

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O leczeniu krótkowzroczności wysokiego stopnia zapomocą usuwania soczewki, podał B. R. Gepner (syn). — Kazyistyka. Przypadek włóknaka wężadła szerokiego macicy, przez M. Kasprzaka. — Wykłady kliniczne. Stryngomyella, podał D-r med. H. Hlgler. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 81. Etiologia paraliżu postępującego. 82. O dawkach leków przepisywanych w praktyce dziecięcej. — Listy otwarte do redakcyi „Medycyny”. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc Czerwiec r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

## „Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. R. Gepner — Du traitement des hauts degrés de myopie par l'extraction du cristallin. 2) D-r M. Kasprzak — Un cas de corps fibreux du ligament large.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. R. Gepner — Ueber die Behandlung der hohen Grade der Kurzsichtigkeit durch Extraction der Linse. 2) D-r M. Kasprzak — Ein Fall von intraligamentärem Uterusmyom.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

## O leczeniu krótkowzroczności wysokiego stopnia

zapomocą usuwania soczewki,

podał B. R. GEPNER (syn).

(Rzecz czytana na posiedzeniu War. Tow. Lekarskiego w d. 16 czerwca r. b.).

Szanowni Panowie! Zabierając głos w dniu dzisiejszym, nie do kolegów specjalistów się zwracam; zamiarem moim jest za wiadomienie ogółu kolegów o nowym postępie, jaki okulistyka zrobiła w ostatnich latach, o nowym kierunku, w którym zwróciła dodatnie swe działanie: przeciwko jednej z wielkich plag rodzaju ludzkiego, przeciwko krótkowzroczności.

Krótkowzroczność (*Myopia*) to plaga, i to jedna z większych. Być może u nas nie jest ona tak dotkliwa, jak np. w Niemczech; i u nas jednak ilość osób, które przez krótkowzroczność nie są zdolne do zarobkowania, albo zgoliła wzrok utraciły, nie jest mała.

Krótkowzroczność to wada organiczna, często dziedzicznie występująca (nie o tyle jednak, żeby dzieci miały się rodzić krótkowzrocznymi<sup>1)</sup>, ale przynoszą one na świat wybitną ku temu skłonność) — a polegająca na tem, że siła systematu dyoptrycznego oka jest nieodpowiednio wielka, w stosunku do długości jego osi przednio-tylnej. Jeśli zwrócimy uwagę na szematy, od ręki tu nakreślone, zobaczymy, że promienie *P* po przełamaniu przez systemat dyoptryczny w oczach *A*, *B* i *C*, w pierwszym oku zbiorą się w jednym punkcie na dnie oka, t. j. na jego siatkówce, w oku *B* — po za nią, a w oku *C* zbiorą

<sup>1)</sup> Możliwość tego nie jest dotąd stanowczo rozstrzygnięta.

się i przetną gdzieś między soczewką i siatkówką. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z okiem t. zw. m i a r o w z r o c z n e m (*emetropia*), w drugim i trzecim z oczami nie miarowzrocznymi (*ametropia*), przytem oko *B*, którego ośrodkki łamiące są za słabe, by mogły zebrać promienie równoległe. na siatkówce, przedstawia nam oko d a l e k o w z r o c z n e (*hypermetropia*), oko zaś *C*, w którym promienie zbierają się w jednym punkcie przed dojściem do siatkówki—oko k r ó t k o w z r o c z n e (*myopia*).

Już z fizyki wiemy, że chcąc odległość ogniska sprzężonego dla promieni, z danego punktu wychodzących, oddalić od soczewki je zbierającej, należy albo punkt wyjścia promieni przybliżyć, albo promienie przed ich skupieniem przez soczewkę wypukłą rozproszyć w odpowiednim stopniu. Dzięki pierwszemu prawu, oko krótkowzroczne widzi dobrze przedmioty nawet drobne, a blisko oka położone, na mocy drugiego - zapomocą soczewek wklęsłych—jesteśmy w możności ułatwić krótkowidzowi widzenie przedmiotów odleglejszych. Niestety, niezawsze możemy przepisywać szkła, odpowiadające danemu stopniowi krótkowzroczności: tylko do niskich i średnich stopni tej wady to się stosuje. Jeszcze przy krótkowzroczności, dochodzącej do 6,0, nawet do 10,0 *D*, można okularami poprawić zdolność widzenia; przy wyższych stopniach jest to niemożliwe: noszenie bardzo silnych szkieł jest dla chorego jeszcze przykrejsze, niż sam krótki wzrok; wskutek zmniejszania i oddalania przedmiotów i innych przykrych własności zbyt silne soczewki wklęsłe nie są znoszone. A przecież spotykamy przypadki krótkowzroczności nawet powyżej 20,0 *D*.

Po za osłabieniem widzenia na odległość, drugim przykrym skutkiem wysokiej krótkowzroczności jest utrata widzenia dwuocznego. Tam, gdzie punkt dalekiego widzenia (*punctum remotum*) jest położony bardzo blisko oka, siła mięśni prostych wewnętrznych nie wystarcza do nadania oczom, a właściwiej ich osiom widzenia, takiej zbieżności, żeby obydwie mogły być jednocześnie na dany przedmiot skierowane. Gdzie to jest jeszcze możliwe, po dłuższej pracy występują jako objawy zwrotne: bóle w samych oczach i nad nimi w czole, w tyle głowy, wywołane przez nadmierną pracę mięśni; często też dochodzi do ich wyczerpania, prowadzącego stopniowo do utworzenia się zezą rozbieżnego. Z drugiej znowu strony, przy silnem kurczeniu się mięśni prostych wewnętrznych—zewewnętrzne, nadmiernie rozciągnięte, wywierają ucisk na gałkę oczną, będący jedną z przyczyn upośledzenia krążenia krwi w jej wnętrzu, wielu spraw patologicznych w jej błonach, a także wzrastania samej krótkowzroczności.

Nie koniec na tem. W oku takim tworzą się bardzo często krwotoki w błonach, przez utrudnione krążenie krwi w naczyniach wywołane, zmiany w naczyniówce i siatkówce, pływające męty w ciałku szklistem, stale w tych oczach rozrzedzonym, wreszcie najstraszniejsza z komplikacji — odzielenie siatkówki. Zaćma, tworząca się także dość często u krótkowidzów, nie jest tu tak straszna, bo zwykle postępuje bardzo powoli.

Żeby nie wracać do tego przedmiotu, przypomnę jeszcze, że w oku krótkowzrocznym istnieje prawie zawsze w mniejszym lub większym stopniu skurcz akomodacji (zdolność przystosowywania się do odległości), który samą krótkowzroczność jeszcze pozornie powiększa.

Ten rzut oka na objawy i skutki krótkowzroczności uzasadnia to, co powiedziałem na wstępie: że krótkowzroczność—to plaga, to choroba ciężka, a do niedawna nie umiano nieszczęśliwym krótkowidzom przynosić ulgi.

Przed sześciu laty ukazała się w Archiwum GRAEFE'go praca FUKALI, lekarza z Pilzna w Czechach, który donosi, że w 23 przypadkach wysokiej krótkowzroczności doprowadził przez przecięcie soczewki do jej wessania się i przez to podnosił ostrość widzenia conajmniej czterokrotnie a w niektórych przypadkach ośm i więcej razy. FUKALA operował tylko dzieci i osoby młode, niżej 24 lat życia, z myopią nie niższą od 13,0 *D*, przytem z względnie dobrą ostrością widzenia i bez żadnych zmian na dnie oczu. Sama operacja polega na rozcięciu (*discissio*) soczewki odpowiednią igłą; tworzy się wówczas zaćma urazowa, która stopniowo ulega wessaniu. W razie potrzeby, t. j. przy zbyt powolnem mętnieniu soczewki, operację powtarzano wielokrotnie; przy zbyt gwałtownem pęcznieniu mas soczewkowych wykonywano przekłucie rogówki z wypuszczeniem mas zmętniałych.

Oto w głównych zarysach treść pierwszej pracy FUKALI. Pomijam tu jego wywody teoretyczne, bo by nas to zadaleko zaprowadziło; nie będę też zajmował się sprawą sporu o pierwszeństwo między FUKALĄ i VACHER'em, a przeskoczywszy lat pięć, zatrzymam się na obszerniejszych rozprawach, jakim poddana została nowa metoda na Zjeździe Towarzystwa Okulistycznego Heidelberskiego w roku zeszłym. Tutaj HIPPEL z Halli i SATTLER z Lipska, zaznaczając pewne niedowierzanie, z jakim przyjęto z początku pierwszą pracę FUKALI, obaj bardzo zachęcająco wyrażają się o wynikach tej metody. HIPPEL mówi już o 60 wykonanych przez siebie z dobrym skutkiem operacjach, SATTLER o 68, a w tej liczbie jedna osoba 68 lat liczyła. Operacje zaćmy przez rozcięcie soczewki robi się zawsze u osób młodych, póki ośrodkowe części soczewki nie uległy zgęstnieniu, tworząc tak zwane jądro. HIPPEL zrobił ciekawe spostrzeżenie, że przy wysokiej krótkowzroczności jądro nie tworzy się wcale, a przynajmniej bardzo późno, a rozcięta soczewka pęcznieje na całej przestrzeni jednostajnie tak u młodych, jak u starszych osób. To też HIPPEL operował ludzi starszych bez obawy i bez złych skutków.

Zmiany naczyńiówki nie przedstawiają też dla niego przeciwwskazania do operacji, nie powstrzymały go od niej w jednym przypadku świeże krwotoki w siatkówce. Nie czekając samoistnego wessania się zaćmy, sztucznie wywołanej, HIPPEL usuwa ją zawsze przez cięcie w rogówce. Poprawa wzroku występuje nie zawsze w jednakowym stopniu. Różnica refrakcyi oka przed i po operacji bywała bardzo niejednostajna i wahała się między 14 i 20 *D*. Od czego to zależy, odpowiedzieć trudno. Może od innej budowy samej soczewki u myopów, może od innego wykładnika jej łamliwości, wreszcie od głębszego w oku położenia; to są jednak tylko przypuszczenia, które dopiero ściślejsze badania będą w stanie rozstrzygnąć. Odczyty HIPPEL'a i SATTLER'a wywołały obszerne rozprawy, w których zabierali głos SCHWEIGGER, PFLÜGER, THIER, HAAB i inni, a wszyscy oświadczyli się za operowaniem wysokich myopów. Głosy przeciwne spotykają się też w literaturze, są one jednak dotąd w mniejszości; najmniej zwolenników ma ta metoda w Anglii. Z naszych okulistów stosował ją w większej liczbie przypadków, o ile wiem, tylko WICHERKIEWICZ.

Narozprawach Towarzystwa Heidelberskiego zatrzymałem się dlatego nieco dłużej, ponieważ dały one poważny przyczynek do tej sprawy, a jednocześnie stanowiły pewien przełom; okres wahania się ustąpił miejsca stosowaniu metody FUKALI w coraz większej liczbie przypadków, które się obecnie już na setki liczą. Nie podając więcej opisów i poglądów pojedynczych autorów,

pozwole sobie w tej chwili streścić to, co doświadczenie lat ubiegłych w tej sprawie wykazało.

Jeżeli oko miarowzroczne pozbawione zostanie soczewki, refrakcja jego zmniejsza się mniej więcej o 10 Dyoptryi. Operowani z powodu katarakty, jeśli byli miarowzrocznymi, muszą używać dla dokładnego widzenia soczewek o sile 10,0 *D*. Wszyscy autorowie, którzy pisali o wydobywaniu soczewki u krótkowidzów, zgadzają się na to, że wartość dyoptryczna soczewki w oku wysoko krótkowzrocznym jest znacznie wyższa i wynosi 14 do 20 *D* mniej więcej<sup>2)</sup>. Z tego wypływa pierwsze wskazanie, że operować należy tylko te oczy, które mają myopię wyższą, niż 10 *D*, ponieważ tylko one mogą mieć po operacji refrakcję miarowzroczną lub bliską niej, a dzięki temu mogą otrzymać dobrą ostrość widzenia bez szkieł, względnie ze szklami średniej siły. Wyjątek należy robić dla dzieci, gdyż jeśli w pierwszych 10 latach życia *M*. wynosi już 9—10 *D*, nie ulega prawie wątpliwości, że z wiekiem wzrastać będzie. Przed operacją badanie refrakcyi prowadzić należy bardzo ściśle, zawsze pod działaniem atropiny dla usunięcia wpływu skurczu akomodacyi.

