

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

**Cena Gazety Lekarskiej.** W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

**Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich.** W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

**Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich.** Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu). Rozprawy naukowe. Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy (Czytane na posiedzeniu Tow. lekarzy gub. Płockiej d. 15 grudnia 1875 r.). Przez Dra Hoene.—Korespondencya krajowa. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Aleksego w Płocku za r. 1875. Podał lekarz tegoż szpitala Wyczalkowski.—Kronika zagraniczna. O wartości dyagnostycznej badania przez odbytnicę za pomocą całej ręki. Przez Dra Landau, asystenta kliniki gynecologicznej w Wrocławiu. Podał Dr Szuman.—Wiadomości bieżące. Ś. p. Dr Jahołowski. Prof. Oesterlina—Hygiena prywatna i publiczna.—Dodatek. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 15. Choroby tchawicy, oskrzeli i opłóćnej ark. 20. Choroby płuc ark. 15. Elektroterapii ark. 5. Oftalmologii T. III, ark. 25.

## Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

Przed dwudziestu laty, dnia 1 marca 1856 r., po raz pierwszy dokonałem przyprawienie nosa na Kaukazie w szpitalu Erywańskim \*). Potem za ledwo po upływie dwóch dziesiątków lat nadarzyła mi się możność dokonania tejże operacyi w Tyfliskim szpitalu wojskowym. W dwóch przypadkach całkowity nos przyprawiliśmy zwyczajnym sposobem indyjskim, podług Diffenbacha. W dwóch zaś innych zastosowałem sposób zalecany, zmodyfikowany przez prof. B. Langebecka. Niniejszem podaję do wiadomości historye tych chorych, dołączwszy uwagi epikrytyczne.

A. Przyprawienie nosa całkowite sposobem indyjskim podług Diffenbacha.

1. Szergowiec A. P., tyfliskiej komendy transportowej (peresylniej) wszedł do tyfliskiego szpitala wojskowego d. 25 października 1873 r. (N. 4569). Chory

\*) Tygodnik lekarski 1857, Nr. 26, str. 201.

urodzony w gubernii Symbirskiej, młody dobrze zbudowany, krępy. W chwili przyjęcia do szpitala cierpiał na biegunkę, i przy tém miał nos zmniejszony w skutek skrofulicznego cierpienia lub przyzniotu dziedzicznego. Przegródki nosa chrząstkowa i miękka zniszczone: dla tego nos był zadarty, grzbiet wklęsły, tuż poniżej kk. nosowych. Nozdrze podniesione do góry i naprzód.

Dnia 6 listopada zwyczajnym indyjskim sposobem, podług Diffenbacha przyprawiłem nosa. Ponieważ czoło chory miał niskie, więc wykrojona przegródka była pokryta włosami. Płat przyszyłem węzłami już to metalicznymi, już to jedwabnymi. Kąty zaś były połączone szwami szpilkowymi. Po zastosowaniu podobnego szwu z prawej strony—między nim a przegródką w prawem nowem skrzydle powstało zapadnięcie. Do nozdrzy wstawiłem piórka okręcone nitkami. Rany nosa posmarowałem kleiną, zaś ranę na czole zmniejszoną szwami szpilkowymi, opatrzyłem szarpią zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej Nelubina. Ostatecznie czoło i twarz pokryłem watą. Wieczorem ciepłota nowego nosa prawidłowa. Chory zupełnie spokojny. Napój kwaskowaty. Dnia 7 chory spał spokojnie, tętno pełne 84; ciepłota z rana 38,2, wieczorem 37,9. Nos nowy miał podobną ciepłotę jak i otaczające części zdrowe. Zmieniono tylko na nowym nosie zewnętrzny opatrunek. Środki też same. Dnia 10 na czole zmieniono li zewnętrzną warstwę szarpi. Z górnej części prawej strony zdjęte szwy. Ciecz zastrzyknięta do nozdrzy miejscami przeciekała między szwami. Rozczyn kamienia piekielnego z 10 gr. na  $\mathfrak{z}$  do opatrunku. Dnia 11—14 lekki stan gorączkowy. Siarczan chininy. Szwy na czole i na nosie się zdejmują. Ropienie czoła i zabliznienie w ranach nosa dobrze się posuwają. Rany nosa ciągle się smarują kleiną elastyczną. Dnia 20 w nocy pluskiew zabrawszy się do prawego ucha, sprawiała ból, który się jeszcze bardziej powiększył w skutek za nadto gorliwych starań felezera o wydobyciu jój z tamtąd. Skutkiem tego powstało zapalenie powierzchowne skóry przewodu słuchowego zewnętrznego. Zastosowano pijawki, ciepłe okłady, i wewnątrz ol. rycynowy. Dnia 22 rany w dobrym stanie; lekki stan gorączkowy. W nocy zaś d. 23 pokazała się róża na prawem uchu, na twarzy i w płacie nosowym, który zbrzękł. zgrubiał. Stan gorączkowy *acid. phosphorici*  $\mathfrak{z}$ j— $\mathfrak{z}$  Vj wody.

Różą zajęte miejsca nasmarowano tynkt. jodową i następnie kamieniem piekielnym w postaci tasiemeczek, wyjąwszy nowo przyprawiony nos, do którego saletrzanem srebra się nie dotykano. Dnia 26 stan gorączkowy: róża mniej się szerzy. Siarczanu chininy 9 gr. na dobę. 2 grudnia róża zupełnie znikła i nie wywołała żadnego wpływu na świeże blizny na nosie i na ranę czoła. D. 4 wewnętrzna powierzchnia nowego nosa zabliznia się, a z tém i forma jego się zmienia. Rana czołowa w ogóle powoli, leniwie się zabliznia. D. 11 zjawia się czułość na końcu nosa i w pobliżu blizn; grzbiet zaś jego nieczuły. Za dotknięciem się do nosa chory wyczuwa dotykanie na czole.

Dnia 22 wykroiłem wyniosłość sprawioną zawrotem; brzegi rany zszyłem metalicznymi nitkami. Rana na czole leniwo się goi. 11 stycz. 1874 r. jużem



wyżej powiedział, że na prawem skrzydle powstała zakłęśłość, niby rówiek na granicy łepka szpilki. Otóż zapadnięcie to w miarę zabliznienia się powierzchni wewnętrznej nosa nie tylko się nie zmniejszyło, ale się powiększyło; blizna bowiem wciągała wewnątrz jamy nosowej. Otóż życząc zmniejszyć ten rówiek, zapobiedz jeszcze większemu zakłęśnieniu, wyciąłem w dolnej części prawego skrzydła (w miejscu blizny) podłużny płateczek i brzegi rany połączyłem szwami szpilkowemi. Poczem na zajutrz u chorego zbrzękły prawe powieki. D. 16 szwy zdjęte. Operacja ta przedsięwzięta w celu zmniejszenia owęj zakłęśłości nie wywarła wpływu pomysłnego. W tychże widokach w lutym wyciąłem nowy skrawek, zapadniętą część z samego skrzydła prawego i brzegi połączyłem metalicznemi nitkami. Spieszne spojenie się powiodło, ale i teraz pozostała blizna zakłęśła, liniowa: prawe skrzydło się podniosło, stało się krótszem w porównaniu z lewem. Podczas operacyi tej, w 4 m miesiącu po pierwszej, dokonanej, chory czuł jeszcze ból nie tam gdzie rznięto, ale na czole zkad wzięty był płat.

Dnia 14 września z lewej strony w górze wyciąłem, w celu zmniejszenia za wielkiego płata, skrawek skóry razem z blizną w postaci mirtowego liścia. Brzegi zszyłem metalicznemi węzłami. D. 19 brzegi społy się doskonale; ale jednocześnie na górnej wardze, w lewym kącie nowego nosa powstał głęboki wrzodzik. Po kilkakrotnem przypiekaniu on się zabliznił.

Dnia 15 paźdz. przegródka, szczególnież część jej bliższa do wargi górnej obficie włosami pokryta. Otóż w widokach zniszczenia włosów postanowiłem cebulki i brodawki włosowe zniszczyć, i dla tego, mając na widoku grubość przegródki, wyciąłem część jej najmocniej włosami pokrytą w postaci trójkąta, wierzchołkiem do góry skierowanego i zszyłem. W części zaś przodowej przegródki, bliżej do końca nosa, zciąłem powierzchowną warstwę skóry z cebulkami. Spojenie się w części wyciętej powiodło się, tylko na prawej stronie przegródki włosy między nową blizną a dawniejszą, t. j. w miejscu przyrośnięcia przegródki do wargi górnej pozostały. Po zabliznieniu rany na przodzie przegródki, gdzie była zeszkobana powierzchowna warstwa—nowe włosy nie wyrosły. Skutkiem tej operacyi nos się zaokrąglił. Przy tych operacyach chory głównie się skarżył na bóle czola, zkad wzięty był płat, pomimo to, że upłynął prawie rok od pierwszej operacyi.

Dnia 20 listopada chcąc podnieść nos, na wierzchołku jego, poniżej wyniosłości czołowej średniej, wyciąłem skrawek w postaci poprzecznie leżącego liścia mirtowego, i śpieszne spojenie tu, przy zastosowaniu węzłów metalicznych, jak najdokładniej się powiodło. Nos rzeczywiście się podniósł cokolwiek, ale najważniejszym skutkiem tego wycięcia było to, że chory od tej operacyi nie czuł na czole, na miejscu wyciętego płata, ale tam gdzie się do niego dotykano. Tak przy następnem poprawieniu, wycięciu skrawka z nowego nosa, w pobliżu worka łzowego, chory już nie czuł żadnych bólów na czole. I przy tej operacyi pomimo wycięcia blizny i zszywania skóry nosa z sąsiednią częścią śpieszne spojenie się powiodło. Chory wyszedł ze szpitala w czerwcu 1875 r.

Przypadek ten nastęrcza kilka uwag następnych.

1. Lubo użycie szwów szpilkowych w kątach nowego nosa poniekąd jest wskazane, w widokach, tak powiem, umocnienia jego, ale sędzę, że właściwiej jest użyć kilka szwów węzłkowych w zamian za jeden szpilkowy. Głównym niedostatkim tych szwów szpilkowych jest to, że w skrzydłach nowych nosowych, między szwem a końcem nosa powstaje zakłęśłość, zapadnięcie podłużne, które później z trudnością daje się usunąć, pomimo użycia rozmaitych środków i bardzo szpeci nowego nosa formę. Grubość skóry i zaskórnej warstwy zapewne nie pozostają bez wpływu na stopień tego zagłębienia. Notuję przy tém, że w innych przypadkach przyprawienia nosa, podobne zapadnięcie było zawsze na prawej stronie nosa nowego, która ze swoich anatomicznych warunków zwykle jest mocniej nateżoną. Raz powstałe zagłębienie, w skutek własności blizny, powstającej na wewnętrznej powierzchni nosa, coraz bardziej się wewnątrz wciąga. Na przyszłość spróbuję nie jednostajny wycinać płat, prawe nowo uformowane skrzydło powinno być większe a lewe mniejsze; samo przekręcenie pomaga obniżeniu lewego skrzydła. Późniejsze wycięcia w celu poprawienia skutków zakłęśłości także przyczyniają się do tego, że prawe skrzydło bywa krótsze, więcej podjęte. Tenże cel może być dopięty uformowaniem ukośnego płata.

2. Róża na 17 dzień po operacyi, powstała od mechanicznego drażnienia części sąsiednich, nie zniszczyła spojenia nowych blizn. Sposób leczenia róży, użyty w tym razie zwykle się praktykuje w szpitalu wojskowym tyfliskim. Wielu chirurgów uważa różę za jedną z najgorszych komplikacyj przy rynoplastyce w ogóle, szczególnież zaś przy sposobie indyjskim.

3. Powszechnie znanym jest fakt, że chory, któremu zrobiono rynoplastykę wszelkie dotykanie na nosie odnosi do czoła, zkad wzięty płat do nosa. Czasami to bardzo długo pozostaje. Stan ten stopniowo ginie. Chory przyzwyczajają się do oznaczenia właściwego miejsca wrażenia bodźca. Chory ten zauważał po 5 tygodniach, że koniec nosa i boczne części są czulsze niż grzbiet. W ogóle nieprawidłowa czułość, *perversa sensibilitas* trwała przeszło rok u tego chorego i odrazu zginęła w skutek wycięcia poprzecznej głębokiej części skóry na korzeniu nosa, gdzie właśnie pozostawały nerwy płata. Fakt ten, sam przez się jest bardzo ciekawem zjawiskiem fizyologicznem.

4. Ten i inne przypadki uczą, że należy jak najmniej robić rozcięć na nowym nosie, gdyż pomimo usilne starania nie zawsze możemy otrzymać bliznę liniową. Dużo upłynie czasu nim się blizny wyrównają.

