźć na wewnętrznej powierzchni worka w kształcie obszernej szczeliny. Przypuszczam, iż bardzo wczesnie w samym początku rozwoju jaja nastąpiło zrośnięcie się kosmków z jajnikiem i to tak mocne, że ono zmusiło w dalszym ciągu jajo do rozrastania się nie w kierunku do jamy brzusznej, lecz między listki więzu szerokiego, które otaczały i tworzyły worek na znacznej przestrzeni, jak to niewątpliwie wykazało badanie pośmiertne. W ścianie worka płodowego kol. PRZEWOSKI wynalazł gruby pokład włókien mięsnych, których, jak wiadomo, nie brak w więzach szerokich.

Co do objawów, to w danym przypadku chora a) nie miała uczucia poczęcia. b) Miesiączkowanie zawieszono w ciągu dwóch miesięcy, powróciło w trzech drugich, i to w czwartym i piątym miesiącu w kształcie krwotoku, trwającego do 18 dni. c) Już w drugim miesiącu wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej i bóle. d) Mleko wyraźnie wydzielano się i jeszcze w 4 miesiące po śmierci płodu, t. j. gdy ja miałem chorą sposobność badać, można było wycisnąć z jednej sutki kropelkę cieczy; z drugiej sutki i przy innych ciążach nie wydzielano się podobno mleko. e) O błonie doczesnej w macicy nie da się nic powiedzieć; w chwili sekcji znaleziono jednak jeszcze rozpulchnienie i przekrwienie błony śluzowej. f) Macica była nieco powiększona, jak świadczą wyżej podane wymiary. Objawy powyższe, o ile odnośnie spostrzeżenia były ścisłe, ulegają rozmaitym modyfikacyjom przy ciąży jajowodowo-brzusznej i jajowodowo-jajnikowej, jak to wiadomo ze wszystkich podręczników [SCHROEDER,

§) BANDL. Die Krankheiten der Tuben, der Ligamente i t. d. 1886. str. 48.

♂) K'uczeniju o wniematoecznej bieremiennosti. Dissertatio. Petersburg. 1286. str. 10.

♂) Ueber einen Fall von Tubo-Ovarialeyste Schwangerschaft. Arch. f. Gynaek. 1884 r. T. XXII. str. 428.

BANDL], oraz jak to wypływa ze sumiennego zestawienia przypadków przez ŻMIGRODZKIEGO.

W naszym przypadku nie nastąpiło pęknięcie worka, ani też nie znaleźliśmy nigdzie śladu pomniejszych rozerwań naczyń w kształcie wynacznieni (extravasatio), lub zabarwienia świadczącego o takowem. Śmierć zatem płodu nastąpiła w okresie rozpoczętego, wczesnego porodu, o czym świadczy też badanie płodu, który był donoszonym.

Oto są ważniejsze fakta, jakie z naszego spostrzeżenia wyluszczyć można; przechodzimy obecnie do uwag o samej operacyi.

Do niedawnych czasów jedyną zasadą lekarzy wobec ciąży zamacicznej było *expectatio*; najgłośniejsi akuszerowie doradzali czekać i leczyć objawowo, opierając się na doświadczeniu klinicznym, które wykazywało, że w licznych przypadkach doszło do wyzdrowienia, już to przez wytworzenie *lithopaedionis*, już też przez utworzenie się ropnia i dobrowolne wyjście obumarłego płodu. Zasadę powyższą zachwiała dopiero w najnowszych czasach prześwietne wyniki chirurgii brzusznej z jednej strony, a osiągnięte wyniki tu i ówdzie uskuteczniionych operacyj przy ciąży zamacicznej z drugiej strony. Pierwsze usiłowanie postawienia tej kwestyi przed krytyką wyszło od tak poważnego autora, jakim jest GUSSEROW (✓). Po nim LITZMANN poddał gruntownemu rozpatrzeniu dawniejsze statystyczne prace KELLER'a: „*Des grossesses extrauterines*“ 1872“, oraz PARRY'ego. „*Extrauterin pregnancy*“ 1876, wyrzucił przypadki, które przez pomyłkę były dwukrotnie policzone, wykluczył spostrzeżenia niedokładne, oraz uzupełnił swoje zestawienie świeżemi spostrzeżeniami i w ten sposób napisał jasną i wzorową pracę (⊃), która odtąd musi być braną za punkt wyjścia w dalszych badaniach nad tym przedmiotem. Niedawno na zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze [1884] sprawę tę na szerokim forum wniósł WERTH (\*), a obecnie coraz częściej bywa ona poruszana; wspominaliśmy już o monografii ŻMIGRODZKIEGO z 1886 roku.