Operację wykonywać należy przez rozcięcie soczewki odpowiednią igłą (*Discissio lentis*), przy rozszerzonej źrenicy, przecięcie robić głębokie, o ile możliwości przez całą grubość soczewki, wszakże tak, by nie zranic ciała szklistego; w razie potrzeby powtórzyć ją należy. Gdy masy soczewkowe dostatecznie zmętniały, wypuszcza się je przez cięcie liniowe w rogówce, przeprowadzone jednak obwodowo, dla uniknięcia wypadnięcia tęczówki. Zbyt gwałtowne pęcznienie soczewki, wywołujące podniesienie ciśnienia wewnątrzocznego, nakazuje natychmiastowe wypuszczenie zaćmy. Po pierwszej takiej operacji rzadko otrzymuje się czystą źrenicę; jeżeli pozostałe części nie ulegają wessaniu, może zająć potrzeba powtórnego ich wypuszczenia. Ostatnią operacją, niezawsze konieczną, bywa przecięcie zaćmy wtórnej. Widzimy więc, że nim się dojdzie do celu, należy wykonać cały szereg operacyi, przy których, rzecz prosta, aseptyka musi być zachowana z całą ścisłością.

Najwłaściwiej operować tylko te oczy, które mają zupełnie zdrową naczyniówkę i siatkówkę i które mogą jeszcze czytać najdrobniejszy druk, choć bardzo blisko, te bowiem przypadki dają wyniki najlepsze. Jednakże zmiany w tych błonach, o ile nie zajęły jeszcze centrum siatkówki i nie zniosły widzenia osiowego, stanowczego przeciwwskazania nie stanowią. Od siebie pozwolę sobie zaznaczyć, że widziałbym przeciwwskazanie w wybitnej miażdżycy naczyń, dającej obawę krwotoków w błonach ocznych podczas pęcznienia mas soczewkowych, gdy ciśnienie wewnątrzgałkowe jest podniesione.

Co do wieku operowanych, to, pomimo dodatnich wyników, otrzymanych przez niektórych autorów u ludzi starszych, nie ulega wątpliwości, że osoby młode więcej się do tej operacyi nadają. Dla starszych stawiłbym w ogóle warunki surowsze pod względem ostrości widzenia; stanu dna oka i t. d. Zniesienie akomodacyi powinno być uważane za zysk, a nie za stratę, gdyż przy *punctum remotum*, odległem np. o 6 ctm. od oka, akomodacya traci swą wartość praktyczną.

Doniosłość praktyczna tej operacyi polega głównie na podniesieniu ostrości widzenia, która u krótkowidzów wysokiego stopnia zawsze bywa nader

<sup>2)</sup> Badanie oftalmometryczne nad wartością dyoptryczną soczewki oka tak różne dawało wyniki, nawet u tych samych autorów, że trzeba się zgodzić z tem, co powiedział NAGEL, mianowicie, że najpewniejsze dane o sile soczewki oka dają te przypadki, w których refrakcyja znana była przed utworzeniem się zaćmy i po jej wydobyciu.

upośledzona, a po operacji, przy sprzyjających warunkach, nawet może być równą 1, i to bez pomocy szkieł; oraz na odsunięciu punktu dalekiego widzenia, co umożliwi dokładne widzenie obuoczne bez napięcia konwergencji, z przykrymi tegoż skutkami. W sprawie podniesienia ostrości widzenia zaznaczyć należy, że ostateczny wynik ujawnia się dopiero po dłuższym czasie, np. po roku, do tego bowiem czasu siła wzroku zazwyczaj wzrasta, dzięki stopniowemu wessaniu się resztek zaćmy, jakie mogłyby pozostać, dalej dzięki wyrównywaniu się zmienionej przez cięcie krzywizny rogówki, wreszcie przez przyzwyczajanie się oka do nowych warunków widzenia.

Czy wydobycie soczewki wywiera wpływ na samą myopię, t. j. na jej postęp, zmiany dna ocznego i możliwość oddzielenia siatkówki, nie pora jeszcze rozstrzygać. Znane są przypadki, w których po operacji zaćmy warstwowej u dzieci krótkowzrocznych myopia postępowała, i to jest jeden z punktów, na który kładą szczególny nacisk przeciwnicy FUKALI: zdarza się to, ani słowa, ale rzadko. Po usunięciu soczewki przezroczystej takich przypadków zanotowano tylko parę. Co do zmian dna ocznego, to szłyby one prawdopodobnie w parze z postępowaniem krótkowzroczności. Na teraz można tylko zaznaczyć, że operacyjne leczenie krótkowzroczności w bardzo znacznej większości przypadków dodatni, a nie ujemny miało wynik, a uzyskane polepszenie wzroku było trwałe. Dużo dłuższego postrzegania operowanych oczu i znacznie większej ich liczby potrzeba na to, by czynić wnioski ściśle.

To samo można powiedzieć i w sprawie oddzielenia siatkówki. W nieznacznej odsetce przypadków widywano w oczach operowanych oddzielenie siatkówki. Niektóre z nich można było postawić wprost w zależności od złej techniki operacji i przypadków podczas niej, np. znaczniejszej utraty ciała szklistego, która sama przez się mogła do *amotio retinae* doprowadzić. W innych przyczyny bezpośredniej nie było. Ponieważ jednak fatalna ta komplikacja zdarza się aż nazbyt często w oczach krótkowzrocznych z zachowaną soczewką, to dopóki nie zostanie dowiedzionem, że ilość tych nieszczęśliwych przypadków większa jest w oczach operowanych, niż w nieoperowanych, nie powinno to nas zniechęcać do wykonywania w odpowiednich przypadkach tak doniosłej w skutkach operacji.

Pozwolę sobie podać Szanownym Panom historię krótkowidza operowanego w Instytucie Oftalmicznym przez mego Ojca, któremu za pozwolenie opisanie tego przypadku niniejszem serdeczną mą wdzięczność wyrażam.

K. mężczyzna lat 36, z zawodu pszczolarz, przybył do Instytutu Oftalmicznego w pierwszych dniach marca r. b., skarżąc się, że nie może dobrać sobie żadnych szkieł do swego wzroku, który stopniowo, ale ustawicznie się skraca, tak, że obecnie nie pozwala mu pracować. Przy badaniu znaleziono

co następuje. O. pr.  $M=14,0 D$ . Ostr. Widz. ze szkłem  $\frac{5}{36}$ , czyta  $Sn. D=1,0$

w odległości 6,5 cm. O. l.  $M=15,0 D$ . Ostr. widz.  $\frac{5}{50}$ . Czyta  $Sn. D=1,25$

w 6 cm. Niezbyt wielki sierp przy obu nerwach. Okolica *foveae centralis* przedstawia się nieco przekrwioną, w ogóle dno oka zdrowe. Soczewki w części środkowej zupełnie przezroczyste, w obwodzie widać drobniutkie, promienisto ułożone zmeńnienia. Pole widzenia o granicach prawidłowych. Zrobiono choremu propozycję operacji na jednym, gorszym oku, na którą zgodził się bez wahania.

Przy rozszerzonej zapomocą atropiny źrenicy wykonano w dniu 5. III. głębokie przecięcie soczewki na krzyż w oku lewym. Soczewka tak powoli mętniała, że dla przyspieszenia tego w dniu 22. III. wykonano przekłucie rogówki w celu wypuszczenia cieczy wodnej. Nazajutrz wystąpiło bardzo silne pęcznienie soczewki, ciśnienie wewnątrzoczne wzmożło się, naokoło rogówki ukazało się nastrzyknięcie głębokich naczyń podłącznicowych: wskutek tego zaraz wykonano wypuszczenie znacznej ilości mas soczewkowych. Chory zachowywał się podczas operacji bardzo niespokojnie, wycisnął sobie parę razy przez ranę tęczęwkę, którą jednak wprowadzono napowrót. Obecności twardszych części, w rodzaju jądra soczewki, zgodnie ze spostrzeżeniem HIPPEL'a, nie zauważono. Bezpośrednio po operacji chory rozróżniał ruchy ręki. Przez kilka dni trzymało się lekkie podrażnienie oka, które przeszło bez śladu. W jednym tylko miejscu tęczęwka przylega do blizny w rogówce. Powstałe masy soczewkowe stopniowo ulegają wessaniu, ale i dziś jeszcze źrenica nie jest zupełnie czysta; pomimo to, chory już w tej chwili ma bez szkła

ostrość widzenia równą  $\frac{5}{30}$ , a więc większą, niż przed operacją z bardzo silnem szkłem wklęsłym. Stopniowa poprawa wzroku, zależna od oczyszczania się źrenicy, była już po miesiącu tak wybitna, że chory sam zażądał operacji na drugim oku. W podobny sposób, jak pierwsze, zostało ono operowane 6 tygodni temu, z tą różnicą, że po przecięciu soczewki w 3 tygodnie niespełna zmętniała ona tak, że ją wypuszczono. Wykonano więc tylko dwie operacje. I to oko ma dziś ostrość widzenia  $\frac{5}{30}$ , czyli, że poprawa wzroku jest tu jeszcze znaczniejsza, niż w pierwszym. Gdy pozostałe resztki soczewki ulegną wessaniu, oczekiwać należy większej poprawy. Operowany już teraz z wyniku jest nadzwyczaj zadowolony i twierdzi, że tak dobrze nigdy nie widział. Obecnie wypisał on się z Instytutu, a ma powrócić w jesieni do zbadania.

Drugi przypadek ja operowałem; dotyczy on 23-letniej osoby z  $M=16,5$   $D$ , a ostrością wzroku  $\frac{5}{50}$ . Dno oka i tutaj zdrowe. Po jednym przecięciu soczewki i następnem jej wypuszczeniu pozostało jeszcze dużo resztek i dopiero od kilku dni zaczyna się w nich ukazywać luka. Jądra i tu nie zauważyłem<sup>3)</sup>. Przez cały czas mętnienia soczewki nie było ani razu znaczniejszego podniesienia ciśnienia.

Jeszcze raz zaznaczę, że celem mego odczytu było tylko zawiadomienie Szanownych Kolegów o nowym postępie okulistyki operacyjnej, to też nie wdawałem się w szczegółowe cytaty i rozbiory, a skreśliłem tylko ogólny rys sprawy operacyjnego leczenia krótkowzroczności

Na zakończenie niech mi wolno będzie przytoczyć słowa Prof. A. v. HIPPEL'a: „Operacyjne leczenie krótkowzroczności uważam za jedną z najpiękniejszych zdobyczy okulistyki operacyjnej. Temu, kto wzrok wskutek zaćmy postradał, naszą sztuką przywracamy to dobro, które on czasowo był utracił; w wysokim stopniu krótkowzrocznemu świat nowy przed oczami otwieramy, darzymy go zdolnością do pracy i roztaczamy przed nim powaby życia, o których on nawet nie miał pojęcia“.

<sup>3)</sup> W dniu 1 lipca chora miała na tem oku ostrość widzenia  $\frac{5}{50}$  bez szkła. W dniu 15 lipca  $\frac{5}{30}$  (Przyp. w korekcie).

## KAZUISTYKA.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA GUBERNIALNEGO W KAZANIU.

## PRZYPADEK WŁÓKNIAKA WIĘZADŁA SZEROKIEGO MACICY.

Sposzczenie odczytane w Towarzystwie lekarzy szpitala

przez M. KASPRZAKA.

Przypadek spostrzegany zasluguje na uwage z dwóch względów: 1) umiejscowienia guza i 2) sposobu operacji, jaki był w danym razie zastosowany.

Okaz, który kolegom przedstawilem, skladal się z kawalków, po zlozeniu których przedstawial guz wielkości dwóch pięści. Badanie drobnowidzowe wykazalo, że guz nalezy do t.zw. włókniaków. Guz ten wydobyty zostal z wiezadla szerokiego P.S. wiesniaczki lat 30, mieszkanki gub. Wiatskiej.