5. W dziele ś. p. Szymanowskiego \*) znajdujemy uwagę i radę, aby następne wycinania skrawków, przedsiębrane dla poprawienia formy nosa, robić, jeśli to jest możebnem, na nowym nosie, gdyż zdaniem jego, rany te prędzej i lepiej zagajają się pierwszym spojeniem niż te, gdzie ciecie zrobione

\*) Операции на поверхности человеческого тѣла 1865. p. 194.



między blizną i policzkiem. W tym ostatnim razie w ranie między połączonymi brzegami częściej powstaje ropienie, ponieważ części niejednostajnie są obdarte naczyniami krwistymi. W naszym przypadku nie zastosowaliśmy się ściśle do tego pravidła, t. j. łączyliśmy po wykrojeniu skrawków bliznę ze zdrową skórą, i nie spostrzegliśmy takiej różnicy, jak to wskazuje Szymanowski.

6. Wskazujemy na sposób przez nas użyty do zniszczenia włosów: zniszczyliśmy cebulki już to wycięciem całkowitem i zsyciem skóry, już to zeszkrobaniem, ścięciem warstwy zawierającej cebulki. Zdaje mi się, że tym sposobem można będzie nadal w niektórych razach dopiąć zniszczenia włosów na nowym nosie, obecność których nieraz stanowi wielką przykrość dla chorego i operatora.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

### **Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy.**

(Czytane na posiedzeniu Towarz. lekarzy gub. Płockiej dnia 15 grudnia 1875 roku).

Przez Dra Hoene.

Do rzędu chorób najczęściej w ciągu tego roku w Płocku spotykanych, należą niewątpliwie choroby łącznicowe. Zwłaszcza ucierpiały pod tym względem konsystujące tu wojska, dostarczając zastraszający kontyngens tego cierpienia, o wiele przewyższający ogólną liczbę pozostałych chorób. Ale i wśród ludności miejskiej zakorzeniły się choroby łącznicowe, do tego stopnia, że nie wiele znajdujemy łącznic, zwłaszcza pomiędzy ludnością mniej zamożną, odpowiadających wszystkim warunkom fizyologicznej łącznicy. Żaden jednak stan nie był od tego wyłączony i zarówno wiek dziecięcy jak i dojrzałe lata opłacają swój haracz temu cierpieniu. Znaczna ta liczebna przewaga chorujących na oczy pomimowoli nasuwa przypuszczenie istnienia pewnych warunków miejscowych wywołujących to cierpienie. Pomimo starannego jednak wnikania w tę sprawę nie udało mi się dotąd wynalezienie ogólnych miejscowych przyczyn tej choroby, chyba, że przyjęlibyśmy pewien genius epidemicus, ową utartą formułkę dla pokrycia niewiadomości naszej. Zawód jednak doznany przy wynajdywaniu takowych nie daje się podciągnąć do pojedynczych wypadków, owszem rozważając każdy oddzielny wypadek w znacznej większości odnajdujemy pewne stałe indywidualne czynniki, wyjaśniające nam to nagromadzenie się cierpień łącznicowych. Do rzędu takich czynników, najczęściej spotykanych, policzyć należy: 1) znaną skłonność łącznicy do powtórnych zapadań po raz przebytem zapaleniu, 2) niepielegnowanie przyrzędu wzrokowego z pominięciem dietetyki ocznej, 3) nieodpowiednie nazbyt ciasne i źle odwietrzane mieszkania, 4) wyczekującą postawę ludności tutejszej w obec lżejszych cierpień ocznych, i 5) znaną zaraziliwość chorób łącznicowych w ogóle. Oprócz wymienionych tu czynników nie małą także rolę odgrywa sam rodzaj cierpienia. Najczęściej bowiem spotykane tu formy zapalne miały pewien odrębny charakter, skutkiem czego przebieg ich znacznie się różnił od opisywanego w podręczni-

kach i wykładach chorób ocznych. Rozporządzając dość licznym materiałem, jaki mi w roku zeszłym dostarczyły Bielany, gdzie corocznie bywa urządzony w porze letniej dla wojsk obozujących oddział oczny, a w ciągu roku bieżącego kwaterujący w Płocku pułk Moromski, postanowiłem wnieść przed forum szanownych kolegów te dane i wyniki, jakie mi się nastreczyły z obserwacji przeszło 1000 wypadków.

Najczęściej tu spotykanem cierpieniem łącznicy była t. nazwana *conjunctivitis contagiosa*. Forma ta nie wyrobiła sobie jeszcze prawa obywatelstwa w powikłanej nosologii chorób łącznicowych. Przeglądając głównejsze w tej gałęzi dzieła, jak Stellwaga, Pilza, Brauna, Arlta, Szokalskiego, Weckera, a także i obszerne dzieło zbiorowe wydawane przez Graeffego i Saemischa nie spotkałem się dotąd z opisem szczegółowo traktującym za każde zapalenie łącznicy. Jedynie w odczytach Graeffego wydanych przez Hirschberga znajdujemy parę stronnic zapaleniu temu poświęconych. Inni autorowie albo pomijają takowe zupełnem milczeniem, albo też łączą jego opis z opisem form podobnych. Jak każde zapalenie łącznicowe, tak też i *conjunctivitis contagiosa* objawia się w dwojaki sposób, z przebiegiem ostrym i przewlekłym. Najczęściej przeważa forma przewlekła podlegająca jednak silnym zaostrzeniom cierpienia. Początek przewlekłego zapalenia nie zawsze jednako wym bywa, a najczęściej tak nieznaczny, że chorzy nieraz nie mają najmniejszej świadomości o swoim cierpieniu, zwłaszcza należący do klasy ubogiej, mniej dbałej na siebie, a stanowiącej przeważny kontyngens tej formy zapalnej. Robiąc częste przeglądy wojsk miałem sposobność przypatrywania się, że tak powiem, samym zaczątkom choroby. Pierwszym objawem bywa w takich razach lekkie przekrwienie łącznicy. Naczynia zarysowują się wyraźnie i to zarówno na spojówce powiekowej, jak też i na białkowej. Przekrwienie powolnie się zwiększa, naczynia liczebnie i jakościowo zwiększone nieraz nadają gałce ocznej pewien dość jednostajny odcień różowy. Najwybitniej jednak już i w tem początkowem stadyum przekrwienie to jest wyrazem na górnej fałdzie przechodniej, t. j. w kolistej zatoce łącznicy wypełniającej górną przestwor powiekogałkowy. Wydzieliny oczne są przy tem bardzo nieznaczne, chory nie czuje żadnych niepokojących go objawów. Wkrótce jednak negatywny ten wygląd ulega zmianom. Najczęściej w parę dni albo po nocy bezsennej przepędzonej, albo po zwiększonych libacyach na cześć Bachusa, a czasami też bez żadnej widocznej przyczyny zjawia się chory z oznakami mniej lub więcej silnego rozdrażnienia przyrzędu wzrokowego. Przyglądając się teraz bacznie znajdujemy następujące zmiany: przekrwienie łącznicy białkowej silniej rozwinięte, w wyższych stopniach przechodzące w nastrzyknięcie okolorogówkowe powierzchowne. Łącznica dolnej powieki najczęściej bez żadnej charakterystycznej przemiany, za wyjątkiem wzmiankowanego poprzednio przekrwienia, skutkiem którego uwidaczniają się drobne sieci łączących się ze sobą naczyń. Rzęsy cokolwiek zlepione gęstym, często ropiastym śluzem. Charakterystykę stanowi dopiero górna powieka, która już przy powierzchownem badaniu wydaje się obrzękłą i w poruszeniach swoich mniej swobodną. Po odwróceniu górnej po-



wieki, co się daje bez trudności uskutecznić, część powiekowa łącznicy okazuje się nieznacznie przekrwioną, tak że pojedyncze naczynia z łatwością można odróżnić. Właściwy stan rzeczy poznajemy dopiero z fałdy przechodniej. Jest ona w wysokim stopniu obrzmiała i przedstawia się jako wał o równej powierzchni jednostajnie różowawo zabarwiony. Przy zastosowaniu odpowiednich środków, zwykle objawy rozdrażnienia (zaczerwienienie gałki ocznej, światłowstręt, łzawienie), przechodzą w dość prędkim czasie (od 3 do 6 dni) obrzmienie jednak fałdy przechodniej pozostaje niezmiennem. W takim stanie chory może przebyć parę miesięcy, ze stosunkowo małemi dolegliwościami, objawiającemi się przeważnie silną drażliwością oka przy najmniejszym nadwężaniu takowego i wydzielaniem nie wielkiej ilości ropiastego śluzotoku, szczególnie w czasie snu. Przy zejściu choroby w wyzdrowienie, obrzmienie fałdy górnej powoli znika, nie pozostawiając po sobie najmniejszych śladów przebytego cierpienia. W wyjątkowych wypadkach zwrotna ta przemiana ciągnąca się miesiącami całemi, odbywa się dość szybko (parę tygodni) wśród oznak rozdrażnienia. Nie wielka ilość wypadków ma tak szczęśliwy przebieg. Najczęściej już w peryodzie rozdrażnienia występują najprzód na fałdzie przechodniej, następnie zaś rozszerzając się na całą łącznicę powiekową małe wywyższenia silnie nastrzyknięte. Wywyższenia te pojawiają się najprzód na górnej powiece od kątów poczynając, a następnie przechodzą na dolną powiekę, gdzie także kąty najpierw cierpią. Są one konicznej formy, przypominając kształt głowy cukru, a przy rozpatrywaniu szkłem powiększającym okazują się nierównemi i nadają łącznicy strzępiasty wygląd. Odznaczają się także skłonnością rozrastania się w wysokość i przybierają czasami grzybkowaty kształt, co prawdopodobnie przypisać należy mechanicznym warunkom. Łącznica cała przytem obrzmiewa skutkiem zapalnej chronicznej infiltracji i układa się w małe fałdki, przybierając wygląd podobny do błony śluzowej odbytnicy. Śluzotok bywa przy tem dość znaczny, zwłaszcza przy niedość troskliwym pielęgnowaniu oka. Gałka oczna nie bierze prawie udziału w tych przemianach, a przyrząd wzroku cierpi przeważnie drażliwością swoją. Obrzmienie fałdy przechodniej jednocześnie się zwiększa a na powierzchni jej okazują się dość często pomiędzy wymienionemi brodawkowemi rozrostami okrągłe mniej nastrzyknięte ziarna, rozrzucone nieregularnie na powierzchni i mające silną skłonność do rozrastania. Przy nacięciu krwawią mało, a na przecięciu okazują galeretowaty czerwono-żółty wygląd nie dający się jednak oddzielić od tkanki matczynej. Okres ten trwa od sześciu tygodni do kilku a nawet i kilkunastu miesięcy. Pomimo zastosowywania najsilniejszych środków rzadko kiedy daje się on skrócić i cały terapeutyczny efekt najczęściej ogranicza się na wstrzymywaniu rozrostów i znoszeniu nieżyłowego zapalenia. Teraz dopiero następują przemiany zwrotne pozwalające łącznicy przy odpowiednich warunkach powrócić do swego normalnego wyglądu. Zwrotny okres rozpoczyna się zmniejszaniem przekrwienia i obrzmienia fałdy przechodniej, które nieraz dochodzi do tak wysokiego stopnia, że w odwróconej fałdzie dają się odgraniczyć szare (najczęściej 2 do 3) równoległe do siebie leżące fałdy. Przekrwienie z czasem zupełnie ustaje, powierzchnia łącznicy, zwłaszcza górnej powieki przyjmuje blado-

żółtawy, jakby stłuszczony wygląd z wyraźnymi strzępiastymi narostami. Powoli narosty te znikają zupełnie, na miejscach narostów wytwarzają się małe blizny, łącznica wyrównywa się, pozostaje jednak pewne rozluźnienie tkanki. Objawiające się nie wielkim śluzotokiem i następczem nieznacznym przekrwieniem. Proces ten odbywa się niezmiernie powolnie i potrzebuje miesięcy całych przy starannem pielęgnowaniu. I w tym okresie chorzy podlegają częstym zaostrzeniom cierpienia, które w dwojakim kierunku oddziałują na cały przebieg, raz przyspieszająco, to znowu znacznie opóźniająco. Nie mogłem jednak wysledzić właściwych przyczyn tak odmiennego oddziaływania. Jak po każdym zapaleniu łącznicowem, tak i tutaj pozostaje przez długi czas silna skłonność do zwrotów choroby. Jakkolwiek nie przypominam sobie wypadków, w którychby tak zmieniona łącznica uległa zupełnemu zanikowi ustępując miejsce bliznowatej tkance, to jednak wzięwszy pod uwagę pojedyncze momenta anatomico-patologicznego procesu, a mianowicie rozrastanie się ziarniny łącznicowej, zejście to jest bardzo prawdopodobnem; wymaga jednak bardzo długiego czasu.