Niepodobna byłoby tu w gazeciarskim artykule chociażby poruszyć wyczerpująco najprzeróżniejszych punktów, rodzących się co krok przy rozpatrywaniu operacyjnego leczenia ciąży zamacicznej. Ograniczyć się muszę do kilku punktów najważniejszych, w czasie bowiem rozpraw w naszym Towarzystwie Lekarskiem podniesiono pewne wątpliwości co do leczenia operacyjnego.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że dzisiaj nie brak już przypadków operowania z całą świadomością, że się ma do czynienia z ciążą zamaciczną [przypadki SCHROEDER'a, LITZMANN'a, SUTUGIN'a].

Następnie co do operowania w ogóle, to zatrzymam się na jednym okresie: o operowaniu po obumarciu płodu. Co raz bardziej ugruntowuje się wpływ na zejście operacyi rozstrzygającego momentu, jakim jest ustanie krążenia w łożysku. Dotychczas na pewno niewiadomo, kiedy na-

✓) Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft. Arch. f. Gyn. T. XII. r. 1877 str. 75.

⊃) Zur Feststellung der Indicationen für Gastrotomie bei Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Tamże Tom XVI. str. 323—401.

\*) Die operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft.

stępuje ten moment; LITZMANN oblicza go na 5—6 miesięcy po śmierci płodu, WERTH na 10—12 tygodni. W naszym przypadku gdzie prawdopodobnie operacja przypadła w 4 miesiące po śmierci płodu, krążenie w łożysku ustąpiło w zupełności. Otóż jeśli płód tylko co obumarł, ale objawy porodu jeszcze nie wystąpiły, GUSSEROW radzi, co prędzej przystępować do operacji. LITZMANN jednak i WERTH, a z nimi bardzo znaczna większość, uważają, że operacja jest przeciwwskazaną, zarówno jak i w tym przypadku, gdy objawy porodu wystąpiły, gdy nastąpiło rozerwanie worka, zapalenia otrzewnej i t. d.. W tych razach natrafia się na takie same trudności jak przy donoszonym, żywym płodzie, gdzie na 10 laparotomij, zestawionych przez LITZMANN'a, tylko jedna chora wyzdrowiała; zazwyczaj powstaje tu straszliwy krwotok, którego opanować niepodobna. LITZMANN zestawił 33 przypadki laparotomii w pewien czas po śmierci płodu, z których 10 w 8—35 dni, pozostałe 23 po dłuższym czasie; z pierwszych dziesięciu zmarło 8, z pozostałych 23-ech tylko 6. WERTH zebrał dalszych 25 spostrzeżeń, z których zmarło tylko 8.

Lecz zgodziwszy się nawet na to, by wyczekiwać ustania krążenia w łożysku, zjawia się nowe pytanie, kiedy przystąpić do operacji. Dotychczas przeważa zapatrywanie, aby do laparotomii przystępować dopiero, gdy zapalenie otrzewnej, wyniszczenie chorej, gorączka i t. d., do tego popchną; lecz zjawiają się coraz częściej głosy jak CHARPENTIER'a \*), WERTH'a, SCHROEDER'a i innych za operowaniem przy zupełnie dobrym stanie chorej, nie spuszczając się na usiłowania lecznicze, bądź co bądź ślepej „natury“.

[C. d. n.]

## Wiadomości bieżące.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 29 Listopada 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) KOSIŃSKI. Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit [z demonstracją chorej].
- 2) KRAMSZYK JUL. Chroniczne zapalenie otrzewnej u dzieci.
- 3) BUJWID. Spostrzeżenia nad warunkami, przy których zakażenie ropne ogólne lub miejscowe staje się możebnem [z demonstracją zwierząt].

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

CULLERE [tóm. DAWID]. Magnetyzm i hypnotyzm. Warszawa. 1888.

JAKUBSKI. O sowniemom leczeniu koklusza i ob upotreblajemych pri etom aparatach. Odessa.

— K charakteristiki suszczestwowawszej skarlatinoznoj epidemii w gorodie Odessie i k woprosu o skarlatinoznom differitii woobszcze. Odessa.

W. GUBERT. Prywivanie tielaezej i gumanizirowanoj ospy. Żywotnaja wakinacia. Kazań. 2887.

GURANOWSKI. Photoxylinlösung als Mittel zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen [odb. z Monatsch. f. Ohrenh.].

\*) L. c.

## OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

### I.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. D-ra ADAMA HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1888 roku.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne [z terminem do dnia 31 Grudnia 1888 r.].

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do dnia 1 Kwietnia 1888 roku.

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwieńczonej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały D-r Szokalski.

### II.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości publicznej, że na zasadzie ustawy o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, Doktora medycyny i chirurgii, byłego profesora kliniki terapeutycznej i członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznaną będzie jedna nagroda konkursowa w kwocie 240 rs..