Wywiady: w dzieciństwie chorowala na ospę i odrę. Miesiaczkuje od 17-go roku zycia, co 4 tygodnie, przez dni 7 (pierwsze 3 doby obficie), niebolesnie. Zamężna od lat dziesieciu; rodzila dwa razy: pierwszy raz przed 6 laty, ostatni przed czterema tygodniami. Pierwszy porod i polog prawidlowe; dziecko karmila poltora roku. Od pierwszego pologu do nastepnego czula się zupełnie zdrowa, lecz porod ostatni byl bardzo trudny i dlugi (5 dob) i ukończony zostal zapomoca operacji zmniejszajacej objętosć glówki plodu; polog odbył się bez powiklan. Nadmienię, że lekarz operujacy uprzedzil chora, że nastepne porody beda takze trudne i polaczone z niebezpieczenstwem tak dla dziecka, jak i dla matki. Chora przeto, chcąc nadal rodzić żywe dzieci, udala się do miejscowego szpitala o porade, przebyla w nim 2 tygodnie i w koncu za porada lekarza tegoz szpitala udala się do naszego oddzialu i na zaproponowana jej operacje chętnie się zgodzila. Stan obecny: osoba wzrostu sredniego, budowy dosć dobrej, miernie odzywiona. Badanie częsci rodnych wykazalo: wejście do pochwy obszerne, pochwa szeroka, część pochwowa 2 ctm. dluga, wysoko ustawiona, zbacza ku stronie prawej, ujście tworzy szpare poprzeczną, w która wprowadzić można koniec palca; brzegi ujścia gladkie. Trzon macicy na prawo skierowany, wyraźnie grubszy, niebolesny; ksztalt macicy prawidlowy. Po stronie lewej wyczuwa się przez sklepienie tylne i boczne guz okrąglawy, wielkości dwóch pięści, usadowiony w podstawie wiezadla szerokiego, o powierzchni nierownej; guz ten miernie zbity, niebolesny, niewiele jednak ruchomy, od macicy wyraźnie na szerokosc 1½ palca oddzielony. Na podstawie tego można bylo rozpoznać: *subinvolutio uteri*, *elevatio et dextropositio uteri*, *neoplasma ligamenti lati sinistri*.

Biorąc pod uwage znakomite wyniki operacji t. zw. *colpotomiae posterioris*<sup>1)</sup>, stan chorej obecny i przyszly (pod którym rozumiem ciężką prace chorej i mozebnosć ciąży), zadecydowano i w danym przypadku guz *per colpotomiam*, a nie *per laparotomiam* usunac.

Przygotowawszy chora, jak wogole przygotowuje się do operacji, polaczonych z otworzeniem otrzewny, dnia 4 stycznia r. b. w narkozie chloroformowej rozcieto sklepienie tylne i podwiazano podwiazką jedwabną sklepienie lewe. Po

<sup>1)</sup> W oddzialach ginekologicznych szpitala i domu polozniczego stosowana bywa w odpowiednich przypadkach *colpotomia posterior* która pierwszy w tych oddzialach zastosowal w 1891 roku docent J. M. Lwów (Wracł, N. 11, 12, 44, 1892 roku); od tego czasu do dnia 1. LX, 1895 r. w oddziale ginek. szpitala byla zastosowana 42 razy, a w oddziale ginek. domu polozniczego 18 razy, czyli wszystkich przypadków 60 z 7% smiertelności; niektóre preparaty, otrzymane tym sposobem, demonstrowane byly w Towarzystwie lekarskim szpitala, lecz żaden z nich nie przewyzszal wielkości pięści i nie nalezäl do nowotworów zbitych.

otwarciu otrzewny i dokładnem zbadaniu palcem stwierdzono, że guz jest umiejscowiony podotrzewnowo, pomiędzy listkami podstawy więzadła szerokiego i żądnego związku nie ma ani z macicą, ani z jej przydatkami; wskutek tego przecięto nad guzem otrzewną w podstawie więzadła szerokiego na szerokość dwóch palców i palcem zaczęto guz kawałkami wyłuszczać przy użyciu dosyć znacznej siły. Okazało się, że nowotwór znajdował się w torebce. Po wyłuszczeniu go z torebki, która pozostawała na miejscu, krwotoku nie było żadnego. Ranę wymyto trójchlorkiem jodu (1 : 1500) i wytamponowano wraz z pochwą gazą aseptyczną.

4-go dnia po operacji gazę usunięto, a 5-go zalecono wstrzykiwania do pochwy 1/30% sublimatu dwa razy dziennie; 8-go dnia ranę przemyto trójchlorkiem jodu 1 : 1500, rana zupełnie czysta. Nazajutrz operowana zaczęła siadać na łóżku, a następnego dnia wstała; 21-go dnia nitka się wydzieliła; 27-go trzon macicy w położeniu prawidłowem. Sklepienie zupełnie zamknięte. Ogólny stan zdrowia dobry; chora wyleczona szpital opuściła.

Co się dotyczy pochodzenia guza, to przyznać trzeba, że obrzęk ten powstał samoistnie, albowiem: 1) więzadła szerokie zawierają tkankę łączną, i dlatego wytworzenie się w nich włókniaka jest bardzo możebne; 2) nowotwór nie powstał z jajnika, boć wiemy o tworzeniu się obrzęków twardych jajnika, że one powstają z jednostajnego przerostu tkanki łącznej całego jajnika i nie tworzą ściśle od miąższu odgraniczonych i łatwo z niego dających się wyłuszczyć guzów; tymczasem w naszym przypadku guz żadnego związku ani z jajnikiem, ani z innymi przydatkami macicy nie miał; 3) nowotwór nie brał początku w macicy, t. j. nie mieliśmy do czynienia z uszypułkowanym włókniakiem macicy, gdyż nowotwór znajdował się daleko od niej i rozwijał się w torebce. Wszystko razem wzięte dowodzi, że w danym razie włókniak powstał i rozwijał się samoistnie w podstawie więzadła szerokiego. O ile rzadkie bywają samoistne włókniaki więzadła szerokiego, można sądzić z tego, że niektórzy po dziś dzień odmawiają im racji bytu; inni, jak np. SCHROEDER, FRITSCH, BYLICKI, w swoich podręcznikach bardzo mało im miejsca poświęcają. W oddziale ginekol. szpitala jest to pierwszy przypadek od 1889 do 1896 roku, na 1590 chorych, u których dokonano 191 większych operacji (*exstirpatio uteri totalis per vaginam* 76, *coeliotomia* 73, *colpotomia posterior* 42). Chociaż teoretycznie powstawanie włókniaków w więzadle szerokim jest zupełnie możebne, to jednak praktycznie bardzo niewielu autorów to potwierdza.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia czcigodnemu docentowi J. M. Lwowowi podziękowania za pozwolenie literackiego użytkowania tego przypadku.

## WYKŁADY KLINICZNE.

# Syringomyelia,

podał D-r. Med. H. HIGIER.

(Dokończenie.—Zob. N. 29).

**Rozpoznanie.** Jeśli weźmiemy pod uwagę patognomoniczne objawy syringomyelii, to rozpoznanie jej okaże się jednym z najłatwiejszych w całej patologii rdzenia. W tych razach, kiedy brak któregokolwiek z trzech zasadniczych objawów, pomagają nam przy stawianiu rozpoznania dane następujące: szereg zaników mięśniowych i zaburzeń czucia odpowiednio do rozmaitych



odcinków (segmentów) rdzenia kręgowego, nie zaś wzdłuż przebiegu nerwów, niesymetryczne bezwładny w obrębie wyżej lub głębiej leżących odcinków rdzenia, objawy spastyczne w kończynach dolnych, skrzywienie kręgosłupa i zajęcie stawów. Z wywiadów można się często we wczesnych okresach dowiedzieć o bólach palących, o przebytych niebolesnych zastrzałach, o występujących i szybko znikających pęcherzach na skórze.

Za umiejscowieniem gliozy w typowej, szyjowej części kręgosłupa przemawiają objawy ze strony kończyn górnych, wybitne skrzywienie szyjowo-grzbietowej części kręgosłupa, wzmożenie odruchów kolanowych, wreszcie jedno- lub obustronne objawy ze strony szyjowego nerwu współczulnego, t. j. objawy ze strony źrenicy i szpary ocznej. Jeżeli mamy częściowe porażenie czucia, oraz zaburzenia odżywcze skóry i mięśni w kończynach dolnych, jeżeli nadto istnieją zaburzenia pęcherza i odbyticy, jeżeli wreszcie znajdujemy brak odruchów kolanowych, wówczas możemy z wielkim prawdopodobieństwem zrobić rozpoznanie gliozy w części lędźwiowej. Uczucie opasywania w krzyżu i utrata czucia bólowego w jądrach świadczą o zajęciu części grzbietowej rdzenia. Syringomyelię opuszkową mamy prawo rozpoznawać wtedy, jeśli obok zaburzeń ruchowo-czuciowych w kończynach górnych, względnie obok objawów spastycznych w kończynach dolnych, istnieją niesymetryczne porażenia nerwów czaszkowych i porażenie częściowe czucia w obrębie nerwu trójdzielnego.

Niełatwym jest odróżnianie kliniczne dwóch głównych rodzajów tworzenia się jam, mianowicie tych, którym daje początek gliozą, od tych, które powstają wskutek gliomatozy. Za rozwojem glejaka przemawiają wogóle objawy, świadczące o szybkim rozroście guza: szybkie wystąpienie i rozwój zaburzeń czuciowo-ruchowych w kończynach górnych lub dolnych, względnie w nerwach czaszkowych, stosownie do siedliska guza, przewaga objawów podrażnienia w dziedzinie ruchu oraz czucia, niezwykła bolesność kręgosłupa i międzyżebry na ucisk lub samoistnie, wczesne zjawienie się zaburzeń pęcherzowych i odbyticznych, zmienność w natężeniu objawów, wreszcie prędkie przebieg sprawy chorobowej.

W kwestyi rozpoznania anatomo-patologicznego odsyłamy do odnośnego rozdziału <sup>1)</sup>.

**Rozpoznanie różniczkowe.** Bogactwo niezwykle objawów, rozmaite siedlisko anatomiczne i zmienny przebieg kliniczny syringomyelii są powodem tego, że obraz chorobowy tak często przypomina najróżnorodniejsze cierpienia nerwowe, zarówno natury organicznej, jak czynnościowej. Nie należy przeto nigdy rozpoznawać syringomyelii z jednego tylko objawu, choćby kardynalnego.

Zanim poznano częściowe porażenie czucia, mieszano szczególnie często syringomyelię z zanikiem mięśni postępującym rdzeniowym. Ponieważ jednak przy tem cierpieniu, występującem przeważnie w wieku późniejszym, wyrodniejają wyłącznie szare rogi przednie, nie znajdujemy przeto ani zaburzeń czuciowych, naczynioruchowych i odżywczych w skórze, ani też porażenia nerwu współczulnego i zbożeń kręgosłupa.

Te same dane różniczkowo-rozpoznawcze wystarczają przy *poliomyelitis ant. chr.*, która, podobnie jak typ lędźwiowy gliozy, zaczyna się od bezwładu i osłabie-

<sup>1)</sup> Szczegóły, dotyczące rozpoznania anatomo-patologicznego syringomyelii oraz odnośne, bardzo udane rysunki znalazł czytelnik w pracy kol. J. LUXENBURGA. („Przypadek jam w rdzeniu kręgowym“ Gaz. Lek. 13. 1894), jedynej w piśmiennictwie naszym, traktującej o anatomii patologicznej hydro- i syringomyelii.

nia mięśni kończyn dolnych, lecz nie zostaje powikłana nigdy przez zaburzenia pęcherza i odbyticy.

Jeszcze więcej podobieństwa do syringomyelii posiada *sclerosis lateralis amyotrophica* z klasycznymi objawami: amyotrofią, niedowładem spastycznym, wzmożeniem odruchów i objawami opuszkowymi— a zwłaszcza te przypadki nietypowe (OPPENHEIM), które zaczynają się od gwałtownych bólów lub przebiegają wyjątkowo z trwałymi zaburzeniami czucia i objawami ze strony pęcherza. W przypadkach takich rozstrzygają na korzyść gliozy: nierównomierny postęp i przebieg powolny choroby, znaczne rozprzestrzenienie z boczeń czuciowych, połowiczność bezwładu opuszkowego i obszerne zaburzenia odżywcze skóry, jakoteż tkanek głębszych.

Daleko łatwiej wyłączyć *dystrophiam musculorum progressivam* ERB'a, którą cechują, prócz zaników, niezwykle przerosty mięśni i której obce są zбочenia jakościowe w zachowaniu się względem elektryczności, wszelkie zaburzenia odżywcze i naczynioruchowe skóry oraz wzmożenie odruchów.

Neurotyczną postać *atrophiae musc. progressivae* odróżniamy na mocy jej typu rodzinnego, dalej ze względu na brak dysocjacji syringomyelicznej i objawów podrażnienia czuciowego.