W wypadkach ostrego przebiegu choroby mamy rozwinięte wszystkie objawy silnego zapalenia. Tu uderza nas najprzód silne obrzmienie powiek unieruchamiające takowe, do czego jeszcze przyczynia się silny światłowstręt. Łzawienie obfite i ropiaste, śluzotok podobny do wiewiórowatego (blenorrojnego) nie dają choremu chwili wytchnienia. Skóra powiekowa o podwyższonej ciepłocie często zaczerwieniona. Otwieranie powiek dla chorych najczęściej bolesne. Łącznicę znajdujemy w stanie najsilniejszego przekrwienia z silnem obrzmieniem, nieraz w ciągu kilku godzin pojawiają się już małe brodawkowe narosty, przekrwienie okołorogówkowe i białkowe, dochodzące do podłącznicowych wylewów krwistych. Proces zapalny rzadko ogranicza się na samej łącznicy. Najczęściej już w początkach samych mamy lekkie zmętnienie rogówki, a i zwężona tęczęwka niejasnym swym połyskiem zdradza udział swój w sprawie zapalnej. W miarę większego lub mniejszego natężenia sprawy zapalnej pojawiają się głębsze przemiany w rogówce objawiające się wielorakimi wysiękami w tkance takowej najczęściej wielkości łepka szpilki. Wysięki te jednak w razach szybkiego zmniejszenia się stanu zapalnego łatwo zostają wchłonięte i tylko przy nieodpowiedniem traktowaniu oka, mianowicie nadto drażniącym przechodzą w owrzodzenia. Innem zajęciem rogówki znacznie gorszem w następstwach swoich są brzegowe molekularne rozpady pociągające za sobą przerwanie rogówki i wypadnięcie tęczęwki. W czterech spostrzeganych przezemnie takich wypadkach proces ten tak się odbywał: stan rozdrażnienia jakkolwiek zmniejszony nie ustępował wcale, łzawienie się przeciągało, a stosowane środki dla zmniejszenia rozdrażnienia odmawiają swojego działania. Około 10 dnia choroby, rzadko wcześniej, pojawiły się na brzegach rogówki w jednym lub kilku miejscach małe podługowate zmętnienia równoległe z konturami rogówki. Powoli i nieznacznie następowała w tych miejscach utrata substancji doprowadzająca w końcu do perforacyi. Rozpadowe (nekrotyczne) te owrzodzenia nie rozszerzają się i zajmują zawsze krańce rogówki, mianowicie zewnętrzne i dolne jej części, jak to miało miejsce we wszystkich



wypadkach. W razie nie dojscia do perforacyi wytwarza się nieprzezroczysta biała blizna, nie mająca jednak przez położenie swoje zgubnego wpływu na proces patrzenia. Również i wypadnięcia tęczówki, oprócz zmiany położenia źrenicy nie wywierają złych wpływów na stan wzroku. Już wyżej powiedzianem było, że łącznica jest silnie obrzmiała, najwięcej jednak obrzmienie to zajmuje fałdę przechodnią, skutkiem czego odwracanie powiek dla mało wprawnych jest dosyć utrudnionem. Do wymienionych objawów ostrego zakaźnego nieżyty łącznicy przyłączają się często ogólny stan gorączkowy i silne ciliarne bóle sprowadzające bezsenność, a tem samém podtrzymujące rozdrażnienie.

Ostra ta forma zakaźnego nieżyty łącznicowego przechodzi albo w wyzdrowienie lub też w formę przewlekłą wśród powolnego zmniejszania się oznak zapalnych i rozdrażnienia. Pomijam tu formę przewlekłą, jako już wyżej opisaną, a dla uzupełnienia formy ostrój dodać tu jeszcze winienem, że czas jej trwania w razie zejścia w wyzdrowienie rozciąga się od 10 dni do 3 tygodni. Przy powikłaniach z chorobami rogówki czas ten przedłuża się znacznie, stosownie do cierpienia rogówki. Zwrot ku wyzdrowieniu odbywa się dość szybko, w ciągu kilku dni.

Po tem krótkim i pobieżnem naszkicowaniu przebiegu choroby zwróćmy się do zdania sobie sprawy ze spostrzeganych zjawisk. A najprzód wypadnie nam rozpatrzyć pytanie o ile jest uzasadnionem przyjęcie oddzielnej formy zapalenia łącznicowego, nazwanej zakaźnym nieżytem. Porównawszy opisany przebieg z innemi stanami zapalnymi łącznicy, znajdujemy największe podobieństwo z prostym nieżytem z jednej strony a z brodawkowym zapaleniem, czyli z tak nazwanemi ostremi granulacyami z drugiej strony. Od obydwóch tych form *conjunctivitis contagiosa* różni się znacznie tak pod względem anatomicznym, jako też i klinicznym. Wprawdzie mamy i przy prostym nieżycie łącznicy, podobnie jak we wszystkich nieżytyowych zapaleniach błon śluzowych obrzmienie i przekrwienie łącznicy wraz ze zwiększoną produkcją takowej objającą się w przerostach części składowych i zwiększeniu wydzielin. Sprawa zapalna przechodzi tu jednak więcej powierzchownie, rozciąga się równomierne na łącznicy powiekowej i nigdy nie dochodzi do owego silnego obrzmienia fałdy przechodniej wskazującego zajęcie tkanki podbłonowej. Przy *conj. contagiosa* najwięcej, a często i wyłącznie, cierpi fałda przechodnia, zwykle w prostym nieżycie obojętnie się zachowująca, ograniczając się przeważnie na częściach powiekowych łącznicy. Narosty pojawiające się w prostym nieżycie, znikają w bardzo prędkim czasie, tak że z uśmierzeniem procesu zapalnego łącznica nie okazuje zboczeń z fizyologicznym swym wyglądem. Ważną dalej cechą odróżniającą te obydwie formy są własności zakaźne produktów zapalnych. Jak wiadomo, produkta zapalne łącznicy odznaczają się zaraźliwością swoją. Nie wszystkie jednak formy zapaleń dają się w tym względzie pod jedną podciągnąć.

Badania w tym przedmiocie robione wykazały: 1) zaraźliwość chorób łącznicowych jest najsilniejszą w ostrych okresach choroby, schodząc w peryodach przewlekłych do minimum 2) produkta zapalne łącznicy wywołują prze-

niesione na zdrową łącznicę jednakowo i różnoimienne zapalenia, przyczem wydzieliny ostrych zapaleń przechodzą częściej w cięższe formy aniżeli produkta zapaleń przewlekłych. Tak więc zasadniczą różnicę stanowiłoby natężenie wyzwanego procesu zapalnego w łącznicy, od którego to natężenia zależnem jest znowu w znacznej części morfologiczne i prognostyczne znaczenie zapalenia. *Conjunctivitis contagiosa* odznacza się, jak mamy dowód w wojskach tu-tejszych, zwiększoną zaraźliwością. Ogarnia ona na raz znaczną część ludności danego zabudowania i powoli rozszerza się na wszystkich mieszkańców. Nie wielu tylko znosi bezkarnie niebezpieczne sąsiedztwo. Epidemia ostatnia rozpoczęła się właściwie w m. października roku przeszłego, albowiem zjawiające się poprzednio wypadki zapaleń ocznych należały przeważnie do rzędu przewlekłych ziarninowych zapaleń łącznicy pospolicie jaglakami zwanych, albo też do prędko przemijających różnych nieżytów. Najprzód zaczęła chorować 6 rota przy pierwszym przeglądzie której w owym czasie okazało się przeszło 40 chorych na 145 ludzi. Pomimo natychmiastowo przedsięwziętych energicznych środków dla wstrzymania dalszego rozwoju choroby, liczba ta zwiększała się coraz bardziej, tak że w ciągu trzech następnych miesięcy powiększyła się do stukilkunastu. Sąsiadujące w jednych koszarach rotę 2 batalionu uległy takiemuż losowi, skutkiem czego mieliśmy z tego batalionu w przeciągu czasu półrocznym, przy nieustającym ścisłym nadzorze, olbrzymią stosunkowo liczbę 311 chorych. W ślad za tym batalionem poszły i inne, jak to pokazują następujące liczby ruchu chorych ocznych w pierwszej połowie r. 1875.

Styczeń	pozostawało	48	przybyło	145
Luty	"	62	"	444
Marzec	"	346	"	93
Kwiecień	"	259	"	73
Maj	"	119	"	82
Czerwiec	"	87	"	81

W następujących miesiącach liczba przybywających chorych nie przewyższała 20, t. j. zwykłej prawie liczby spostrzeganiej w pułkach. Dodać tu jeszcze winienem że znaczna część przybywających w m. kwietniu, maju i czerwcu należała do powtórnych zapadań. Wszystkie pojawiające się wypadki miały jedną wspólną cechę stanowiącą ich charakterystykę mianowicie obrzmienie fałdy przechodniej i odznaczały się upartością swoją. Przedstawiane tu liczby i jednostajność przebiegu stanowią wymowny dowód, zaświadczający samodzielność zakaźnego kataru łącznicy. Niemniej wymownym faktem jest także ta okoliczność, że kwaterujące tu także wojska t. z. miejscowego batalionu, nie mające jednak żadnej styczności z pułkiem Muromskim, pomimo znacznie gorszych warunków higienicznych nie chorowały wcale.

(Dalszy ciąg nastąpi).



## KORRESPONDENCYA KRAJOWA.

## Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Aleksego w Płocku za r. 1875.

Podał lekarz tegoż szpitala Wyczałkowski.

W ubiegłym roku w szpitalu Ś-go Aleksego pod względem administracyjnym za-  
szły pewne zmiany, a mianowicie z upoważnienia Rady Gubernialnej zrestaurowano zu-  
pełnie szpital, t. j. przestawiono piece we wszystkich pokojach i urządzono w nich  
wentylację za pomocą rur na podobę Wolperta; przy oddziale kobiet przerobiono  
dawniejsze wychodki drewniane, na murowane systemu dolowego i inne pomniejsze re-  
peracye; ogólny koszt wynosił przeszło 1000 rs. Zgłębiwszy cele obydwóch i rozwa-  
żywszy bacznie ogół i szczegóły tych ulepszeń, najmniej pomyślnie nabędziemy  
przekonanie o harmonijnej całości tego tła przeznaczenia, albowiem istotnych korzyści  
hygienicznych zakład nie odniósł, pomimo szczerých usiłowań ze strony lekarskiej, jak  
również nakładów ze strony Rady Gubernialnej, chlubny postęp prac i tychże nakładu  
dostrzeżonym być nie może, gdyż w mojem przekonaniu, celem, treścią tych ulepszeń  
winno być zupełne udoskonalenie wewnętrznej wentylacji i miejsc odchodowych, a wów-  
czas korzystniejby mogło oddziaływać na pożądany stan zdrowia chorych.

Jaki zaś ruch chorych miał miejsce pokazują następujące tablice, jak również  
i wywody, jakie się z nich dadzą wyprowadzić.

Z przeszłego roku 1874 pozostało chorych.

T a b l i c a I-sza.

	Blennor- rhoea. Rzerzącz- ka.	Ulcus ve- nereum. Szankr.	Syphilis. Przymiot.	Lupus. Wilk.	Cancer. Rak.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	—	3	3	1	1	8
Kobiet . . . . .	4	2	4	—	1	11
Dzieci . . . . .	—	—	1	—	—	1
Razem . . . . .	4	5	8	1	2	20

T a b l i c a II-ga.

Do szpitala przybyło w roku 1875.

	Blennor- rhoea.	Ulcus ve- nereum	Syphilis.	Scabies.	Cystitis ca- tarrhalis.	Psoriasis.	Tinea ca- pitis.	Lupus.	Cancer.	Laryngitis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	4	11	17	3	2	1	1	—	1	—	40
Kobiet . . . . .	92	22	35	2	—	1	—	4	7	2	165
Dzieci . . . . .	2	—	5	—	—	1	—	—	—	—	7
Razem . . . . .	98	33	56	5	2	3	1	4	8	2	212

T a b l i c a III-cia.

W ciągu roku 1875 leczono zatem ogółem.

	Blennor- rhoea.	Ulcus ve- nereum.	Syphilis.	Scabies.	Lupus.	Cancer.	Cystitis ca- tarrhalis.	Psoriasis.	Tinea ca- pitis.	Laryngitis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	4	14	20	3	1	2	2	1	1	—	48
Kobiet . . . . .	96	24	39	2	4	6	—	1	—	2	176
Dzieci . . . . .	2	—	5	—	—	—	—	1	—	—	8
Razem . . . . .	102	38	64	5	5	10	2	3	1	2	232

T a b l i c a IV.