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszy druku zawierające, wydane w ciągu lat czterech, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i wydawnictw pism peryjodycznych.

Dzieła nadsyłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7] lub też składane być mogą na posiedzeniu Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prekluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1888 roku.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,  
D-r Szokalski.

### III.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez śp. D-ra WALENTEGO KOZOROWSKIEGO.

1) **N o w y t e m a t:** „Wykazanie na zasadzie własnych badań: pochodzenia, morfologicznych różnic i fizjologicznej roli białych ciałek [leukocytów]“ z terminem do dnia 1 Listopada 1889

**U w a g a.** Należy przynajmniej u jednego gatunku z ciepłokrwistych i jednego ze zimnokrwistych zwierząt dokładnie określić różnice białych ciałek we krwi, limfie, gruczołach limfatycznych, śledziona, szpiku kostnym i t. p. pod względem ich rozmiarów, zewnętrznej formy, składu morfologicznego, ruchów amebowych, powinowactwa do różnych barwników i t. d. ile można; wyjaśnić ich sposób powstawania i udział w sprawach życiowych organizmu.

2) **T e m a t a** już poprzednio ogłoszone, jako to:

a) „Obecny stan wiedzy o wściekliznie u ludzi w ogólności i o leczeniu zapobiegawczem tejże choroby metodą PASTERU'a w szczególności“ — z terminem do dnia 31 Marca 1888 roku.

- b) „Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody Wiślanej“ temat z zeszłorocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca 1888 r.
- c) „Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu pewnej danej miejscowości jak np. w szpitalu, teatrze, sali szkolnej, na targu i t. p. w mieście Warszawie“ temat z zeszłorocznego konkursu pozostały — termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca 1888 r.
- d) „Określić udział mikroorganizmów w sprawie gnicia ciał białkowych“, a mianowicie — Czy gnicie ciał białkowych jest możliwem bez udziału mikroorganizmów i w jakich warunkach.
- Czy gnicie ciał białkowych zależy od jednego szczególnego rodzaju mikroorganizmów [BIENSTOCK] czy też zależy od działania rozmaitych mikroorganizmów.
  - Czy do gnicia ciał białkowych wystarcza jeden rodzaj mikroorganizmów, czy też do tego potrzebna współdziałania kilku ich rodzajów [FLÜGGER].
  - Jeżeli okaże się, że gnicie ciał białkowych może zależeć od kilku rodzajów mikroorganizmów, w takim razie zbadać, o ile to będzie możliwem, czy wytwory rozkładu, przy działaniu różnych mikroorganizmów na jedno i toż samo ciało białkowe powstałe, są jedne i też same, czy też różne.
  - Przekonać się czy mikroorganizmy gnilne są zarazem zawsze chorobotwórczeni, czy też te dwie własności całkiem nie idą z sobą w parze — termin ostateczny do dnia 31 Marca 1888 roku.

Za każdą z powyższych pięciu prac stosownie do woli w testamencie ś. p. D-ra Koczorowskiego wyrażonej, wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 6] z zachowaniem zwykłych form konkursowych t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,  
D-r Szokalski.

### OD W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1888 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni Wendego i S-ki za miesiąc Październik r. b.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

## Ogłoszenia.

# OSPWA CIELEŃCA

(limfa ospowa).

Na 100 szczepień — 80 kop., na 50 szczepień — 40 kop., na 25 szczepień 25 kop., na 10 szczepień — 15 kop.. Za przysyłkę 20 kop.. Cielęta po zebraniu z nich limfy są zabijane i badane. Przy produkcji limfy zachowywa się ściśle przepisy antyseptyki.

NB. W razie gdyby w ciągu 20 dni po zaszczepieniu rezultat szczepienia okazał się ujemnym, pieniądze są zwracane. Adres: **Kazań**, ulica **Gruzińska**, dom **Fadiejewa**. D-r **Władysław Hubert**.

1—1

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W O D

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T E L K I I S Y F O N Y.

## A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

## W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O

W W A R S Z A W I E,

ulica Elektoralna N. 39.



Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:

**Wino Rabarbarowe** czyste pół butelki 2 rsr.

**Wino Rabarbarowe** z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.

**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 50 kop.

**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

**Tran** lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych

**Tran** lekarski zwyyczajny,

**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

**Oleum ricini koussinatum comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussou i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkanii trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestyjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

**W. Karpiński.**

10—5

U L I C A M I R O W S K A № 3.

## LEKARZ z 5000 rs.

może mieć udział w bardzo korzystnym interesie w Zakładzie Kąpielowym,

0—4

Wiadomość Śliska 54 m. 8.

## D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w SAN REMO

20—11