Między syringomyelią i *paralysis spinalis spastica* dopóty można się wahać, dopóki brak zmian czucia i odżywiania mięśni.

Różniczkowe rozpoznanie między gliomatozą ośrodkową i *myelitis subacuta* jest niekiedy bardzo trudne i z zupełną pewnością daje się przeprowadzić jedynie przy uwzględnieniu etyologii i po dłuższej obserwacji przebiegu klinicznego.

*Sclerosis multiplex*, a zwłaszcza te jej odmiany nietypowe, które przebiegają z zanikiem mięśni, zбочeniami czucia i zaburzeniami ze strony pęcherza, posiadają wiele cech wspólnych z gliozą. Przy pierwszej wszelako nie spostrzegamy odziny zwyrodnienia, a w rzadkich tylko przypadkach widzimy typowe porażenie częściowe czucia, jak również zaburzenia odżywcze powierzchownych i głębszych tkanek.

*Haematomyelia centralis* i *myelitis acuta centralis* bardzo często zbliżone są do syringomyelii, różnią się zaś od niej ostrym początkiem, szybkim przebiegiem i następczą poprawą.

Od klasycznego wiądnienia, mianowicie tej jego odmiany, przy której przeważają objawy chorobowe w kończynach dolnych— ataksja, zaburzenia czucia mięśniowego, objaw ROMBERG'a i WESTPHAL'a — różni się typ szyjowy gliozy bardzo wybitnie. Trudniejsze już bywa rozgraniczenie w tych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z wiądnem rdzenia szyjowym lub z syringomyelią lędźwiową. Za wiądnem przemawiają z wielkim prawdopodobieństwem: odruchowa nierozszerzalność źrenic, zanik *nn. optitorum*, ataksja bez wzmożenia odruchów, obustronne porażenie *nn. posticorum* w krtani, zaniki mięśniowe w późniejszym okresie choroby, przymiot w wywiadach.

Trudności nie do pokonania na stręcza niekiedy rozpoznanie różniczkowe pomiędzy syringomyelią i rzadko spotykaną *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*. Do celu doprowadzić jeszcze może uwzględnianie szybkiego rozwoju choroby i kolei, z jaką następowały po sobie objawy chorobowe. Przy *pachymeningitis* porażone są wszystkie rodzaje czucia, nie spostrzegano zaś nigdy zaburzeń odżywczych w palcach. Niejednokrotnie znajdowano na sekcjach współistnienie obu tych chorób.

Z innych cierpień, które wskutek ucisku mleczka mogą dać obraz kliniczny ładząco podobny do obrazu gliozy (objawy podrażnienia czuciowego, porażenie częściowe czucia, *paraparesis spastica*, zanik mięśni DUCHENNE-ARAN'a lub łoż-

patkowo-barkowy, objawy ze strony źrenic) wymienić należy *spondylitidem tuberculosam* i nowotwory zewnątrzrdzeniowe. Guz, zewnątrz rdzenia siedzący, wskazują poniekąd: charakterystyczny układ kręgosłupa, znaczna bolesność jego przy ucisku, obciążeniu, a nawet samoistnie, sztywna postawa chorego w spokoju i przy ruchach, zazwyczaj równomierne zaburzenie czucia i bóle neuralgiczne w obrębie pewnych nerwów. Wykazanie gruźlicy, względnie przerzutów nowotworowych w innych okolicach ciała, popiera znakomicie rozpoznanie, mniej pewne z tego względu, że ucisk długotrwały wywołuje nieraz następne tworzenie się jam.

Guzy wewnątrzrdzeniowe, nie będące glejakami i nie wytwarzające jam, prawie że nie dają się na drodze klinicznej odróżnić od syringomyelii. Czasami rozstrzygają sprawę przerzuty.

*Meningomyelitis syphilitica* posiadać może wiele rysów wspólnych z gliozą. Za przymiotem przemawiają stanowczo: przemijające objawy mózgowe, będące wyrazem wieloogniskowości, dalej, brak drżenia gałek ocznych pomimo zajęcia mięśni oczu, niekompletne objawy porażeniowe, ustawiczna zmienność pojedynczych zaburzeń, wreszcie obecność objawów przymiotowych na skórze, w gruczołach i t. p. W tych przypadkach, kiedy ani obraz kliniczny, ani przebieg cierpienia nie są w stanie ułatwić rozpoznania, rozstrzyga nieraz zagadkę energiczne leczenie jodem i rtęcią.

Toksyczne, zakaźne i urazowe porażenia nerwów obwodowych, splotów nerwowych i ich korzeni zwykle rozwijają się szybko, wślad za działaniem odpowiedniego bodźca; objawy podrażnienia i zniesienia czynności pewnych nerwów mają ściśle określone siedlisko wzdłuż przebiegu tych ostatnich; rzadko kiedy wykazać możemy częściowe porażenie czucia, natomiast stwierdzamy wybitną wrażliwość nerwów i mięśni na ucisk; wreszcie widzimy w przebiegu choroby zwrot ku lepszemu lub też zatrzymanie się w pewnym okresie rozwoju. Dane powyższe wystarczają, by odróżnić gliozę od porażenia splotu barkowego, od zapalenia nerwów łądźwiokrzyżowych, od urazowych obrażeń korzeni nerwowych i *neuritis multiplex*.

Z neurytów rozsianych na szczególną wzmiankę pod względem rozpoznawczym zasługuje *neuritis leprosa chronica*, która zwykła w najdrobniejszych szczegółach naśladować t. zw. chorobę MORVAN'a lub *syringomyeliam mutilantem*. Ostatecznie rozstrzyga obecność laseczników trądu HANSEN'a w wydzielinie zastrzałów, we krwi lub w wyciętych kawałkach skóry. Rozpoznanie mamy również pewne, gdy znajdziemy charakterystyczne zmiany skóry (guziki, owrzodzenia, niebolesne białe blizny), świadczące niewątpliwie o trądzie; również gdy stwierdzimy swoiste obrzmienie brwi i wypadanie rzęs. Nieco zawodniejsze są przy trądzie wysepkowate zaburzenia czucia i wrażliwość nerwów obwodowych na ucisk. Objawy źreniczne, częściowe porażenie czucia, szerzące się równomiernie na znacznej przestrzeni, objawy spastyczne w kończynach dolnych, skrzywienie kręgosłupa i zaburzenia pęcherzowo-odbytnicze, przemawiają za syringomyelią, a przeciw trądowi. Wogóle rozpoznawanie *neuritidis leprosa*e u osobnika, który stale przebywa w krajach wolnych od tej zarazy, jest conajmniej rzeczą bardzo ryzykowną.

Przy *paralysis bulbaris progressiva chr.* i przy *paralysis pseudo-bulbaris cerebialis acuta* nie znajdujemy ani zboczeń czucia na twarzy, ani asymetrii w porażeniach, co stale spotykać można przy *syringomyelia bulbo-medullaris*.

I historię należy nieraz brać pod uwagę przy rozpoznaniu różniczkowym, ponieważ i przy niej spotykano obrzęki i sinicę rąk, częściowe porażenie czucia, zaniki mięśni, zaburzenia odżywcze skóry. Na korzyść histeryi przemawiać będą: zmienność i wielopostaciowość objawów, znamiona (*stigmata*) soma-

tyczne histeryi, stan psychiczny chorego i wpływ sugestyi na bezwładny czuciowy i ruchowy, co wszakże nie przeszkadza, by jednocześnie z histeryą istniała syringomyelia.

SCHLESINGER słusznie zwraca uwagę na to, że i niektóre cięższe choroby skórne (*sclerodermia*, *sclerodactylia*, *pemphigus foliaceus*, choroba RAYNAUD'a), przewlekłe cierpienia stawów i kości (*arthritis deformans*, *akromegalia*, *osteo-arthropathie hypertrophiantie pneumique*) oraz zatrucia swoiste (*pellagra*, *lathyrismus*, *ergotismus*) mogą dać powód do pewnych trudności przy rozpoznaniu. Ułatwia nam najbardziej w tych razach dyagnozę owa trójca patognostycznych dla syringomyelii objawów.

**Początek, przebieg i rokowanie.** Początek cierpienia jest najczęściej skryty, rzadko ostry. Pierwsze objawy syringomyelii stanowią zawyczaj parestezye w zakresie czucia bólu i ciepłoty. Rzadziej napotyka się w tym okresie porażenie czynności ruchowych i odżywczych, najrzadziej zaś—objawy opuszkowe. Niekiedy lata całe trwa okres objawów podrażnienia czuciowego lub wychudnienia mięśni ręki, zanim pojawią się inne objawy chorobowe. Przebieg jest powolny, stale postępujący. W ogólności, te postacie syringomyelii, które cechuje anatomicznie rozrost, gliozę i wytwarzanie się podłużnych jam, mają przebieg nader przewlekły, od kilku do 40 lat trwający; przeciwnie, postacie glejakowate prowadzą do śmierci już w ciągu 2 do 3 lat.

Polepszenia, trwające niekiedy lata całe, zarówno jak i obostżenia nie stanowią rzadkości. Remisyje objaśnia się w ten sposób, że pewne odcinki rdzenia, zanim ulegną zmianom organicznym wskutek rozrostu neuroglii, mogą utracić zdolność do spełniania właściwych im czynności przez oboczne zaburzenia cyrkulacyjne. Pewne różnice z dnia na dzień w stopniu natężenia objawów chorobowych tłumaczą się zachodzącymi zmianami w ciśnieniu wypełniającego jamę płynu.

Nagłe pogorszenia w przebiegu choroby są rzadkie i po większej części przypisywać je należy krwotokom, do których skłonne są zmienione naczynia pośród tkanki gliomatycznej. Pomimo długotrwałych przerw i częstych remisji w przebiegu choroby, ta ostatnia kroczy niezłomnie naprzód.

Najlepsze rokowanie *quo ad vitam* czynimy w tych, na szczęście najczęstszych przypadkach, w których gliozę zajmuje wyłącznie okolice szyjowo-grzbietową i chorzy długi czas są w możności spełniania tak czy owak swych obowiązków. Daleko niepomyślniejsze widoki ma chory, któremu grożą zaburzenia pęcherzowe, względnie *pyelonephritis*. Najsmutniejsze rokowanie przypada w udziale tym, u których rozrost tkanki glejowej zaczyna się w niezbędnych dla życia ośrodkach rdzenia przedłużonego, lub też na nie stopniowo przechodzi. *Quo ad valetudinem* rokowanie w syringomyelii jest bezwzględnie złe.

Większość syringomyelików, u których w późniejszych okresach choroby odporność ustroju znacznie upada, umiera wskutek dołączających się przypadkowo chorób zakaźnych lub wskutek zakażenia ogólnego, któremu dają początek zaburzenia odżywcze skóry lub zapalenie ropne pęcherza moczowego. Rzadziej pasmo żywota przecina zapalenie płuc zachłystowe lub bezwład serca.

**Leczenie.** Podejrzewając, na mocy samoistnie rozwijającej się skoliozy, parestezyi bolesnych lub częściowego porażenia czucia rozpoczynającą się syringomyelię, zwracamy uwagę w celach zapobiegawczych na to, by chorzy nie zajmowali się zbyt ciężką pracą, nie narażali się na wpływy wysokich ciepłot i strzegli się urazów. Chorzy tacy zwykli niestety zostawiać bez pomocy lekarskiej

rozmaite obrażenia ciała, gdyż te nie sprawiają im bólu, przez co znakomicie ułatwionem zostaje wkroczenie zakaźnych substancji do ustroju.

O bja w o w o leczymy nieznośne bóle zapomocą kąpiei letnich, pendzelka faradycznego, środków przeciwbólowych, rzadziej wstrzykiwań podskórnych morfiny; zapalenia stawów wysiękowe leczymy mięsieniem, ewentualnie zapomocą przekłucia stawu. Sprawność mięśni potęguje się przy pomocy gimnastyki, elektryczności i masażu. Wszelkie zaburzenia odżywcze skóry, flegmomy, zastrzały i t. p. należy traktować ściśle przeciwgnilnie. Przy mocnych bólach w karku, zależnych częstokroć od *pachymeningitis*, towarzyszącej syringomyelii, znaczną ulgę przynoszą środki odciągające na skórę (*derivantia*). Zażyczenie chorych jest przeciwwskazane.