Z ogólnej liczby chorych ubyto w 1875 roku.

	Blennorrhoea.			Ulcus venereum.			Syphilis.			Scabies.			Lupus.			Cancer.			Cystitis catarrhalis.			Psoriasis.			Tinea capitis.			Laryngitis.			Razem.			
	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D				
U. Zdro- mar. wych.	4	89	—	2	13	24	—	18	36	5	3	2	—	1	3	—	1	5	—	2	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	213
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4

T a b l i c a V.

Pozostaje więc na 1876 rok.

	Blennorrhoea.	Ulcus venereum.	Syphilis.	Cancer.	Elephantiasis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	—	1	2	1	—	4
Kobiet . . . . .	7	—	3	—	1	11
Dzieci . . . . .	—	—	—	—	—	—
Razem . . . . .	7	1	5	1	1	15

Jakie w ogóle miejscowości dostarczyły zakładowi największą liczbę chorych cierpiących przymiotem:

T a b l i c a VI-ta.

	Blennorrhoea.		Ulcus venereum.		Syphilis.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Miasto Płock . . . . .	3	44	4	16	7	7	91
Powiat Płocki . . . . .	—	13	1	4	3	10	31
„ Płoński . . . . .	1	4	—	1	1	8	15
„ Sierpecki . . . . .	—	5	2	1	4	2	14
„ Gostyński . . . . .	—	5	2	3	2	4	16
„ Lipnowski . . . . .	1	10	—	—	1	—	12
„ Rypiński . . . . .	—	4	—	—	—	5	9
„ Mławski . . . . .	—	3	—	—	—	—	3
„ Prasnycki . . . . .	—	—	—	—	—	2	2
Razem . . . . .	5	88	9	25	18	38	193

Jak w ogóle miasta większe, największy kontyngens dostarczają chorych, tak i tu m. Płock, zatem idzie prowincya, powiat Płocki, Gostyński, Płoński i t. d.

Chorzy przebyli w zakładzie 5,791 dni; czas średni przepędzony w zakładzie 24,4 dni; dzienna średnia liczba chorych była 15,9, utrzymanie jednego chorego dziennie 67,4 kopiejki.

(Dokończenie nastąpi).



## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

**O wartości dyagnostycznej badania przez odbytnicę za pomocą całej ręki.***(Rectaluntersuchung mit der vollen Hand). Archiv f. Gynäkologie. Tom VII, zeszyt 3.*

Przez Dra Landau, asystenta kliniki ginekologicznej w Wrocławiu.

Podał Dr L. Szuman.

Badanie miednicy i dolnej części jamy brzusznej za pomocą wprowadzenia całej ręki aż za wyrostki rylcowate w odbytnicę—przez Allinghama r. 1871 i Simona 1872 polecane i przez ostatniego tak żarliwie zachwalane—poddawano w Wrocławskiej ginekologicznej klinice prof. Spiegelberga szczegółowemu rozbirowi i próbowano go, ilekroć się odpowiednio wskazywało. Jednakże rezultaty tych badań przez Dra Landau'a, pierwszego asystenta wzmiankowanej kliniki, ogłoszone, nie przedstawiają owej tyle zalecanej metody w zbyt różowej barwie. Według tych wyników metoda ta 1) nie zawsze jest wykonalną, 2) metoda ta daleką jest od tego, aby (jak chce Simon) „rozpoznanie wszystkich chorób macicy, jajników i w ogóle organów miedniczych daleko pewniejszem czyniła, niż wszystkie dawne metody rozpoznawcze“, 3) badanie to wreszcie nie zawsze jest nieszkodliwem.

1) Zdaniem Dra Landau'a są miary, które podaje Simon, by wykazać, jak głęboko sięgamy całą ręką w jamę miednicy i brzucha nie zupełnie słuszne. Simon twierdzi, że w korzystnych razach można całą ręką przez odbytnicę sięgnąć 15 cm. wyżej, w mniej korzystnych 12 lub 10 cm. wyżej, niż za pomocą badania per vaginam. Tymczasem dwoma palcami per vaginam wprowadziwszy je do tylnego sklepienia sięgamy do wysokości 11 cm., ponieważ zaś całą pochwę i sklepienie możemy posunąć jeszcze około 2—3 cm. w górę i znaczną część tylnej ściany macicy uczynić dla palpacji dostępną, przeto zwyczajnie przez pochwę sięgniemy około 14 cm. w głąb miednicy. By sięgnąć przez odbytnicę 15 cm. wyżej, t. j. by sięgnąć 29—30 cm. w głąb miednicy i brzucha, trzeba by wprowadzić nie tylko całą rękę, ale także trzecią część lub blisko połowę przedramienia w odbytnicę, jak się o tem każdy mierząc własną ręką przekonać może. Jednakże tak głębokie wprowadzenie ręki i przedramienia jest rzadko możliwem; w trzech przypadkach, które referent niniejszego miał sposobność widzieć, ręka nie dalej mogła być wprowadzoną, jak do wyrostków rylcowatych, t. j. około 20—21 cm. w prostej linii; po drugie, międzykrocze naciąga się zawsze ku dołowi i tworzy na około stawu wprowadzonej ręki jakby rodzaj na zewnątrz ciała wystającego, wydrążonego cylindra (podobnie jak to czyni międzykrocze na tylnej stronie pochwy przy porodzie, przyp. ref.); po trzecie, ręka leżąca w wydrążeniu os sacrum i palce w odbytnicy nie mogą być zupełnie wyprostowane. Tym sposobem głębokość rzeczywista, do której w głąb miednicy całą ręką sięgamy, musi być jeszcze o kilka centymetrów zmniejszoną. Ręka więc cała, oprócz wyjątkowo może korzystnych wypadków nie sięga tak wysoko, jak to twierdzi Simon. A jeżeli badanie przez pochwę będziemy wykonywali u osób znieczulonych, przy zupełnem zwałnieniu (*relaxatio*) mięśni brzucha, na co Dr Landau szczególną zwraca uwagę, to różnica pomiędzy obydwoma metodami jeszcze mniejszą się stanie! Cóż dopiero, gdy w małej miednicy znajdują się narośle, nie dające się z łatwością ku górze wysunąć? W tych razach, kiedy tak często potrzeba pewności rozpoznania natury i siedziby nowotworu w celach terapeutycznych, badanie przez odbytnicę stawało się zupełnie bezskutecznem; albo wprowadzenie ręki, albo palpacja dla ciasności miejsca były niemożliwe. Często także odbytnica przez wprowadzenie ręki rozszerzona mocno w środkowej lub górnej swej części, utworzy ponad tem bardzo rozszerzonym miejscem nagle zgięcie, przez co się światło кишки w tem zgięciu zacina, tak że ręka i zgięte palce znajdują się jakby w zamkniętym worku (wie in einem Blindsacke) i nie można palcy wyprostować ani dalej posunąć. Landau wzmiankuje trzy takie przypadki. Na objaw ten niekorzystny już i Simon zwraca uwagę.

2) Nawet w tych razach, gdzie dostatecznie głęboko można wprowadzić rękę w odbytnicę, pewność rozpoznania tym sposobem osiągniętego nie jest

dostateczną. Na to już Spiegelberg na podstawie dwóch \*) przez siebie poprzednio obserwowanych wypadków zwrócił uwagę. Następnie jeszcze dwa przypadki tego rodzaju spostrzeżono w tutejszej klinice. Zachodziła w nich wątpliwość, czy nowotwory są twardymi naroślami jajników czy też mięsniakami tylnej ściany szyi macicy (*retrocervicale Uterusmyome*). W pierwszym razie badanie przez ścianę brzucha i za pomocą zgłębnika macicznego dozwalało wyczuć narośl znacznej objętości, a przed i pod nią macicę normalnej wielkości. Przy badaniu całą ręką per rectum można było narośl posuwać łatwo na tylnej ścianie macicy, co doprowadziło do wniosku, że narośl jest nowotworem jajnika. Ponieważ jednak macica pociągnięta była znacznie ku górze i tylną ścianą do narośla przytykać się zdawała, przeto wnoszono, że jest połączoną z nowotworem przez zlepy (*adhaesio*) otrzewnej na tylnej stronie szyi macicy. Dopiero podczas operacyi przekonano się, że nowotwór był podotrzewnym naroślem tylnej części szyi macicznej, a to co uważano za zrost (*adhaesio*) otrzewnej, było wazką podstawą nowotworu.

Jeszcze trudniejszym do rozpoznania był ostatni tego rodzaju przypadek. Badanie równoczesne przez pochwę i przez ścianę brzucha dozwalało wyczuć narośl twardy znacznej objętości, który zdawał się z macicy nie powstawać, ponieważ (u zachloroformowanej pacjentki Schalude) można było przez wątlą ścianę brzucha wsunąć palce głęboko pomiędzy narośl a macicę i narośl na kilka centymetrów ku górze od macicy odsunąć, ponieważ dalej przy poruszaniu nowotworu ku górze lub bokom szyja maciczna i sklepienie pochwy się nie poruszało pospół. To samo potwierdzało badanie całą ręką przez odbytnicę, które oprócz tego dozwalało po prawej stronie macicy wyczuć dość cienką, na kilka centymetrów długą szypułkę, od macicy do nowotworu idącą. Szypułkę tę uważano za zgrubiałe nieco więzadło jajnika (*Lig. ovarii teres*), a narośl za nowotwór fibrocystyczny jajnika. Żadnego zaś jajnika nie można było wyczuć przy tej palpacyi per rectum.

Wszyscy co te badania czynili i prof. Spiegelberg, Dr Landau i referent niniejszej rozprawy, któremu pacjentka ta była w klinice przydzieloną, sądzili, że narośl jest nowotworem jajnika prawego, w skutek czego przedsięwzięto jego extirpację. W czasie tejże dopiero przekonano się, że nowotwór był podotrzewnym mięsakiem wielkości głowy kobiecej z tylnej części szyi macicznej wyrastającym i na szypułce stosunkowo cieniżej i kilka centymetrów długiej osadzonem. Odjęto go łatwo, chociaż w skutek znacznej obfitości wielkich naczyń w szypułce nastąpił mimo galwanokaustycznego szypułki przecięcia silny krwotok. Chora w przeciągu 48 godzin umarła. Jajniki były tu od tyłu zakryte naroślem i w skutek tego przy palpacyi per rectum nie można ich było wyczuć.

W piątym przypadku przy badaniu przez odbytnicę znaleziono dwa narośle, z których jeden zdawał się być z macicą stale złączony i z niej wyrastać, a drugi być naroślem jajnika lewego. Tymczasem przy operacyi przekonano się, że prawy narośl nie był macicznym, lecz że oba były nowotworami obu jajników, a do macicy był i prawy i lewy także przez zrosty przyczepiony. Rozpoznanie więc za pomocą metody badania całą ręką przez odbytnicę w trudnych przypadkach bywa często tak samo niepewnem, jak za pomocą dawniejszych metod, szczególnież rozpoznanie narośli retrocervikalnych macicy jest często niemożliwem i do fałszywych wniosków wiodącym.

3) Wreszcie ta metoda rozpoznawcza może być niebezpieczną w tych razach, gdzie pomimo trudności, jakie nam narośle zmniejszające pojemność miednicy, lub jakie nam owo workowate rozszerzenie średniej części odbytnicy obok zgięcia i zaciśnięcia się jej końca stawiają, będziemy się starali choćby i z należyłą ostrożnością rękę dostatecznie głęboko wprowadzić, jak to jeden przypadek śmierci, który w kilka dni po badaniu per rectum nastąpił, dowodzi. Pacjentka była nadzwyczaj wątlą i wyniszczoną rakiem żołądkowym. Oprócz tego znajdowały się u niej narośle w dolnej części brzucha. Na mocy badania przez odbytnicę uznano ostatnie za nowotwory obu jajników. Podczas powolnego i ostrożnego wprowadzenia ręki do odbytnicy przez Spiegelberga skutecznego, gdy już wszystkie palce i połowa dłoni była

\*) Volkmann, Klinische Vorträge N. 55, S. 2 i Archiv f. Gynäk. VI. „Die Diagnose der cystischen Myome.“



w odbytnicy, zaczął nagle z tejże sączyć wodnisty lekko zakrwawiony płyn, który po wyjęciu ręki strumieniem płynął. Ponieważ jama brzuszna pacjentki była w znacznej części surowiczym płynem wypełnioną, więc wnoszono z tego objawu, że nastąpiło przedziurawienie ściany odbytnicy, przez które teraz wysięk jamy brzusznej odpływał. Po dwóch dniach nastąpiła śmierć badanej, a sekcya stwierdziła przedziurawienie odbytnicy (w skutek wprowadzania ręki) i świeże przedziurawienie żołądka przez nowotwór rakowcowy, które to ostatnie było zdaniem prof. C o h n h e i m'a ostateczną przyczyną śmierci. Lecz i samo przedziurawienie odbytnicy byłoby niezawodnie równy koniec spowodziło. Być może, że osłabienie i wycieńczenie pacjentki i w skutek niego częściove tłuszczowe zwyrodnienie mięśni kiszkowych przedziurawienie tutaj ułatwiło, lecz w każdym razie wystarcza ten wypadek (który dla ważności jego szczegółowiej tutaj, niż Dr L a n d a u w swej rozprawie, opisałem), by okazać, że m e t o d a b a d a n i a c a ł ą r ę k ą p e r r e c t u m nie jest łagodniejszą od metody wprowadzania probierczego troakaru w nowotwór w celach rozpoznawczych, którą L a n d a u wraz z S p i e g e l b e r g i e m więcej zaleca. Dalej zaleca on zupełnie nie s z k o d l i w e badanie przez pochwę wśród głębokiego z a c h l o r o f o r m o w a n i a, by zupełne zwątlenie mięśni sciany brzusznej osiągnąć.

Jakkolwiek wprowadzenie całej ręki do odbytnicy uważa L a n d a u w wątpliwych razach tam, gdzieby ono się łatwo dało skutecznie, za metodę, która może być korzystną; to jednakże nie uznaje jej za taką, któraby się ogólnie dała zastosować, ani też za taką, któraby wszędzie światłość wśród wątpliwosci rozpoznawczych (jak twierdzą jój wynalazcy) rozsiewała.

## Wiadomości bieżące.

— Ś. p. Dr J a h o ł k o w s k i. W dniu 19 b. m. zmarł w Garwolinie lekarz powiatu P i o t r S t a n i s ł a w J a h o ł k o w s k i. Urodzony w r. 1812 w Drohiczywie, po ukończeniu szkół w Białymstoku wstąpił na wydział lekarski do uniwersytetu wileńskiego; wypadki 1830 r. nie dozwoliły mu ukończyć takowego, opuścił kraj a tułając się po Europie przybył wreszcie do Francji, gdzie w Montpellier znowu medycynę studyować zaczął. Tu ukończywszy naukę po obronie rozprawy inauguracyjnej otrzymał stopień doktora medycyny i rozpoczął swą praktykę w okolicach Nimes. Często zdarzające się wówczas epidemie cholery były powodem ogłoszenia jego *Considerations theoretiques et pratiques sur le cholera indien*. Nostalgia sprowadziła go w 1859 r. napowrót do kraju; po złożeniu egzaminu w Kijowie praktykować począł w Czerwonej na Wołyniu, własnością hr. Grocholskiego będącej. W r. 1861 Rada lekarska zamianowała go lekarzem okręgowym w Garwolinie, gdzie następnie otrzymał posadę lekarza powiatu. Czterdzieści lat niezmordowanej pracy i poświęcenia się dla chorych, gorliwość z jaką pełnił swój urząd i z jaką udzielał się wszystkim wymagającym jego rady i pomocy bez wyróżnienia do ostatnich chwil swego pracowitego życia, podkopały już od dawna nadwątlone zdrowie do reszty; przeziębivszy się dostał zapalenia płuc, które obok silnie rozwiniętej rozedmy przyprawiło go o utratę życia. Wspomnienie to rzucamy jak garść ziemi na wieko trumny prawdziwego obywatela kraju i sumiennego pracownika na praktycznej niwie lekarskiej. Dr Józef Nowak.

— Prof. O e s t e r l e n a—Hygiena prywatna i publiczna. Znaczenie higieny dla dobra osób pojedynczych, a przez to i dla całego społeczeństwa, zyskuje, na szczęście, w ostatnich czasach coraz więcej uznania. Z jednej strony najdzielniejsi badacze poświęcają się rozwiązaniu zagadnień na polu higienicznem, z drugiej władze państw i osoby prywatne przyjmują ochciwie i chętnie rady z nauki poczerpnięte, tak że badania naukowe wraz z doświadczeniem praktycznem dzisiaj pracują wspólnie nad urządzeniami sanitarnemi. Redakcyja wychodząc z przekonania, że przy tych warunkach wyczerpujące dzieło o higienie z radością przez publiczność powitanem będzie, rozpoczęła jeszcze przed kilku laty wydanie takowego. Opracowania tak ważnego dzieła podjął się specjalista, wykładający podówczas ten przedmiot w Szkole Głównej, ale następnie dotknięty ciężką chorobą oczu, rozpoczętego dzieła dokończyć nie mógł, a wyłącznie poświęcił się wykończeniu drugiego dzieła przezeń również wydawanego, mianowicie Psychiatrii, która też w r. b. wydana zostanie w całości. W obec takiego stanu rzeczy Redakcyja zmuszona była szukać innego dzieła, ale pomimo to, że dzieł treści higienicznej jest z 50, żadne z nich

jednak nie odpowiada wymaganym w obecnej chwili warunkom. Jedne z nich są zbyt krótkie, drugie—przestarzałe, inne znowu nie obejmują całości przedmiotu. Na szczęście, znany całemu światu poważny pracownik na polu higieny, prof. O e s t e r l e n, wydał w tych dniach z gruntu przerobione trzecie wydanie znakomitego swego dzieła „*Handbuch der Hygiene*“, które przed 25 laty przyczyniło się do rozbudzenia zajęcia się treścią higieniczną. Dzieło, o którym mowa, w zupełności odpowiada dzisiejszemu postępowi nauki i stanowi drogi nabytek dla społeczeństwa umięjącego już dzisiaj ocenić znaczenie higieny, a tak nie dawno jeszcze zupełnie zaniedbywane, dzieło, które nie tylko dla lekarza, prawodawcy, administratora, ale dla każdego człowiego rozamnie żyjącego winno być księgą podręczną, która zaznajamia wszystkich, co dla nich jest w życiu pożyteczne, a co szkodliwe. Dzieło to wydajemy w polskim przekładzie, dokonanym wytrawnym piórem zaszczytnie znanego na polu higieny pracownika. Dzieło to obejmować będzie 60 arkuszy ścisłego druku. Cena prenumeracyjna wynosi rs. 6. Oto jest treść dzieła: Zadanie i znaczenie higieny. I. O człowieku i zmienności stanu jego i potrzeb sanitarnych. 1. Różnice wieku. 2. Różnice płci. 3. Właściwości rozmaitych osób. 4. Właściwości klass ludzi, narodów i plemion. II. Powietrzna (atmosfera). Stan i wpływy meteorologiczne. a) czynniki, warunki i własności powietrzni. 1. Części składowe powietrza. 2. Światło, ciepło, elektryczność. 3. Wilgotność; wody meteoryczne. 4. Ciężkość i ciśnienie powietrzni—wiatry, prądy powietrza. b) wpływ powietrzni na człowieka. Wpływ pogody. III. Woda. Stosunki hydrologiczne. 1. Woda słona. Morza. 2. Woda słodka—deszczowa, źródłowa, rzeczna. 3. Błota; woda stojąca. IV. Grunt ziemi. Stosunki teluryczne. 1. Temperatura, własności elektryczne, magnetyczne gruntu. 2. Powierzchnia i zarysy gruntu—wzniesienia nad poziom morza. 3. Warunki geognostyczne—roślinność i inne własności gruntu. V. Stosunki topograficzne poszczególnych okolic. VI. Klimat. Strefy. 1. Klimat gorący, zwrotnikowy. 2. Klimat zimny, biegunowy. 3. Klimat umiarkowany. Przesiedlenie się i aklimatyzacya. 1. Aklimatyzacya w strefach gorących. 2. Aklimatyzacya w strefach zimnych. Użycie klimatu w celach leczniczych. VII. Pokarmy i napoje. (Dyetetyka w ścisłym znaczeniu). A. Pokarmy (Bromatologia). 1. Rozdział, pochodzenie i szematyczne zestawienie pokarmów. a) pokarmy zwierzęce; b) pokarmy roślinne. 2. Ważniejsze własności pokarmów. 3. Sztuczne sporządzanie potraw. 4. Zachowanie się pokarmów względnie do człowieka; strawność i pożywność; działanie ich ze względu na rodzaj i ilość potraw. B. Napoje. Rozdział, pochodzenie, własności i skutki ich. 1. Woda słodka do picia. 2. Mleko. 3. Kawa. 4. Herbata. 5. Kakao, czekolada. 6. Napoje wyskokowe: a) wino, b) piwo, c) wino owocowe; cyder, d) wódka. C. Dodatki i korzenie. 1. Korzenie. 2. Sól i kwas. 3. Cukier, tłuszcz. Naczynia i sprzęty kuchenne. D. Sposób użycia i prawidła dyetetyczne odnoszące się do pokarmów i napojów: a) ilość i rodzaj potraw i napojów; b) żywność dzienna; c) wybór i użycie pokarmów względnie do potrzeb osobistych. 1. Żywność zastosowana do wieku. Żywność zastosowana do płci. 3. Żywność względnie do konstytucyj, temperamentu, rodzaju choroby. E. Pokarmy i napoje w zastosowaniu do całej ludności. Bromatologia publiczna. 1. Zachowanie artykułów żywności. 2. Środki ostrożności przeciwko fałszowanym i zepsutym pokarmom. 3. Pomoc w czasie drożyzny i głodu. VIII. Mieszkania. Budowle i zakłady publiczne; miasta, wsie. 1. Ogólne potrzeby i warunki sanitarne. 2. Mieszkania prywatne; domy. 3. Przewietrzanie, opalanie, oświetlanie. 4. Wpływ pomieszkania na człowieka; wybór i użytek mieszkania. 5. Gmachy publiczne: a) szpitale i ochrony; b) więzienia, domy kary i poprawy. 6. Wsie i miasta. 7. Wpływ pobytu w miastach na zdrowie i życie; środki zaradcze i prawidła zachowania się. IX. Odzież i pielęgnowanie skóry. 1. Ubiorry. 2. Kąpiele i obmywania ciepłe; kąpiele parowe. Pielęgnowanie włosów i zębów. Kosmetyki. X. Czynność i stosunki płciowe. 1. Zachowanie się przed i podczas dojrzałości płciowej. 2. Odpływ nasienia i czyszczenia miesięczne. 3. Małżeństwo, ciąża i połóg. 4. Stosunki płciowe w stanie wolnym, nierząd. XI. Ruchy fizyczne, ćwiczenie ciała; organa mowy i zmysły. Życie psychiczne i odnośne prawidła higieniczne osobiste i społeczne. Wypoczynek, spokój, sen. XII. Rodzaje zatrudnienia, powołania i zarobkowania. Ludność fabryczna i proletaryat.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 14 (26) Апрель 1876.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

**Cena Gazety Lekarskiej.** W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

**Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich.** W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

**Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich.** Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki. Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu). Rozprawy naukowe. Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy (Czytane na posiedzeniu Tow. lekarzy gub. Płockiej d. 15 grudnia 1875 r.). Przez Dra Hoene.—Korespondencya krajowa. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Aleksego w Płocku za r. 1875. Podał lekarz tegoż szpitala Wyczalkowski.—Kronika zagraniczna. O wartości dyagnostycznej badania przez odbytnicę za pomocą całej ręki. Przez Dra Landau, asystenta kliniki gynecologicznej w Wroclawiu. Podał Dr Szuman.—Wiadomości bieżące. Ś. p. Dr Jahołowski. Prof. Oesterlina—Hygiena prywatna i publiczna.—Dodatek. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 15. Choroby tchawicy, oskrzeli i opłóćnej ark. 20. Choroby płuc ark. 15. Elektroterapii ark. 5. Oftalmologii T. III, ark. 25.

## Spostrzeżenia chirurgiczne. Cztery przypadki rynoplastyki.

Przez Dra Jana Minkiewicza (z Tyflisu).

Przed dwudziestu laty, dnia 1 marca 1856 r., po raz pierwszy dokonałem przyprawienie nosa na Kaukazie w szpitalu Erywańskim \*). Potem za ledwo po upływie dwóch dziesiątków lat nadarzyła mi się możność dokonania tejże operacyi w Tyfliskim szpitalu wojskowym. W dwóch przypadkach całkowity nos przyprawiliśmy zwyczajnym sposobem indyjskim, podług Diffenbacha. W dwóch zaś innych zastosowałem sposób zalecany, zmodyfikowany przez prof. B. Langebecka. Niniejszem podaję do wiadomości historie tych chorych, dołączwszy uwagi epikrytyczne.