Przeciwno samej chorobie probujemy zwykle tych środków, których zadaniem jest wywołać wessanie się bujającej tkanki chorobowej, a do takich w pierwszym rzędzie zaliczają jodek potasu. Wynik jednak bywa przy głożie rdzeniowej więcej niż wątpliwy. Ważniejszym daleko jest wzmożenie odporności chorego zapomocą ogólnego wzmacniania ustroju.

Warszawa, w maju, 1896.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

81. HIRSCHL. **Etyologia paraliżu postępującego.** Autor jest zwolennikiem wygłoszonego przez MOEBIUS'a poglądu, iż jedyną przyczynę paraliżu postępującego stanowi przymiot, główną też część swej pracy poświęca udowodnieniu słuszności tego poglądu. Materiał autora stanowi 200 przypadków wyłącznie mężczyzn z kliniki KRAFFT-EBING'a.

Za dostateczny dowód przebytego przymiotu uważa H.: 1) stwierdzone w jakimkolwiek szpitalu stwardnienie pierwotne z odpowiednim leczeniem; 2) stwardnienie z wtórną wysypką i 3) nieokreślone dokładniej cierpienie narządów płciowych, jeśli równocześnie występowały u żony typowe dla przymiotu poronienia. Prócz tego znaczny stopień prawdopodobieństwa przebytego przymiotu przypuszczać należy przy stwierdzonym przez wywiady stwardnieniu i niepłodności żony, oraz w razie występowania typowych poronień. Opierając się na tych podstawach rozpoznawczych, H. stwierdził u 175 chorych, których anamneza jest kompletną, przymiot pewny 98 razy (56%), prawdopodobieństwo zaś w 44 przypadkach (25%). Autor zadaje pytanie, czy możemy dla pozostałych 19% przypuścić, że cierpienie wywołane zostało przez inną przyczynę, i daje na to pytanie odpowiedź przeczącą. Przeciw możliwości innej przyczyny przemawia z jednej strony jednolity charakter anatomiczny paraliżu postępującego — *encephalitis diffusa et periencephalitis*, z drugiej zaś strony i w tych przypadkach (19%), w których anamneza nie daje punktu oparcia do rozpoznania przebytego przymiotu, nie możemy jednak z zupełną pewnością przymiot wyłączyć. H. przytacza anamnezy 63 przypadków trzeciorzędnego przymiotu (z kliniki LANG'a), z których się okazuje, iż tylko u 34 (54,4%) wywiady wykazują z pewnością przebytą chorobę, u 6 (9,5%) czyni ją tylko prawdopodobną, a u 23 (36,5%) wywiady dają wynik zupełnie ujemny, jakkolwiek obecność przymiotu żadnej wątpliwości nie ulega.

Również i oddzielne objawy paraliżu dowodzą ścisłego związku tej choroby z przymiotem. Jednym z najczęstszych (w 50% przypadków) jest nieruchomość zwrotna źrenic, która często stanowi *residuum* przebytego przymiotu. Tak samo

częste występowanie podwójnego widzenia, zaniku nerwu wzrokowego, porażenia mięśni ocznych, częstość kombinacji paraliżu z wiałem rdzenia przyczynia się do utrwalenia poglądu autora na związek przyczynowy między przymiotem a paraliżem: wszystkie te „objawy“ paraliżu są, zdaniem HIRSCHL'a, równie jak i sam paraliż, wyrazem przymiotu.

Co do bliższego określenia sposobu powstawania paraliżu postępującego pod wpływem przymiotu, to wszystkie objaśnienia obracają się w dziedzinie hipotez. MENDEL, który cyfrę syfilytyków między paralitykami podaje na 75%, przypuszcza, iż paraliż może się w dwojaki sposób rozwinąć: albo przymiot sam przez się, bezpośrednio wywołuje zapalenie mózgu śródmiaższowe, od którego, zdaniem jego, zawsze się paraliż poczyna. albo też jakiś inny czynnik chorobotwórczy, działając na mózg syfilytyka, wyprowadza na jaw ukrytą dyspozycję syfilytyczną (die latente syphilitische Disposition). MOEBIUS, STRUEMPELL i FINGER przypisują powstanie paraliżu działaniu wytworzonych przez przymiot toksyn. Toksyny owe, zdaniem FINGER'a, zawsze powstają pod wpływem przymiotu; gdy jednak reakcja ustroju (Umstimmung) zdrowego na ich działanie wyraża się w formie uodpornienia, ustroje mniej odporne pod ich działaniem podlegają trzeciorzędnym postaciom przymiotu, albo charłactwu swoistemu lub wreszcie chorobom następczym, do których i paraliż postępujący należy. HIRSCHL trzyma się również tego poglądu, iż paraliż jest późną postacią przymiotu, trzeciorzędną syfilytyczną manifestacją. Zgodnie z poglądami LANG'a przypuszcza autor, że stwierdzone częstokroć w początku ogólnego zakażenia przymiotowego objawy podrażnienia opon mózgowych (którym towarzyszy przekrwienie, a może i lekkie nacieczenie opon), stanowią tło, na którym w następstwie rozwija się paraliż, czy to pod wpływem powiększonego dopływu krwi, towarzyszącego pracy mózgowej, czy też pod wpływem urazu. Za poglądem MOEBIUS'a przemawia i czas, jaki upływa od zjawienia się pierwotnego stwardnienia aż do paraliżu; czas ten wynosi od 7 do 20 lat, co stosuje się również i do przymiotu trzeciorzędnego. Nieskuteczność leczenia swoistego nie przemawia wcale przeciwko przymiotowemu charakterowi paraliżu postępującego, ponieważ leczenie to wogóle mały wpływ wywiera na trzeciorzędne objawy przymiotu; zresztą, zdaniem autora, ma ono pewne znaczenie i przy leczeniu paraliżu.

(*Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* 1896. B. IV. H. 3).

Aleksander Tumpowski.

82. WOLFF. O dawkach leków przepisywanych w praktyce dziecięcej. W podręcznikach chorób dziecięcych i podręcznych książeczkach, zawierających recepty, znajdują się często przepisy, w których podana jest tylko jedna dawka, i niewiadomo właściwie, czy przepis ten służyć ma dla dwurocznego, czy też dla dwunastoletniego dziecka. Często dziwić się wypada wysokości dawki, zalecanej dla dziecka. Naprzykład w znanej podręcznej książeczce, zawierającej recepty dla dzieci, znajduje się następujący przepis przeciwko kokluszowi: Rp. *cocaini muriat.* 0,5, *aq. dest., syr. cort. aurant.* aa 50,0. *S.* Co 3 godziny od łyżeczki do kawy do łyżeczki dziecinnej. Poleca się więc jedną z najsilniejszych trucizn w dawce niebezpiecznej dla dorosłego (*cocaini muriat* 0,05 *pro dosi*, 0,15 *pro die*). Stosując podobne lekarstwo, można usunąć w bardzo krótkim czasie krztusiec, lecz jednocześnie zabić małego chorego. Niezupełnie obojętne są również dla ustroju dziecięcego recepty następujące: *morphii muriatici* 0,02, *aq. dest.* 25,0. *M.D.S.* Co 2 godziny łyżeczkę od kawy; lub: *aq. menth. pip.* 4,0, *tinct. thebaic., tinct. aromat.* aa 1,5. *S.* Co godzinę 10 kropel. Słusznie autor zwraca uwagę na brak tabletek, zawierających dawki maksymalne środków trujących, dozwolonych w praktyce dziecięcej. Gdy bowiem tablice takie istnieją dla dorosłych i w razie przekroczenia dawki maksy-

malnej, aptekarz może zwrócić receptę lekarzowi, to wobec tego, iż aptekarz nie wie, czy dane lekarstwo przepisane jest dla ssawca, czy dla dziecka starszego, dzieci pozbawione są dobrodziejstw, wynikających z tablic dawek maksymalnych. Należałoby zatem ustanowić dla dzieci tablice maksymalne środków trujących i obliczyć je dla każdego roku życia.

W broszurze pod tytułem „Zasady nauki o środkach lekarskich i dozologicznej arytmetyki“, D-r DURST w sposób praktyczny rozwiązuje sprawę dawkowania leków dla dzieci. Wiek dziecięcy DURST oznacza do 20-go roku życia i sądzi, że najprościej i najlepiej oznaczymy dawkę dla dzieci, jeżeli prze piszemy dla rocznego dziecka  $\frac{1}{20}$  zwykłej średniej dawki, przepisywanej dla dorosłego; dla każdego następnego roku życia  $\frac{1}{20}$  więcej, a więc dla 10-letniego dziecka połowę dawki dorosłego, dla 14-letniego  $1\frac{1}{20}$  i t. d. D. wykazuje przytem, że wyliczenie to oparte jest nie tylko na teoretycznem rozumowaniu, lecz i na wieloletniem doświadczeniu. Określenie dawki dla dzieci zapomocą tego obliczenia będzie więc bardzo proste.

Oznacza się przedewszystkiem średnią dawkę dla dorosłego, potem dawkę dla jednorocznego dziecka i mnoży się tę ostatnią przez liczbę lat chorego dziecka. Najtańszą i najprostszą postacią przepisywania mieszanek będą ilości 200,0, 100,0 i 50,0. Pierwsza dla dorosłych, druga dla starszych dzieci i trzecia dla małych dzieci. Weźmy np. mieszanekę, często zapisywaną dorosłym i zawierającą średnią dawkę opium: *tinct. opii simpl.* 1,0, *aq. destilat.* 200,0. S. Co dwie godziny łyżkę stołową (dla prostszego rachunku WOLFF opuszcza we wszystkich następnych przykładach syropy i inne dodatki), to dawka pozostanie tą samą, jeżeli zamiast tego zapiszemy *tinct. opii* 1,0, *aq. dest.* 100,0 S. co dwie godziny łyżkę dziecięcą, lub: *tinct. opii* 1,0, *aq. dest.* 50,0 S. co dwie godziny łyżeczkę od kawy, gdyż łyżeczka dziecięca równa się połowie łyżki stołowej, zaś łyżeczka od kawy połowie łyżeczki dziecięcej. W ten sposób możemy zamienić receptę dla dorosłego na receptę dla dzieci, przepisując 100,0 mieszanki i dla małych dzieci przepisując 50,0 mieszanki.

WOLFF w swej praktyce używał następujących średnich dawek dla dorosłych i zmniejszał ich dzienną dawkę dla dzieci. Mieszanki po 200,0. S. co dwie godziny łyżkę stołową: *acid. muriatici* 2,0 : 200,0, *apomorphini muriat.* 0,02 : 200,0, *aq. amygd. amar.* 4,0 : 200,0, *argent. nitrici.* 0,1 : 200,0, *chin. muriat.* 1,0 : 200,0, *chloralhydr.* 4,0 : 200,0, *cocain. muriat.* 0,04 : 200,0, *diuretini* 8,0 : 200,0, *ergotini* 1,0 : 200,0, *extr. bellad.* 0,06 : 200,0, *extr. condurango* 8,0 : 200,0, *extr. opii* 0,1 : 200,0, *kal. bromati* 6,0 : 200,0, *kali chlorici* 4,0 : 200,0, *kali jodat.* 4,0 : 200,0 (S. 3 razy dziennie łyżkę stołową), *creosot* 1,0 : 200,0, *liq. kali acet.* 20,0 : 200,0, *mixt. sulf. acid.* 4,0 : 200,0, *morph. muriat.* 0,02 : 200,0, *natr. bicarb.* 4,0 : 200,0, *natr. salicyl.* 8,0 : 200,0, *pepsin.* 4,0 : 200,0, *resorcini* 2,0 : 200,0, *salipyrini* 6,0 : 200,0, *tinct. chinae comp.* 10,0—200,0, *tinct. opii simpl.* 1,0 : 200,0, *tinct. ratanh.* 10,0 : 200,0. Infuza i dekokty przepisuje się dzieciom w ten sam sposób. WOLFF jako średnią dawkę dla dorosłych przyjmuje np. *inf. rad. ipecac.* (e 0,6) 200,0. (Dla łatwiejszego obliczenia dawki przyjmuje się cyfrę podzielną przez 20, a więc w danym razie zamiast 0,5—0,6). Dla dziecka rocznego formułka brzmieć będzie w ten sposób: *inf. ipecac.* ( $e \frac{0,60}{20} = e 0,03$ ) 50,0.