A. Przyprawienie nosa całkowite sposobem indyjskim podług Diffenbacha.

1. Szergowiec A. P., tyfliskiej komendy transportowej (peresylniej) wszedł do tyfliskiego szpitala wojskowego d. 25 października 1873 r. (N. 4569). Chory

\*) Tygodnik lekarski 1857, Nr. 26, str. 201.

urodzony w gubernii Symbirskiej, młody dobrze zbudowany, krępy. W chwili przyjęcia do szpitala cierpiał na biegunkę, i przy tém miał nos zmniejszony w skutek skrofalicznego cierpienia lub przyziotu dziedzicznego. Przegródki nosa chrząstkowa i miękka zniszczone: dla tego nos był zadarty, grzbiet wklęsły, tuż poniżej kk. nosowych. Nozdrze podniesione do góry i naprzód.

Dnia 6 listopada zwyczajnym indyjskim sposobem, podług Diffenbacha przyprawiłem nosa. Ponieważ czoło chory miał niskie, więc wykrojona przegródka była pokryta włosami. Płat przyszyłem węzłami już to metalicznymi, już to jedwabnymi. Kąty zaś były połączone szwami szpilkowymi. Po zastosowaniu podobnego szwu z prawej strony—między nim a przegródką w prawem nowem skrzydle powstało zapadnięcie. Do nozdrzy wstawiłem piórka okręcone nitkami. Rany nosa posmarowałem kleiną, zaś ranę na czole zmniejszoną szwami szpilkowymi, opatrzyłem szarpią zmoczoną mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej Nelubina. Ostatecznie czoło i twarz pokryłem watą. Wieczorem ciepłota nowego nosa prawidłowa. Chory zupełnie spokojny. Napój kwaskowaty. Dnia 7 chory spał spokojnie, tętno pełne 84; ciepłota z rana 38,2, wieczorem 37,9. Nos nowy miał podobną ciepłotę jak i otaczające części zdrowe. Zmieniono tylko na nowym nosie zewnętrzny opatrunek. Środki też same. Dnia 10 na czole zmieniono li zewnętrzną warstwę szarpi. Z górnej części prawej strony zdjęte szwy. Ciecz zastrzyknięta do nozdrzy miejscami przeciekała między szwami. Rozczyn kamienia piekielnego z 10 gr. na  $\mathfrak{z}$  do opatrunku. Dnia 11—14 lekki stan gorączkowy. Siarczan chininy. Szwy na czole i na nosie się zdejmują. Ropienie czoła i zabliznienie w ranach nosa dobrze się posuwają. Rany nosa ciągle się smarują kleiną elastyczną. Dnia 20 w nocy pluskiew zabrawszy się do prawego ucha, sprawiała ból, który się jeszcze bardziej powiększył w skutek za nadto gorliwych starań felezera o wydobyciu jej z tamtąd. Skutkiem tego powstało zapalenie powierzchowne skóry przewodu słuchowego zewnętrznego. Zastosowano pijawki, ciepłe okłady, i wewnątrz ol. rycynowy. Dnia 22 rany w dobrym stanie; lekki stan gorączkowy. W nocy zaś d. 23 pokazała się róża na prawem uchu, na twarzy i w płacie nosowym, który zbrzękł. zgrubiał. Stan gorączkowy *acid. phosphorici*  $\mathfrak{z}$ j— $\mathfrak{z}$  Vj wody.

Różą zajęte miejsca nasmarowano tynkt. jodową i następnie kamieniem piekielnym w postaci tasiemeczek, wyjąwszy nowo przyprawiony nos, do którego saletrzanem srebra się nie dotykano. Dnia 26 stan gorączkowy: róża mniej się szerzy. Siarczanu chininy 9 gr. na dobę. 2 grudnia róża zupełnie znikła i nie wywołała żadnego wpływu na świeże blizny na nosie i na ranę czoła. D. 4 wewnętrzna powierzchnia nowego nosa zabliznia się, a z tém i forma jego się zmienia. Rana czołowa w ogóle powoli, leniwie się zabliznia. D. 11 zjawia się czułość na końcu nosa i w pobliżu blizn; grzbiet zaś jego nieczuły. Za dotknięciem się do nosa chory wyczuwa dotykanie na czole.

Dnia 22 wykroiłem wyniosłość sprawioną zawrotem; brzegi rany zszyłem metalicznymi nitkami. Rana na czole leniwo się goi. 11 stycz. 1874 r. jużem



wyżej powiedział, że na prawem skrzydle powstała zakłęśłość, niby rówiek na granicy łepka szpilki. Otóż zapadnięcie to w miarę zabliznienia się powierzchni wewnętrznej nosa nie tylko się nie zmniejszyło, ale się powiększyło; blizna bowiem wciągała wewnątrz jamy nosowej. Otóż życząc zmniejszyć ten rówiek, zapobiedz jeszcze większemu zakłęśnieniu, wyciąłem w dolnej części prawego skrzydła (w miejscu blizny) podłużny płateczek i brzegi rany połączyłem szwami szpilkowemi. Poczem na zajutrz u chorego zbrzękły prawe powieki. D. 16 szwy zdjęte. Operacja ta przedsięwzięta w celu zmniejszenia owęj zakłęśłości nie wywarła wpływu pomysłnego. W tychże widokach w lutym wyciąłem nowy skrawek, zapadniętą część z samego skrzydła prawego i brzegi połączyłem metalicznemi nitkami. Spieszne spojenie się powiodło, ale i teraz pozostała blizna zakłęśła, liniowa: prawe skrzydło się podniosło, stało się krótszem w porównaniu z lewem. Podczas operacyi tej, w 4 m miesiącu po pierwszej, dokonanej, chory czuł jeszcze ból nie tam gdzie rznięto, ale na czole zkad wzięty był płat.

Dnia 14 września z lewej strony w górze wyciąłem, w celu zmniejszenia za wielkiego płata, skrawek skóry razem z blizną w postaci mirtowego liścia. Brzegi zszyłem metalicznemi węzłami. D. 19 brzegi społy się doskonale; ale jednocześnie na górnej wardze, w lewym kącie nowego nosa powstał głęboki wrzodzik. Po kilkakrotnem przypiekaniu on się zabliznił.

Dnia 15 paźdz. przegródka, szczególnież część jej bliższa do wargi górnej obficie włosami pokryta. Otóż w widokach zniszczenia włosów postanowiłem cebulki i brodawki włosowe zniszczyć, i dla tego, mając na widoku grubość przegródki, wyciąłem część jej najmocniej włosami pokrytą w postaci trójkąta, wierzchołkiem do góry skierowanego i zszyłem. W części zaś przodowej przegródki, bliżej do końca nosa, zciąłem powierzchowną warstwę skóry z cebulkami. Spojenie się w części wyciętej powiodło się, tylko na prawej stronie przegródki włosy między nową blizną a dawniejszą, t. j. w miejscu przyrośnięcia przegródki do wargi górnej pozostały. Po zabliznieniu rany na przodzie przegródki, gdzie była zeszkobana powierzchowna warstwa—nowe włosy nie wyrosły. Skutkiem tej operacyi nos się zaokrąglił. Przy tych operacyach chory głównie się skarżył na bóle czola, zkad wzięty był płat, pomimo to, że upłynął prawie rok od pierwszej operacyi.

Dnia 20 listopada chcąc podnieść nos, na wierzchołku jego, poniżej wyniosłości czołowej średniej, wyciąłem skrawek w postaci poprzecznie leżącego liścia mirtowego, i śpieszne spojenie tu, przy zastosowaniu węzłów metalicznych, jak najdokładniej się powiodło. Nos rzeczywiście się podniósł cokolwiek, ale najważniejszym skutkiem tego wycięcia było to, że chory od tej operacyi nie czuł na czole, na miejscu wyciętego płata, ale tam gdzie się do niego dotykano. Tak przy następnem poprawieniu, wycięciu skrawka z nowego nosa, w pobliżu worka łzowego, chory już nie czuł żadnych bólów na czole. I przy tej operacyi pomimo wycięcia blizny i zszywania skóry nosa z sąsiednią częścią śpieszne spojenie się powiodło. Chory wyszedł ze szpitala w czerwcu 1875 r.

Przypadek ten nastęrcza kilka uwag następnych.

1. Lubo użycie szwów szpilkowych w kątach nowego nosa poniekąd jest wskazane, w widokach, tak powiem, umocnienia jego, ale sędzę, że właściwiej jest użyć kilka szwów węzłkowych w zamian za jeden szpilkowy. Głównym niedostatkim tych szwów szpilkowych jest to, że w skrzydłach nowych nosowych, między szwem a końcem nosa powstaje zakłęśłość, zapadnięcie podłużne, które później z trudnością daje się usunąć, pomimo użycia rozmaitych środków i bardzo szpeci nowego nosa formę. Grubość skóry i zaskórnej warstwy zapewne nie pozostają bez wpływu na stopień tego zagłębienia. Notuję przy tém, że w innych przypadkach przyprawienia nosa, podobne zapadnięcie było zawsze na prawej stronie nosa nowego, która ze swoich anatomicznych warunków zwykle jest mocniej nateżoną. Raz powstałe zagłębienie, w skutek własności blizny, powstającej na wewnętrznej powierzchni nosa, coraz bardziej się wewnątrz wciąga. Na przyszłość spróbuję nie jednostajny wycinać płat, prawe nowo uformowane skrzydło powinno być większe a lewe mniejsze; samo przekręcenie pomaga obniżeniu lewego skrzydła. Późniejsze wycięcia w celu poprawienia skutków zakłęśłości także przyczyniają się do tego, że prawe skrzydło bywa krótsze, więcej podjęte. Tenże cel może być dopięty uformowaniem ukośnego płata.

2. Róża na 17 dzień po operacyi, powstała od mechanicznego drażnienia części sąsiednich, nie zniszczyła spojenia nowych blizn. Sposób leczenia róży, użyty w tym razie zwykle się praktykuje w szpitalu wojskowym tyfliskim. Wielu chirurgów uważa różę za jedną z najgorszych komplikacyj przy rynoplastyce w ogóle, szczególnież zaś przy sposobie indyjskim.

3. Powszechnie znanym jest fakt, że chory, któremu zrobiono rynoplastykę wszelkie dotykanie na nosie odnosi do czoła, zkad wzięty płat do nosa. Czasami to bardzo długo pozostaje. Stan ten stopniowo ginie. Chory przyzwyczajają się do oznaczenia właściwego miejsca wrażenia bodźca. Chory ten zauważał po 5 tygodniach, że koniec nosa i boczne części są czulsze niż grzbiet. W ogóle nieprawidłowa czułość, *perversa sensibilitas* trwała przeszło rok u tego chorego i odrazu zginęła w skutek wycięcia poprzecznej głębokiej części skóry na korzeniu nosa, gdzie właśnie pozostawały nerwy płata. Fakt ten, sam przez się jest bardzo ciekawém zjawiskiem fizyologiczném.

4. Ten i inne przypadki uczą, że należy jak najmniej robić rozcięć na nowym nosie, gdyż pomimo usilne starania nie zawsze możemy otrzymać bliznę liniową. Dużo upłynie czasu nim się blizny wyrównają.

5. W dziele ś. p. Szymanowskiego \*) znajdujemy uwagę i radę, aby następne wycinania skrawków, przedsiębrane dla poprawienia formy nosa, robić, jeśli to jest możebnem, na nowym nosie, gdyż zdaniem jego, rany te prędzej i lepiej zagajają się pierwszym spojeniem niż te, gdzie ciecie zrobione

\*) Операции на поверхности человеческого тѣла 1865. р. 194.



między blizną i policzkiem. W tym ostatnim razie w ranie między połączonymi brzegami częściej powstaje ropienie, ponieważ części niejednostajnie są obdarte naczyńcami krwistymi. W naszym przypadku nie zastosowaliśmy się ściśle do tego pravidła, t. j. łączyliśmy po wykrojeniu skrawków bliznę ze zdrową skórą, i nie spostrzegliśmy takiej różnicy, jak to wskazuje Szymanowski.

6. Wskazujemy na sposób przez nas użyty do zniszczenia włosów: zniszczyliśmy cebulki już to wycięciem całkowitem i zsyciem skóry, już to zeszkrobaniem, ścięciem warstwy zawierającej cebulki. Zdaje mi się, że tym sposobem można będzie nadal w niektórych razach dopiąć zniszczenia włosów na nowym nosie, obecność których nieraz stanowi wielką przykrość dla chorego i operatora.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

### **Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy.**

(Czytane na posiedzeniu Towarz. lekarzy gub. Płockiej dnia 15 grudnia 1875 roku).

Przez Dra Hoene.

Do rzędu chorób najczęściej w ciągu tego roku w Płocku spotykanych, należą niewątpliwie choroby łącznicowe. Zwłaszcza ucierpiały pod tym względem konsystujące tu wojska, dostarczając zastraszający kontyngens tego cierpienia, o wiele przewyższający ogólną liczbę pozostałych chorób. Ale i wśród ludności miejskiej zakorzeniły się choroby łącznicowe, do tego stopnia, że nie wiele znajdujemy łącznic, zwłaszcza pomiędzy ludnością mniej zamożną, odpowiadających wszystkim warunkom fizyologicznej łącznicy. Żaden jednak stan nie był od tego wyłączony i zarówno wiek dziecięcy jak i dojrzałe lata opłacają swój haracz temu cierpieniu. Znaczna ta liczebna przewaga chorujących na oczy pomimowoli nasuwa przypuszczenie istnienia pewnych warunków miejscowych wywołujących to cierpienie. Pomimo starannego jednak wnikania w tę sprawę nie udało mi się dotąd wynalezienie ogólnych miejscowych przyczyn tej choroby, chyba, że przyjęlibyśmy pewien genius epidemicus, ową utartą formułkę dla pokrycia niewiadomości naszej. Zawód jednak doznany przy wyznajdywaniu takowych nie daje się podciągnąć do pojedynczych wypadków, owszem rozważając każdy oddzielny wypadek w znacznej większości odnajdujemy pewne stałe indywidualne czynniki, wyjaśniające nam to nagromadzenie się cierpień łącznicowych. Do rzędu takich czynników, najczęściej spotykanych, policzyć należy: 1) znaną skłonność łącznicy do powtórnych zapadań po raz przebytem zapaleniu, 2) niepielegnowanie przyrzędu wzrokowego z pominięciem dietyki ocznej, 3) nieodpowiednie nazbyt ciasne i źle odwietrzane mieszkania, 4) wyczekującą postawę ludności tutejszej w obec lżejszych cierpień ocznych, i 5) znaną zaraziliwość chorób łącznicowych w ogóle. Oprócz wymienionych tu czynników nie małą także rolę odgrywa sam rodzaj cierpienia. Najczęściej bowiem spotykane tu formy zapalne miały pewien odrębny charakter, skutkiem czego przebieg ich znacznie się różnił od opisywanego w podręczni-

kach i wykładach chorób ocznych. Rozporządzając dość licznym materiałem, jaki mi w roku zeszłym dostarczyły Bielany, gdzie corocznie bywa urządzony w porze letniej dla wojsk obozujących oddział oczny, a w ciągu roku bieżącego kwaterujący w Płocku pułk Moromski, postanowiłem wnieść przed forum szanownych kolegów te dane i wyniki, jakie mi się nastreczyły z obserwacji przeszło 1000 wypadków.

Najczęściej tu spotykanem cierpieniem łącznicy była t. nazwana *conjunctivitis contagiosa*. Forma ta nie wyrobiła sobie jeszcze prawa obywatelstwa w powikłanej nosologii chorób łącznicowych. Przeglądając głównejsze w tej gałęzi dzieła, jak Stellwaga, Pilza, Brauna, Arlta, Szokalskiego, Weckera, a także i obszerne dzieło zbiorowe wydawane przez Graeffego i Saemischa nie spotkałem się dotąd z opisem szczegółowo traktującym za każde zapalenie łącznicy. Jedynie w odczytach Graeffego wydanych przez Hirschberga znajdujemy parę stronnic zapaleniu temu poświęconych. Inni autorowie albo pomijają takowe zupełnem milczeniem, albo też łączą jego opis z opisem form podobnych. Jak każde zapalenie łącznicowe, tak też i *conjunctivitis contagiosa* objawia się w dwojaki sposób, z przebiegiem ostrym i przewlekłym. Najczęściej przeważa forma przewlekła podlegająca jednak silnym zaostrzaniom cierpienia. Początek przewlekłego zapalenia nie zawsze jednakowym bywa, a najczęściej tak nieznaczny, że chorzy nieraz nie mają najmniejszej świadomości o swoim cierpieniu, zwłaszcza należący do klasy ubogiej, mniej dbałej na siebie, a stanowiącej przeważny kontyngens tej formy zapalnej. Robiąc częste przeglądy wojsk miałem sposobność przypatrywania się, że tak powiem, samym zaczątkom choroby. Pierwszym objawem bywa w takich razach lekkie przekrwienie łącznicy. Naczynia zarysowują się wyraźnie i to zarówno na spojówce powiekowej, jak też i na białkowej. Przekrwienie powolnie się zwiększa, naczynia liczebnie i jakościowo zwiększone nieraz nadają gałce ocznej pewien dość jednostajny odcień różowy. Najwybitniej jednak już i w tem początkowym stadium przekrwienie to jest wyrazem na górnej fałdzie przechodniej, t. j. w kolistej zatoce łącznicy wypełniającej górną przestwor powiekogałkowy. Wydzieliny oczne są przy tem bardzo nieznaczne, chory nie czuje żadnych niepokojących go objawów. Wkrótce jednak negatywny ten wygląd ulega zmianom. Najczęściej w parę dni albo po nocy bezsennej przepędzonej, albo po zwiększonych libacyach na cześć Bachusa, a czasami też bez żadnej widocznej przyczyny zjawia się chory z oznakami mniej lub więcej silnego rozdrażnienia przyrzędu wzrokowego. Przyglądając się teraz bacznie znajdujemy następujące zmiany: przekrwienie łącznicy białkowej silniej rozwinięte, w wyższych stopniach przechodzące w nastrzyknięcie okolorogówkowe powierzchowne. Łącznica dolnej powieki najczęściej bez żadnej charakterystycznej przemiany, za wyjątkiem wzmiankowanego poprzednio przekrwienia, skutkiem którego uwidaczniają się drobne sieci łączących się ze sobą naczyń. Rzęsy cokolwiek zlepione gęstym, często ropiastym śluzem. Charakterystykę stanowi dopiero górna powieka, która już przy powierzchownem badaniu wydaje się obrzękłą i w poruszeniach swoich mniej swobodną. Po odwróceniu górnej po-



wieki, co się daje bez trudności uskutecznić, część powiekowa łącznicy okazuje się nieznacznie przekrwioną, tak że pojedyncze naczynia z łatwością można odróżnić. Właściwy stan rzeczy poznajemy dopiero z fałdy przechodniej. Jest ona w wysokim stopniu obrzmiała i przedstawia się jako wał o równej powierzchni jednostajnie różowawo zabarwiony. Przy zastosowaniu odpowiednich środków, zwykle objawy rozdrażnienia (zaczerwienienie gałki ocznej, światłowstręt, łzawienie), przechodzą w dość prędkim czasie (od 3 do 6 dni) obrzmienie jednak fałdy przechodniej pozostaje niezmiennem. W takim stanie chory może przebyć parę miesięcy, ze stosunkowo małemi dolegliwościami, objawiającemi się przeważnie silną drażliwością oka przy najmniejszym nadwężaniu takowego i wydzielaniem nie wielkiej ilości ropiastego śluzotoku, szczególnie w czasie snu. Przy zejściu choroby w wyzdrowienie, obrzmienie fałdy górnej powoli znika, nie pozostawiając po sobie najmniejszych śladów przebytego cierpienia. W wyjątkowych wypadkach zwrotna ta przemiana ciągnąca się miesiącami całemi, odbywa się dość szybko (parę tygodni) wśród oznak rozdrażnienia. Nie wielka ilość wypadków ma tak szczęśliwy przebieg. Najczęściej już w peryodzie rozdrażnienia występują najprzód na fałdzie przechodniej, następnie zaś rozszerzając się na całą łącznicę powiekową małe wywyższenia silnie nastrzyknięte. Wywyższenia te pojawiają się najprzód na górnej powiece od kątów poczynając, a następnie przechodzą na dolną powiekę, gdzie także kąty najpierw cierpią. Są one konicznej formy, przypominając kształt głowy cukru, a przy rozpatrywaniu szkłem powiększającym okazują się nierównemi i nadają łącznicy strzępiasty wygląd. Odznaczają się także skłonnością rozrastania się w wysokość i przybierają czasami grzybkowaty kształt, co prawdopodobnie przypisać należy mechanicznym warunkom. Łącznica cała przytem obrzmiewa skutkiem zapalnej chronicznej infiltracji i układa się w małe fałdki, przybierając wygląd podobny do błony śluzowej odbytnicy. Śluzotok bywa przy tem dość znaczny, zwłaszcza przy niedość troskliwym pielęgnowaniu oka. Gałka oczna nie bierze prawie udziału w tych przemianach, a przyrząd wzroku cierpi przeważnie drażliwością swoją. Obrzmienie fałdy przechodniej jednocześnie się zwiększa a na powierzchni jej okazują się dość często pomiędzy wymienionemi brodawkowemi rozrostami okrągłe mniej nastrzyknięte ziarna, rozrzucone nieregularnie na powierzchni i mające silną skłonność do rozrastania. Przy nacięciu krwawią mało, a na przecięciu okazują galeretowaty czerwono-żółty wygląd nie dający się jednak oddzielić od tkanki matczynej. Okres ten trwa od sześciu tygodni do kilku a nawet i kilkunastu miesięcy. Pomimo zastosowywania najsilniejszych środków rzadko kiedy daje się on skrócić i cały terapeutyczny efekt najczęściej ogranicza się na wstrzymywaniu rozrostów i znoszeniu nieżyłowego zapalenia. Teraz dopiero następują przemiany zwrotne pozwalające łącznicy przy odpowiednich warunkach powrócić do swego normalnego wyglądu. Zwrotny okres rozpoczyna się zmniejszaniem przekrwienia i obrzmienia fałdy przechodniej, które nieraz dochodzi do tak wysokiego stopnia, że w odwróconej fałdzie dają się odgraniczyć szare (najczęściej 2 do 3) równoległe do siebie leżące fałdy. Przekrwienie z czasem zupełnie ustaje, powierzchnia łącznicy, zwłaszcza górnej powieki przyjmuje blado-

żółtawy, jakby stłuszczony wygląd z wyraźnymi strzępiastymi narostami. Powoli narosty te znikają zupełnie, na miejscach narostów wytwarzają się małe blizny, łącznica wyrównywa się, pozostaje jednak pewne rozluźnienie tkanki. Objawiające się nie wielkim śluzotokiem i następczem nieznacznym przekrwieniem. Proces ten odbywa się niezmiernie powolnie i potrzebuje miesięcy całych przy starannem pielęgnowaniu. I w tym okresie chorzy podlegają częstym zaostrzeniom cierpienia, które w dwojakim kierunku oddziałują na cały przebieg, raz przyspieszająco, to znowu znacznie opóźniająco. Nie mogłem jednak wysledzić właściwych przyczyn tak odmiennego oddziaływania. Jak po każdym zapaleniu łącznicowem, tak i tutaj pozostaje przez długi czas silna skłonność do zwrotów choroby. Jakkolwiek nie przypominam sobie wypadków, w którychby tak zmieniona łącznica uległa zupełnemu zanikowi ustępując miejsce bliznowatej tkance, to jednak wzięwszy pod uwagę pojedyncze momenta anatomico-patologicznego procesu, a mianowicie rozrastanie się ziarniny łącznicowej, zejście to jest bardzo prawdopodobnem; wymaga jednak bardzo długiego czasu.

W wypadkach ostrego przebiegu choroby mamy rozwinięte wszystkie objawy silnego zapalenia. Tu uderza nas najprzód silne obrzmienie powiek unieruchamiające takowe, do czego jeszcze przyczynia się silny światłowstręt. Łzawienie obfite i ropiaste, śluzotok podobny do wiewiórowatego (blenorrojnego) nie dają choremu chwili wytchnienia. Skóra powiekowa o podwyższonej ciepłocie często zaczerwieniona. Otwieranie powiek dla chorych najczęściej bolesne. Łącznicę znajdujemy w stanie najsilniejszego przekrwienia z silnem obrzmieniem, nieraz w ciągu kilku godzin pojawiają się już małe brodawkowe narosty, przekrwienie okołorogówkowe i białkowe, dochodzące do podłącznicowych wylewów krwistych. Proces zapalny rzadko ogranicza się na samej łącznicy. Najczęściej już w początkach samych mamy lekkie zmętnienie rogówki, a i zwężona tęczęwka niejasnym swym połyskiem zdradza udział swój w sprawie zapalnej. W miarę większego lub mniejszego natężenia sprawy zapalnej pojawiają się głębsze przemiany w rogówce objawiające się wielorakimi wysiękami w tkance takowej najczęściej wielkości łepka szpilki. Wysięki te jednak w razach szybkiego zmniejszenia się stanu zapalnego łatwo zostają wchłonięte i tylko przy nieodpowiedniem traktowaniu oka, mianowicie nadto drażniącym przechodzą w owrzodzenia. Innem zajęciem rogówki znacznie gorszem w następstwach swoich są brzegowe molekularne rozpady pociągające za sobą przerwanie rogówki i wypadnięcie tęczęwki. W czterech spostrzeganych przezemnie takich wypadkach proces ten tak się odbywał: stan rozdrażnienia jakkolwiek zmniejszony nie ustępował wcale, łzawienie się przeciągało, a stosowane środki dla zmniejszenia rozdrażnienia odmawiają swojego działania. Około 10 dnia choroby, rzadko wcześniej, pojawiły się na brzegach rogówki w jednym lub kilku miejscach małe podługowate zmętnienia równoległe z konturami rogówki. Powoli i nieznacznie następowała w tych miejscach utrata substancji doprowadzająca w końcu do perforacyi. Rozpadowe (nekrotyczne) te owrzodzenia nie rozszerzają się i zajmują zawsze krańce rogówki, mianowicie zewnętrzne i dolne jej części, jak to miało miejsce we wszystkich



wypadkach. W razie nie dojscia do perforacyi wytwarza się nieprzezroczysta biała blizna, nie mająca jednak przez położenie swoje zgubnego wpływu na proces patrzenia. Również i wypadnięcia tęczówki, oprócz zmiany położenia źrenicy nie wywierają złych wpływów na stan wzroku. Już wyżej powiedzianem było, że łącznica jest silnie obrzmiała, najwięcej jednak obrzmienie to zajmuje fałdę przechodnią, skutkiem czego odwracanie powiek dla mało wprawnych jest dosyć utrudnionem. Do wymienionych objawów ostrego zakaźnego nieżyty łącnicy przyłączają się często ogólny stan gorączkowy i silne ciliarne bóle sprowadzające bezsenność, a tem samém podtrzymujące rozdrażnienie.