S co dwie godziny łyżeczkę od kawy. Dla dziecka dwunastoletniego: *inf. ipecac.* ( $e 0,03 \times 12 = 0,36$ ) 100,0. S. co dwie godziny łyżeczkę dziecięcą.

WOLFF w praktyce swej stosował następujące średnie dawki u dorosłych i odpowiednio zmniejszał je dla dzieci: *decoct. chin* (e 10,0) 200,0, *decoct. colombo* (e 10,0) 200,0, *inf. digit.* (e 1,6) 200,0, *decoct. fol. uv. urs.* (e 20,0) 200,0, *inf. rad.*

*ipecac.* (e 0,6) 200,0, *decoct. rad. ononid.* (e 10,0) 200,0, *inf. rad. rhei* (e 4,0) 200,0, *inf. sec. corn.* (e 6,0) 200,0—zawsze co dwie godziny łyżkę stołową; przy 100,0 co dwie godziny łyżkę dziecięcą, a przy 50,0 co dwie godziny łyżeczkę od kawy.

DURST w wyżej cytowanej broszurze poucza nas, jakie dawki przepisywać dzieciom, mniej, niż rok życia liczącym. Należy wtedy dawkę, odpowiadającą dziecku rocznemu, podzielić na 12 lub 10 części i wtedy będziemy mieli dawkę odpowiednią dla dziecka miesięcznego, a potem stosownie do ilości miesięcy pomnożyć przez tę ostatnią cyfrę.

WOLFF sądzi jednak, że przy takim postępowaniu wypadłyby dawki zbyt małe, i dlatego radzi przy stosowaniu silnych trucizn i środków nieobojętnych, określać dawkę w ten sposób, aby przepisywać ssawcom młodszemu połowę dawki, odpowiadającej dziecku rocznemu.

Przy przepisywaniu kropeł najodpowiedniej przyjąć gram płynu, bądź wody, bądź nalewki, za równy 20 kroplom. Wyjątek stanowi tylko eter, którego gram odpowiada 40 kroplom. Średnią dawkę nalewek radzi WOLFF obliczać nie na wagę, lecz na ilość kropeł, np. *tinct. opii simpl.* 4 krople, trzy razy dziennie zadawane, stanowią średnią dawkę. Chcąc u dorosłego stosować powyższą dawkę, wypada przepisać następującą receptę: *tinct. opii* 4,0, *aq. destil.* 16,0. S. 3 razy dziennie po 20 kropeł, a więc zawsze tyle gramów nalewki, ile kropeł odpowiada dawce pojedynczej i dodać tyle wody destylowanej, aby wszystko razem odpowiadało 20,0. Chory wtedy na każdą dawkę otrzyma 4 krople *tinct. opii* i 16 kropeł wody.

Nie zmieniając powyższej recepty, można ją zastosować u dzieci, przepisując zamiast trzy razy dziennie po 20 kropeł, trzy razy dziennie tyle kropeł, ile lat liczy dziecko. A więc jednorocznemu dziecku trzy razy dziennie po jednej kropli, dziewięcioletniemu dziecku po 9 kropeł i t. d. Przy zapisywaniu środków nieobojętnych lub ekstraktów i soli, oznacza WOLFF dawki w sposób następujący: mnoży średnią dawkę dla dorosłego przez 20 i dodaje do tego 20,0 *aq. destil.* Z tego otrzymuje dorosły 3 razy dziennie po 20 kropeł, a zatem średnią dawkę, gdyż 20,0 wody odpowiada 20 razy 20 kropeł. Jeżeli np. oznaczmy średnią dawkę dla *morphium muriaticum* 0,005, to WOLFF daje  $0,005 \times 20 = 0,1$  i dodaje do tego 20,0 wody destylowanej. S. 3 razy dziennie po 20 kropeł. Chory otrzymuje 3 razy dziennie po 0,005 morfiny. Zmniejsza się dawkę w ten sam sposób, jak przy lekach podawanych w postaci nalewek. A więc zamiast trzy razy dziennie po 20 kropeł, przepisujemy trzy razy dziennie 10 kropeł. Jeżeli zaś nie chcemy kropeł przepisywać na czas dłuższy, wtedy zapisujemy *morphii muriatici* 0,05, *aq. dest.* 10,0. S. 3 razy dziennie po 10 kropeł. W taki sam sposób przepisujemy: *cocaini mur.* 0,1, *aq. dest.* 10,0; *extr. belladon.* 0,1, *aq. destil.* 10,0.

Tak samo rzecz się ma z przepisywaniem proszków, różnica polega tylko na tem, że za punkt wyjścia służy dawka pojedyncza. Przyjmując np. za dawkę średnią dla dorosłego 0,01 *extr. belladonnae* (trzy razy dziennie), należy przedewszystkiem podzielić daną dawkę przez 20 i otrzymamy w ten sposób dawkę dla dziecka rocznego, a zatem *extr. belladonnae* 0,0005, pomnożone następnie przez cyfrę oznaczającą lata chorego dziecka. Wreszcie pigułki, rzadko u dzieci stosowane, zapisuje WOLFF w następujący sposób: przepisuje 20 pigułek, zawierających 20 razy dawkę średnią dla dorosłego. Np. *extr. bellad.*  $0,01 \times 20 = 0,2$ , *mass. pilul. q. s. f. pilul.* N. 20. S. 3 razy dziennie jedną pigułkę. Dla dziecka 14-letniego mnożysz się pojedynczą dawkę nie przez 20, lecz przez 14, czyli: *extr. bellad.* 0,14, *mass. pilul. q. s. f. pil.* N. 20, S. 3 razy dziennie jedną pigułkę.

(*Die Praxis.* 1896.—*Therapie der Gegenwart.* Zesz. 7. 1896 r.).

G.



## List otwarty do Redakcji Medycyny.

Szanowny Panie Redaktorze! W N. N. 21, 22 i 23-im „Medycyny“ za r. b. umieszczony jest odczyt d-ra M. EHRLICHA, wypowiedziany w dniu 30 grudnia r. z. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Płocku.

Ze względu na ważność kwestyi, poruszonej przez Sz. prelegenta, mianowicie, jak postępować należy przy poronieniach, uważam za właściwe zabrać głos, aby poddać traktowany przedmiot szerszej dyskusyi.

Praca Sz. autora uwzględnia szczególnie przypadki poronień w pierwszych miesiącach ciąży, „kiedy to część pochwowa bywa jeszcze wysmukłą i niepodatną, a ujście maciczne tak szczelnie zamknięte, iż o przeprowadzeniu przez nie palca mowy być nie może“.

W postępowaniu lekarskiem przy poronieniach autor kieruje się jedynie krwawieniem z macicy; interwencję lekarską rozróżnia w trzech okresach. Za granicę między 1-ym a 2-gim okresem uważa chwilę, kiedy następuje wyraźna zapaść (*collapsus*); w okresie 1-ym radzi zachowywać się zupełnie biernie. W okresie 2-im, kiedy następuje „odchodzenie jaja poronieniowego“, autor bez uprzedniego rozszerzenia przewodu szyi macicznej, przy jej zamknięciu, niepodatności, odlepia jajo płodowe swoim „zglębnikiem - łyżeczką“, i jeżeli niema krwawienia, zostawia je *in situ*; również „przy pozostaniu w jamie macicznej błon płodowych i łożyska, po odejściu płodu, chorą pozostawia w spokoju, jeżeli tylko nie grozi krwotok“. Przy manipulacjach w macicy autor z zasady środków przeciwniepalnych nie używa, pochwę zaś tylko wymywa wodą przegotowaną i watą BRUNS'a.

Niezgodność moja z poglądami Sz. autora dotyczy kilku punktów.

Co do pierwszego: wyczekiwanie z wszelką interwencją na wyraźną zapaść zdaniem mojem jest igraszką z życiem ludzkim; zapewne, doświadczony lekarz da sobie radę z opanowaniem i pokonaniem zapaści; jednakże dobrowolnie do niej dopuszczać i wyczekiwać na nią, nie zgadza się zupełnie z zapatrywaniami dzisiejszej doby, kiedy przywykliśmy patrzeć na krew, jej ilość i jakość, jako na podstawowy czynnik istnienia ustroju.

Co do drugiego: Sz. prelegent „swoim zglębnikiem łyżeczkowym“ stara się odlepić jajo płodowe od ścian macicy, manewrując nim w ten sposób, że, będąc już u dna macicy, robi powtórnie obrót na 180° około osi podłużnej; otóż, jeżeli narzędzie to nie jest proste, lecz zakrzywione czyli łukowate, jak zglębnik maciczny, to operujący musi, robiąc taki obrót, za każdym razem nacisnąć na jajo płodowe i zgnieść je, inaczej obrotu nie zrobi; nie rozumiem więc, jakim sposobem czasem tylko w rękę Sz. prelegenta jajo płodowe ulega rozerwaniu. Nie rozumiem również, poco wykonywany jest pierwszy obrót, mianowicie, kiedy główka zglębnika znajduje się już na wysokości ujścia wewnętrznego. Przy używaniu wszelkich przyrządów, mających zakrzywienie, odpowiadające wygięciu macicy, wprowadzamy je zazwyczaj w jednym przyjętem położeniu bez żadnych obrotów, z wyjątkiem jedynie, jeżeli chodzi nam o przywrócenie do normalnego położenia odgiętej do tyłu macicy sposobem KUESTNER'a.

Co do trzeciego: Sz. prelegent dokonywa odlepiania jaja płodowego bez uprzedniego rozszerzenia przewodu szyi macicznej, a temsamem nie oczyszcza miejsca, gdzie znajdują się normalnie różne gatunki drobnoustrojów; zglębnikiem zatem odrazu wprowadza drobnoustroje do wnętrza macicy.

Dalej, przy manipulowaniu w macicy bez rozszerzenia szyi, operujący po odlepieniu jaja, czy też jego rozerwaniu, zmuszony jest pozostawić je *in situ*, gdyż

przez wazki przewód wydostać go nie może; jajo płodowe, odlepione, pozostaje jako ciało obce, obumarłe, wewnątrz macicy, wraz z drobnoustrojami, wprowadzonymi niezaprzeczenie do jamy macicznej przy wprowadzaniu zgłębnika.

Częstokroć krwawienie po odlepieniu jaja i pozostawieniu go nie ustaje; wtedy dopiero Sz. autor zmuszony jest rozszerzyć przewód szyi macicznej, co wykonywa również bez oczyszczenia przewodu szyi i dokonywa materiałem (*lamina-ria*), nie dającym się nigdy dokładnie zdezynfekować. Dla potwierdzenia słów moich dodać muszę, że przy tego rodzaju manipulacjach Sz. autor tracił nieraz chore: „nieraz, każdy z nas, *resp.* podobnie postępujących, zmuszony był być prawie beczynnym świadkiem wobec śmierci z niedokończonego poronienia“.

Po wytworzeniu się łożyska, autor, kierując się, jak wogóle przy całym postępowaniu, jedynie krwawieniem z macicy, stara się plód wydostać, o dalsze zaś losy łożyska, o ile krwawienie nie grozi bezpośrednio śmiercią matki, nie zdaje się troszczyć, przekazując resztę działalności samej natury. Postępowanie takie wydaje się autorowi być uwieńczonym bardzo dodatnimi wynikami, co sprawdził na kilku tysiącach poronień. Jednakże dalej powiada autor: częstokroć chore „pomimo pozornego polepszenia, użalają się przez długie miesiące, a nieraz i przez całe lata na ogólną niemoc, na mniej lub więcej znaczne odpływy z części rodnych, na nieregularne i bolesne miesiączkowanie, na przewlekłe krwawienie nietypowe z macicy, na bezpłodność i utratę popędu płciowego . . . .“.

Następstwa takie, przy pozostawianiu łożyska i błon *à demeur*, wydają mi się prawidłem, nie zaś wyjątkiem.

Dodać jeszcze winienem, że wszelkie manipulowanie w macicy, bez odkażenia pochwy i szyi macicznej, niczem już usprawiedliwione być nie może.

Na zasadzie powyżej przytoczonych powodów, postępowanie następujące przy poronieniach wydaje mi się korzystniejszym dla chorych.

Największą ilość poronień przedstawiają przypadki powstałe na tle zapaleń wewnątrzmacicznych, lub też są sztucznie wywołane. Przy tych ostatnich najgroźniejszym objawem jest zakażenie, ogólnym wyrazem którego jest podniesienie ciepłoty ciała. Przy poronieniach, na tle zapaleń wewnątrzmacicznych powstałych, mamy do czynienia z chorym narządem, na który pilną należy zwrócić uwagę.

Patrzeć beczynnym na krwotok maciczny większego natężenia nie należy. Jeżeli osobiście przekonamy się, że podkłady, prześcieradła i t. p. pod chorą są przesiąknięte znaczną ilością krwi, to nawet przy dobrym jeszcze tętnie, obok zalecenia spokoju, nalewki makowca w enemach, należy wytamponować sklepienia pochwy. Tamponadę taką wykonać z idealną czystością można jedynie przy pomocy wziernika, najlepiej NEUGEBAUERA; pod kontrolą oka, po uprzednim dokładnym wysterylizowaniu krocza, pochwy i części pochwowej macicy, wypełnić należy sklepienia pochwy paskami gazy jodoformowej wysterylizowanej, lub taką wata. Po wytamponowaniu sklepień, wytamponować należy całą pochwę. W ten sposób zupełnie zabezpieczymy chorą od dalszych krwotoków, które przecież są tak nieprzewidziane co do czasu i natężenia, że wymagają tak niewinnej pod każdym względem, a jednakże radykalnej interwencji.

Częstokroć udaje nam się po takim zatamponowaniu pochwy, zaleceniu bezwzględniego spokoju i kilkakrotnym użyciu nalewki makowca powstrzymać dalszy przebieg poronienia i ciąża dochodzi do kresu; w tych razach zwykle po wytamponowaniu pochwy chore uspakajają się, bóle wszelkie ustają, tętno jest dobre, ogólny wygląd zadawalający. Po 48 godzinach wyjmujemy tampon i zalecamy spokojne pozostawanie w łóżku przez dni kilka; jeżeli zaś następuje dalsze znaczniejsze krwawienie, powtarzamy ten sam zabieg.

W razie zaś, jeżeli poronienia powstrzymać nie możemy, macica w dalszym ciągu się kurczy, aby się od zawartości uwolnić, występują bóle w dolnej części brzucha lub w krzyżu, dochodzą do pewnego natężenia, następnie wszystko ustaje, — jest to oznaką, że jajo płodowe zostało wyparte z jamy macicy do jej szyi; wtedy należy wyjąć tampon, poczem jajo płodowe samo wydalone zostaje tuż za tamponem.

W większości przypadków postępowanie takie w zupełności wystarcza; w bardzo jednakże ograniczonej liczbie przypadków należy postąpić radykalnie, mianowicie, usunąć zawartość macicy. Zachodzi tego potrzeba wtedy, kiedy jajo płodowe od dłuższego czasu znajduje się w stanie rozkładu, lecz skutkiem rozrostu błony śluzowej wydobyć się nazewnątrz nie może; zdarza się to przy *endometritis hypertrophica*; wtedy zazwyczaj następuje podniesienie się ciepłoty ciała, zależne od wchłaniania się wytworów rozkładu do krwiobiegu ogólnego; *sit venia verbo*, następuje samozakażenie (autointoksykacja); również przy wprowadzeniu zarazka z zewnątrz (poronienia sztuczne) gorączka wskazuje nam zatrucie ustroju. W tych razach należy usunąć całą zawartość z macicy. Dla dopięcia tego celu należy, oprócz wyżej przytoczonego postępowania co do krocza i pochwy, usunąć śluz z szyi macicznej, rozpuszczając go 3 : 100 roztworem sody, następnie suchą sterylizowaną gazą lub watą szyję macicy wysuszyć i potem dopiero przemyć roztworem czy to sublimatu 1 : 3000, czy karbolu 1 : 100, czy nadmanganianu potasu 1 : 2000 i t. p.

Po tak dokładnem przemyciu należy szyję maciczną należycie rozszerzyć, aby mózdz swobodnie manipulować w jamie macicy. Otóż, jeżeli czas pozwala, wprowadzamy pasek gazy jodoformowej, po zanurzeniu go w wodzie wrzącej, do samej jamy macicy; im więcej możemy gazy wprowadzić, tem skuteczniej i szybciej rozszerzenie nastąpi. Po 12—24 godzinach szyja maciczna tak dalece się rozszerza, że swobodnie łyżeczkę do skrobania przepuszcza; jeżeli zaś stan ogólny chorej jest ze względu na zakażenie groźny, wtedy doraźnie rozszerzadłami metalowemi zawsze podczas ciąży szyję maciczną rozszerzyć możemy do tego stopnia, w jakim to jest dla nas pożądane.

Mając tedy w ten, czy inny sposób rozszerzoną szyję i dostęp do jamy macicy zapewniony, wprowadzamy, po ponownem zirrygowaniu dolnego odcinka macicy, pochwy i t. p., ostrą łyżeczkę i nią całą zawartość usuwamy. O swobodny dostęp do jamy macicy chodzi mi dlatego, że wtedy tylko, kiedy go posiadamy, jesteśmy panami położenia; usuwając przerośnięte błony śluzowe (? Red.), bezwarunkowo usuwamy zarazem krwawiące tkanki, tak, że zawsze już przy końcu operacji krwawienie ustaje; charakterystyczny chrzęst skrobaczki po usunięciu błony śluzowej z macicy wskazuje dokładność naszego zabiegu. Przedziurawienia macicy obawiać się możemy tylko przy nieumiejętnem władaniu narzędziem, mianowicie, jeżeli posiłkujemy się niem rzutowo, zamiast systematycznie pociągać po ścianach macicy w kierunku od dna do ujścia, zwłaszcza w tych niezmiernie rzadkich razach, kiedy pozostaje w pewnych ograniczonych miejscach, skutkiem zwyrodnienia samego mięszu macicy, rodzaj okna w macicy, pokrytego tylko błoną surowiną. Wykonywać wogóle operację skrobania wewnątrzmacicznego zdarza się w wyjątkowo rzadkich razach, tak, że dokonanie przez Sz. prelegenta paru tysięcy skrobań wydaje mi się niewytlomaczoną polipragmazją.

Postępując w powyżej przytoczony sposób, nie kierujemy się jedynym objawem poronień, mianowicie krwawieniem, a jednocześnie działamy zgodnie z etyologią sprawy, usuwając źródło infekcyi przy zakażeniach, lub zwyrodniałą błonę śluzową macicy przy stanach zapalnych wewnątrzmacicznych; dajemy tem mo-

żność następnego prawidłowego zajścia w ciążę i nie przyczyniamy się dobrowolnie do wywoływania na przyszłość ciężkich i przewlekłych stanów zapalnych, pozostawiając *ad infinitum* łożysko i błony płodowe w jamie macicznej.

Niech Szanowny prelegent wybaczyć mi raczy powyższych słów kilka, gdyż jedynie dobro sprawy, nie zaś chęć polemizowania kierowała mną w tak ważnej kwestyi.

Szanownemu Redaktorowi dziękując za łaskawie udzielone mi miejsce, załączam zapewnienia prawdziwego szacunku, z jakim pozostaję

D-r Stefan Gaszyński, ordynator klin. położn.

W czerwcu, 1896 r.

#### Kilka uwag na list otwarty D-ra GASZYŃSKIEGO.

Różnica, jaką Szan. autor listu otwartego starał się zadokumentować między mojem postępowaniem lekarskiem przy poronieniach, a przez niego w końcu tegoż listu zalecanem, w rzeczywistości jest tylko pozorna i wynika jedynie z różnicy naszych zapatrywań bakteriologicznych oraz z różnicy naszego materiału klinicznego.

Długoletnie spostrzegania nad chorymi czynią mnie mniej podatnym do przyjmowania w ślepej wierze za absolutną prawdę wszystkiego tego, co głosi modna na dobie bakteriologia, a z drugiej strony — bezskuteczność środków przeciwnilnych wobec obrażeń rzeczywiście zakażanych, oraz smutne doświadczenia wskutek zbyt energicznego stosowania antyseptyki, czynią mnie mniej pohańbionym do bezowocnego i bezcelowego bojowania z mikrobami. Te względy, zarówno jak i mój wiek niech wytłumaczają memu Szan. recenzentowi, dlaczego wiernie trzymam się obozu aseptyki.

Największa jednak niezgodność między nami, bo aż do niezrozumienia treści i tendencji mego odczytu, powstała wskutek różnicy na polu naszej praktyki lekarskiej. Szan. oponent ma do czynienia z materiałem w klinice położniczej, panuje więc mniej więcej nad przypadkami poronienia, rozporządzając przytem całym arsenalem środków i sposobów lekarskich; my zaś, lekarze na prowincyi, bywamy po większej części przywoływani dopiero wtedy, kiedy już *periculum in mora* i do tego jeszcze najczęściej w warunkach, zaledwie umożliwiających jaką taką aseptykę. Nie dziwi mię przeto uczyniony mi przez Szan. oponenta zarzut „igrania z życiem ludzkim“, że w okresie pierwszym z interwencją wyczekuję aż do nastania zapaści z utraty krwi; nie my wyczekujemy, a właściwie nas wzywają dopiero przy nastaniu zapaści. Nie uczyniłby jednak Szan. oponent tego ciężkiego zarzutu, gdyby uprzytomnił sobie pole naszej działalności lekarskiej, oraz przypomniał sobie wyszczególnione pod rubryką okresu pierwszego zabiegu lekarskie. Może być, iż jakaś niedokładność w redagowaniu mego odczytu stała się przyczyną tego, iż Szan. oponent nie zauważył, że przytoczona kazuistyka ma powstrzymać lekarza od zbyt wczesnego interwencji lekarskiej w celu ukończenia poronienia, i że jedynie niebezpieczeństwo pod postacią grożącej zapaści upoważnia lekarza do tak stanowczego kroku; ma się rozumieć, po wyczerpaniu wszelkich innych środków. Przytem nadmieniałem i o doznanej nieraz bezskuteczności tamponady. Obecni odczytowi koledzy pojęli myśl moją i apróbowali ją.

Z takiegoż nieporozumienia powstała i opozycja przeciwko postępowaniu w okresie drugim. Mogę zapewnić Szan. oponenta, że tak treściwie i jasno wyłożone w końcu jego listu prawidła postępowania wszyscy wynieśliśmy z ławy uniwersyteckiej i ściśle je stosujemy w praktyce. Odrębne od tego szematu postępo-

wanie rezerwuję tylko w przypadkach niecierpiących zwłoki, gdzie szyja jest wydłużona i niepodatna, a na tamponowanie ponowne i rozszerzenie niema czasu. Dziwi się Szan. oponent, że przy manewrowaniu zgłębnikiem nie zawsze rozgniatałem jajo płodowe. Mogę zapewnić, że daleko częściej mi się to przytrafiło, kiedy je wydobywałem palcem. Przy tej okazji nie mogę nie złożyć publicznego podziękowania za łaskawie mi udzieloną naukę używania zgłębnika. Do rozszerzania używam laminaryi z jednoczesną tamponadą, a nie używam rozszerzaczy metalowych, bom przy pierwszej dotąd nie zrobił żadnych smutnych doświadczeń, a drugie, nawet w klinikach aseptycznie prowadzonych, dawały, z powodu obrażeń, zapalenia zakaźne. Że nie nalegam na natychmiastowe wydalenie z jamy macicznej błon płodowych i łożyska, polega na doświadczeniu, że *le mieux est l'ennemi du bien*. Nigdy nie miał przyczyny do pożałowania z powodu kunktatorstwa, a jednocześnie pamiętam niejednego smutny przypadek wskutek zbyt gorliwości w zastąpieniu czynności macicy celem wydalenia pozostałych błon płodowych. Przytoczenia słów z mego odczytu, iż: „nieraz każdy z nas (tak postępujących—dodatek listu Szan. autora) zmuszony był być prawie bezczynnym świadkiem wobec śmierci od niedokończonego poronienia“, odnoszących się wreszcie do początków mej praktyki—nie chciałbym sobie tłumaczyć jako zapewnienie autora, że przy zalecanem przez niego postępowaniu śmierć od poronienia nigdy nastąpić nie może. Zapewne jakiś *lapsus* w redagowaniu mego odczytu wywołał w mym Szan. oponentcie przekonanie, jakoby przy poronieniach z zasady nie opróżniał całej zawartości macicy; chciałem bowiem tylko zaznaczyć przed kolegami, że z doświadczenia nauczyłem się mniej obawiać pozostałych w jamie macicznej błon płodowych, aniżeli uporczywych zabiegów około ich wydobywania.

Na podobnemże nieporozumieniu opartą znajduję i ocenę postępowania w okresie trzecim. Jeżeli w okresie tym udzielałem porady lekarskiej kilku tysiącom kobiet, to wcale nie zaznaczyłem, ażeby one były przy poronieniach albo porodach uprzednio przezemnie leczone; przeciwnie, były to pacjentki, przeważnie przez innych kolegów, a nawet przez specjalistów zagranicznych traktowane, z czego jednak tym ostatnim wcale zarzutu jakiegokolwiek robić nie myślę. *Errare humanum!* Otóż w tych przypadkach, z małym wyjątkiem bliznowatych zwiężeń lub przegięć trzonu macicy, ujście i przewód szyi zwykle bywają tak szeroko rozwarte, że *prima vista* przystępowałem do wyskrobania; poprzedniego przeto rozszerzania używałem jedynie w przypadkach zwiężeń i dla umożliwienia dokładnego rozpoznania. Wyskrobywałem tylko części chorobowo zmienione, a zatem po największej części ziarniaki w przewodzie szyi i w okolicy ujścia wewnętrznego; bardzo rzadko byłem zmuszony skrobaczką sięgać aż do dna macicznego. Ponieważ wyskrobywanie odbywam bez uśpienia, przeto wyskrobywania całej jamy macicznej na jednym posiedzeniu nie wykonywałem; nawet ani razu nie przyszło do tego, ażebym był zmuszony chociażby w ciągu kilku posiedzeń wyskrobać całą jamę maciczną, gdyż po zdjęciu w kilku miejscach mniej lub więcej szerokim pasem zwyrodniałej błony śluzowej, odradzająca się błona śluzowa w krótkim czasie usuwała pozostałą zwyrodniałą. Z zasady nie stosowałem żadnego odkażania ani przed, ani po operacji, gdyż odpływającą krew uważam za najdzielniejszy środek przeciwnie. Prawdopodobnie stosowana przezemnie metoda chyba nie miała tych smutnych następstw, jakie pod koniec swego listu przewiduje mój Szan. oponent, skoro po 30 latach bakteriologicznych zbiorów stw z mej strony, nie zbywa mi na pacjentkach z dolegliwościami poporonieniowymi i poporodowymi. Dla uniknięcia nieporozumienia muszę nadmienić, że cierpienia tych pacjentek, prawie bez wyjątku, powstały nie z mojej metody i nie z mojej ręki.

Na zakończenie dodam, że celem mego odczytu było przekonać kolegów zapomocą dobrze im znanych faktów: 1) że zwyczajną aseptyką można przy poronieniach osiągnąć niegorsze rezultaty, niż przy niebezpiecznem boju z mikro-bami zapomocą środków przeciwnilnych, oraz 2) że czasowe (musowe notabene!) pozostawienie błon płodowych w jamie macicznej, mniejsze za sobą pociąga niebezpieczeństwo dla chorej, aniżeli uporczywe nad ich wydalaniem dłuwanie w jamie macicznej.

*D-r Ehrlich.*

### O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. czerwiec r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 28 (m. 15, k. 13); przybyło w czerwcu 76 (m. 36, k. 40); wypisało się 58 (m. 28, k. 30); zmarło 8 (m. 3, k. 5); pozostało na miesiąc lipiec chorych 38 (m. 20, k. 18).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, aniżeli w miesiącu ubiegłym i w tymże miesiącu roku zeszłego. Pochodzi to przede wszystkim od coraz częściej występującej biegunki krwawej, tyfusu brzuszego oraz znacznego powiększenia się ospy, której mieliśmy 2 razy więcej, niż w miesiącu maju, t. j. przypadków 11 (m. 6, k. 5); przeważnie z ulic krańcowych. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki, u chorych nie szczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Miedziana 8, Marszałkowska 32, Orla 6, Smocza 29 (2 przypadki), Grzybowska 29, Żytnia 25, Młynarska 10 (2 przypadki) oraz Wola i Czyste.

Największą rubrykę chorych w ubiegłym miesiącu zajmuje *biegunka krwawa*, której mieliśmy przypadków 15 (m. 7, k. 8), z przebiegiem po większej części niezbyt ciężkim i powikłanym. Zejść śmiertelnych wcale nie było. Chorzy pochodzili z ulic: Ogrodowa 6, Nowogrodzka 8, Rycerska 4, Pawia 63, Kacza 3, Dzielna 3, Freta 33, Nowolipki 75 (2 przypadki) i 76, Smocza 18, Brzeska 7, oraz wieś Wola.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje pojawienie się tyfusu brzuszego, który od roku przeszło tak często nie występował. Nie byłoby to zbyt pocieszającym objawem dla Warszawy, gdyby nie ta okoliczność, że towarzyszy on zwykle biegunce krwawej w porze letniej. Wszystkich chorych mieliśmy 11 (m. 8, k. 3), z których zmarł jeden. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Krakowskie Przedmieście 2, Grodzieńska, Dzika 73, Gęsia 79, Długa 26, Twarda 59, Dzielna 88, Nowolipie 31, Ogrodowa 69, Grodzka 3, Rybaki 3.

W jednej mierze trzymała się róża, której mieliśmy przypadków 9 (m. 5, k. 4), z których śmiercią zakończył się jeden. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Ś-to Krzyska 9, Chmielna 19, Wronia 69 i 50, Mokotowska 26, Gęsia 89, Żłota 25, Widok 19, Nowolipki 58.

Mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy *odry*, przypadków 6 (m. 3, k. 3), u dorosłych, z zakończeniem pomyślnem, z ulic: Ś-to Krzyska 27, Ś-to Jerska 4, Chłodna 23, Młynarska 10, Leszno 63, Okólnik 7.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 2 przypadki *plonicy* (Grzybowska 77, Wronia 50), oraz po jednym: *tyfusu wysypkowego* (Dzika 6), *zakończono* śmiertelnie, *blonicy gardła* (Wiślana 4) i *zapalenia płuc krupowego*.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 4 przypadki nieżytu żołądka i kiszek, 3—nieżytu oskrzeli, oraz po 1 zapalenie nerek, jajników, gruczołu przyusznego, uwiadu starczego i zółzów.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 11 (m. 3, k. 8).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 41 (m. 24, k. 17).

J. Sz wajcer.

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= E. LEGRAIN leczy tyfus wysypkowy zapomocą surowicy. Do otrzymania jej używał krwi osób, które niedawno przebyły tyfus. W następstwie zastrzykiwań stale spostrzegano obniżenie ciepłoty, co zresztą było proporcjonalne do ilości surowicy. Spadek ciepłoty zaczynał się w 3 godziny po zastrzyknięciu i osiągał *maximum* w 5 godzin. Działanie jednak nie było trwałe: gorączka wracała po 35—40 godzinach. Powtórne zastrzyknięcie sprowadzało ostateczny spadek. Jednocześnie dawało się zauważyć znaczne zwiększenie moczu. (Arch. génér. de Médec. 1895, grudzień).

= BATSÈRE podaje szczegóły osobliwej postaci przewlekłego zapalenia tkanki łącznej, które RECLUS opisuje pod nazwą *phlegmon ligneux*. Na przedniej części szyi tworzy się bardzo twardy, płaski guz, który jakby łączy leżące w tej okolicy mięśnie. Pozatem początkowo niema żadnych innych objawów: ani obrzęku lub chełbotania, ani zmiany barwy skóry, ani gorączki. Stwardnienie stopniowo wzrasta i rozszerza się. Po 1—3 miesiącach skóra czerwienieje, nabiera charakterystycznej barwy wina i powoli zrasta się z guzem, przez co traci dotychczasową swą ruchomość. Następnie w różnych punktach guza zjawiają się drobne ropnie powierzchowne, którym nie towarzyszy ani szczególny ból, ani gorączka, natomiast chełbotanie bywa wyraźne. Po przecięciu takiego ropnia wylewa się bardzo rzadka ropa. Badanie w tym okresie zapalenia tkanki łącznej może nasunąć podejrzenie mięsaka szyi. Różnicę, obok innych, stanowi pomyslny przebieg tego cierpienia. Etiologia dotąd jest nieznaną. B. sądzi, że przyczynę stanowi swoisty drobnoustrój. Co się tyczy leczenia, to B. zaleca głęboką termokauteryzację, przenikającą

wgłąb guza. (Journ. de Méd. 10. XI. 95).

= Według Ad. BRENNER'a w przebiegu wielu cierpień krtani i oskrzeli (ostry nieżyt, zapalenie atroficzne i gruźlica krtani, przewlekłe zapalenie oskrzeli) następuje znaczna poprawa, jeżeli wprowadzać środki lecznicze nie drogami zwykłymi, lecz wprost do krtani i oskrzeli. Do środków takich BR. zalicza przede wszystkim *mentol* (5—20% w paroleinie), który nietylko zmniejsza kaszel, lecz nadto działa antyseptycznie i znosi przykrą woń płwociny. Do rozczyntu tego dodawać należy 10—50% *ol. terebinth.*, jeśli płwociny jest dużo, i 2—3% dwuwęglanu sodu, jeśli płwociny mało. Zastrzykiwanie czyni BR. zapomocą strzykawkki DOWN'a, której zawartość wynosi około 1 drachmy. W razie potrzeby (*bronchit. putrida, bronchectasia*) można na jednym posiedzeniu zastrzyknąć 3—5 strzykawk. Dopóki chory nie przyzwyczai się, BR. naprzód znieczula za pomocą kilku kropel *cocain. hydrochlor.* Po kilku głębokich westchnięciach chory wydaje dźwięk *a*. Wówczas ostrożnie wprowadza się do krtani koniec strzykawkki i zatrzymuje się go (przy wdechu) między strunami głosowymi, poczem wstrzykuje się zawartość strzykawkki. Pochylając strzykawkę w jedną lub drugą stronę, można dowolnie wprowadzać płyn do prawego lub lewego oskrzela. Zastrzykiwanie powyższe BR. początkowo stosuje codziennie, a później w miarę poprawy coraz rzadziej. (Brit. medic. Journ. 26 X. 95).

= MENDELSON (Berlin) na mocy badań swych sądzi, że wszystkie sole *lithium* wywierają działanie moczopędne. Największe działanie w tym kierunku daje *lith. citricum*, następnie *lith. acet.* (Deut. Medic. Wochens. N. 41. 95.).

W. M.

## Wiadomości bieżące.

— Koledzy: KRAUZE Ludwik, RYCHLIŃSKI Karol oraz SAWICKI Bronisław, mianowani zostali ordynatorami oddziałów: pierwszy oddziału chirurgicznego w szpitalu Żydowskim, drugi—w szpitalu Jana Bożego, ostatni—chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus.

— Statystyka miasta Berlina za rok 1894 wykazuje ogólną liczbę porodów: 49.497. Na cyfrę tę przypada porodów u kobiet niezamężnych 6,769, trzy porody przez matki młodsze niż lat 15. Porody bliźniętami zdarzały się 547 razy, trojczkami 9 razy. Pomiedzy rodzacemi pierwiastek było 10,893, 7 matek liczyło po lat 16, 42 zaś lat 17. Jedna z matek 17-letnich rodziła po raz trzeci, jedna 22-letnia rodziła dziecko 6-te, jedna 25-letnia dziecko 9-te; trzy 29-letnie dziecko

12-te, jedna 30-letnia dziecko 14-te, jedna 32-letnia dziecko 15-te. W 31 małżeństwach rodziło się dziecko 16-te; 22 ojcom żona przysporzyła dziecko 17-te, w 9 małżeństwach urodziło się dziecko 18-te, w 2-ch małżeństwach urodziło się dziecko 19-te i 20-te, dwie małżonki w wieku lat 43 i 44 rodziły dziecko 21-sze. Dalej zapisano poród 8-go dziecka przez kobietę 51-letnią i 9-go przez kobietę 52-letnią.

— Zmarli. W Lublinie d-r ZAEUSKI; w Porycku (na Wołyniu) d-r SKARZYŃSKI; w Siedlcach d-r SZAWELSKI, zaraziwszy się tyfusem plamistym.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18 lutego 1897 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 68: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo, w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała № 7) oznacza się do dnia 15 grudnia 1896 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,  
*Dr J. Rogowicz.*

**Sprostowanie.** W N. 29 Medycyny na str. 687 w Notatce bibliograficznej o pracy E. BIERNACKIEGO p. t. Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych, po tytule opuszczono: Odbitka z Tomu XCII. Pam. Tow. Lek. Warszawa 1896.