Ostra ta forma zakaźnego nieżyty łącnicowego przechodzi albo w wyzdrowienie lub też w formę przewlekłą wśród powolnego zmniejszania się oznak zapalnych i rozdrażnienia. Pomijam tu formę przewlekłą, jako już wyżej opisaną, a dla uzupełnienia formy ostrój dodać tu jeszcze winienem, że czas jej trwania w razie zejścia w wyzdrowienie rozciąga się od 10 dni do 3 tygodni. Przy powikłaniach z chorobami rogówki czas ten przedłuża się znacznie, stosownie do cierpienia rogówki. Zwrot ku wyzdrowieniu odbywa się dość szybko, w ciągu kilku dni.

Po tem krótkim i pobieżnem naszkicowaniu przebiegu choroby zwróćmy się do zdania sobie sprawy ze spostrzeganych zjawisk. A najprzód wypadnie nam rozpatrzyć pytanie o ile jest uzasadnionem przyjęcie oddzielnej formy zapalenia łącnicowego, nazwanej zakaźnym nieżytem. Porównawszy opisany przebieg z innymi stanami zapalnymi łącnicy, znajdujemy największe podobieństwo z prostym nieżytem z jednej strony a z brodawkowem zapaleniem, czyli z tak nazwanymi ostremi granulacyami z drugiej strony. Od obydwóch tych form *conjunctivitis contagiosa* różni się znacznie tak pod względem anatomicznym, jako też i klinicznym. Wprawdzie mamy i przy prostym nieżycie łącnicy, podobnie jak we wszystkich nieżytyowych zapaleniach błon śluzowych obrzmienie i przekrwienie łącnicy wraz ze zwiększoną produkcją takowej objającą się w przerostach części składowych i zwiększeniu wydzielin. Sprawa zapalna przechodzi tu jednak więcej powierzchownie, rozciąga się równomierne na łącnicy powiekowej i nigdy nie dochodzi do owego silnego obrzmienia fałdy przechodniej wskazującego zajęcie tkanki podbłonowej. Przy *conj. contagiosa* najwięcej, a często i wyłącznie, cierpi fałda przechodnia, zwykle w prostym nieżycie obojętnie się zachowująca, ograniczając się przeważnie na częściach powiekowych łącnicy. Narosty pojawiające się w prostym nieżycie, znikają w bardzo prędkim czasie, tak że z uśmierzeniem procesu zapalnego łącnica nie okazuje zboczeń z fizyologicznym swym wyglądem. Ważną dalej cechą odróżniającą te obydwie formy są własności zakaźne produktów zapalnych. Jak wiadomo, produkta zapalne łącnicy odznaczają się zaraźliwością swoją. Nie wszystkie jednak formy zapaleń dają się w tym względzie pod jedną podciągnąć.

Badania w tym przedmiocie robione wykazały: 1) zaraźliwość chorób łącnicowych jest najsilniejszą w ostrych okresach choroby, schodząc w peryodach przewlekłych do minimum 2) produkta zapalne łącnicy wywołują prze-

niesione na zdrową łącznicę jednakowo i różnoimienne zapalenia, przyczem wydzieliny ostrych zapaleń przechodzą częściej w cięższe formy aniżeli produkta zapaleń przewlekłych. Tak więc zasadniczą różnicę stanowiłoby natężenie wyzwanego procesu zapalnego w łącznicy, od którego to natężenia zależnem jest znowu w znacznej części morfologiczne i prognostyczne znaczenie zapalenia. *Conjunctivitis contagiosa* odznacza się, jak mamy dowód w wojskach tu-tejszych, zwiększoną zaraźliwością. Ogarnia ona na raz znaczną część ludności danego zabudowania i powoli rozszerza się na wszystkich mieszkańców. Nie wielu tylko znosi bezkarnie niebezpieczne sąsiedztwo. Epidemia ostatnia rozpoczęła się właściwie w m. października roku przeszłego, albowiem zjawiające się poprzednio wypadki zapaleń ocznych należały przeważnie do rzędu przewlekłych ziarninowych zapaleń łącznicy pospolicie jaglakami zwanych, albo też do prędko przemijających różnych nieżytów. Najprzód zaczęła chorować 6 rota przy pierwszym przeglądzie której w owym czasie okazało się przeszło 40 chorych na 145 ludzi. Pomimo natychmiastowo przedsięwziętych energicznych środków dla wstrzymania dalszego rozwoju choroby, liczba ta zwiększała się coraz bardziej, tak że w ciągu trzech następnych miesięcy powiększyła się do stukilkunastu. Sąsiadujące w jednych koszarach rotę 2 batalionu uległy takiemuż losowi, skutkiem czego mieliśmy z tego batalionu w przeciągu czasu półrocznym, przy nieustającym ścisłym nadzorze, olbrzymią stosunkowo liczbę 311 chorych. W ślad za tym batalionem poszły i inne, jak to pokazują następujące liczby ruchu chorych ocznych w pierwszej połowie r. 1875.

Styczeń	pozostawało	48	przybyło	145
Luty	"	62	"	444
Marzec	"	346	"	93
Kwiecień	"	259	"	73
Maj	"	119	"	82
Czerwiec	"	87	"	81

W następujących miesiącach liczba przybywających chorych nie przewyższała 20, t. j. zwykłej prawie liczby spostrzeganiej w pułkach. Dodać tu jeszcze winienem że znaczna część przybywających w m. kwietniu, maju i czerwcu należała do powtórnych zapadań. Wszystkie pojawiające się wypadki miały jedną wspólną cechę stanowiącą ich charakterystykę mianowicie obrzmienie fałdy przechodniej i odznaczały się upartością swoją. Przedstawiane tu liczby i jednostajność przebiegu stanowią wymowny dowód, zaświadczający samodzielną zakaźność kataru łącznicy. Niemniej wymownym faktem jest także ta okoliczność, że kwaterujące tu także wojska t. z. miejscowego batalionu, nie mające jednak żadnej styczności z pułkiem Muromskim, pomimo znacznie gorszych warunków higienicznych nie chorowały wcale.

(Dalszy ciąg nastąpi).



## KORRESPONDENCYA KRAJOWA.

## Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu Ś-go Aleksego w Płocku za r. 1875.

Podał lekarz tegoż szpitala Wyczałkowski.

W ubiegłym roku w szpitalu Ś-go Aleksego pod względem administracyjnym za-  
szły pewne zmiany, a mianowicie z upoważnienia Rady Gubernialnej zrestaurowano zu-  
pełnie szpital, t. j. przestawiono piece we wszystkich pokojach i urządzono w nich  
wentylację za pomocą rur na podobę Wolperta; przy oddziale kobiet przerobiono  
dawniejsze wychodki drewniane, na murowane systemu dolowego i inne pomniejsze re-  
peracye; ogólny koszt wynosił przeszło 1000 rs. Zgłębiwszy cele obydwóch i rozwa-  
żywszy bacznie ogół i szczegóły tych ulepszeń, najmniej pomyślnie nabędziemy  
przekonanie o harmonijnej całości tego tła przeznaczenia, albowiem istotnych korzyści  
hygienicznych zakład nie odniósł, pomimo szczerých usiłowań ze strony lekarskiej, jak  
również nakładów ze strony Rady Gubernialnej, chlubny postęp prac i tychże nakładu  
dostrzeżonym być nie może, gdyż w mojem przekonaniu, celem, treścią tych ulepszeń  
winno być zupełne udoskonalenie wewnętrznej wentylacji i miejsc odchodowych, a wów-  
czas korzystniejby mogło oddziaływać na pożądany stan zdrowia chorych.

Jaki zaś ruch chorych miał miejsce pokazują następujące tablice, jak również  
i wywody, jakie się z nich dadzą wyprowadzić.

Z przeszłego roku 1874 pozostało chorych.

T a b l i c a I-sza.

	Blennor- rhoea. Rzerzącz- ka.	Ulcus ve- nereum. Szankr.	Syphilis. Przymiot.	Lupus. Wilk.	Cancer. Rak.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	—	3	3	1	1	8
Kobiet . . . . .	4	2	4	—	1	11
Dzieci . . . . .	—	—	1	—	—	1
Razem . . . . .	4	5	8	1	2	20

T a b l i c a II-ga.

Do szpitala przybyło w roku 1875.

	Blennor- rhoea.	Ulcus ve- nereum.	Syphilis.	Scabies.	Cystitis ca- tarrhalis.	Psoriasis.	Tinea ca- pitis.	Lupus.	Cancer.	Laryngitis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	4	11	17	3	2	1	1	—	1	—	40
Kobiet . . . . .	92	22	35	2	—	1	—	4	7	2	165
Dzieci . . . . .	2	—	5	—	—	1	—	—	—	—	7
Razem . . . . .	98	33	56	5	2	3	1	4	8	2	212

T a b l i c a III-cia.

W ciągu roku 1875 leczono zatem ogółem.

	Blennor- rhoea.	Ulcus ve- nereum.	Syphilis.	Scabies.	Lupus.	Cancer.	Cystitis ca- tarrhalis.	Psoriasis.	Tinea ca- pitis.	Laryngitis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	4	14	20	3	1	2	2	1	1	—	48
Kobiet . . . . .	96	24	39	2	4	6	—	1	—	2	176
Dzieci . . . . .	2	—	5	—	—	—	—	1	—	—	8
Razem . . . . .	102	38	64	5	5	10	2	3	1	2	232

T a b l i c a IV.

Z ogólnej liczby chorych ubyto w 1875 roku.

	Blennorrhoea.			Ulcus venereum.			Syphilis.			Scabies.			Lupus.			Cancer.			Cystitis catarrhalis.			Psoriasis.			Tinea capitis.			Laryngitis.			Razem.			
	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D	M	K	D				
U. Zdro- mar. wych.	4	89	—	2	13	24	—	18	36	5	3	2	—	1	3	—	1	5	—	2	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	213
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4

T a b l i c a V.

Pozostaje więc na 1876 rok.

	Blennorrhoea.	Ulcus venereum.	Syphilis.	Cancer.	Elephantiasis.	Razem.
Mężczyzn . . . . .	—	1	2	1	—	4
Kobiet . . . . .	7	—	3	—	1	11
Dzieci . . . . .	—	—	—	—	—	—
Razem . . . . .	7	1	5	1	1	15

Jakie w ogóle miejscowości dostarczyły zakładowi największą liczbę chorych cierpiących przymiotem:

T a b l i c a VI-ta.

	Blennorrhoea.		Ulcus venereum.		Syphilis.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Miasto Płock . . . . .	3	44	4	16	7	7	91
Powiat Płocki . . . . .	—	13	1	4	3	10	31
„ Płoński . . . . .	1	4	—	1	1	8	15
„ Sierpecki . . . . .	—	5	2	1	4	2	14
„ Gostyński . . . . .	—	5	2	3	2	4	16
„ Lipnowski . . . . .	1	10	—	—	1	—	12
„ Rypiński . . . . .	—	4	—	—	—	5	9
„ Mławski . . . . .	—	3	—	—	—	—	3
„ Prasnycki . . . . .	—	—	—	—	—	2	2
Razem . . . . .	5	88	9	25	18	38	193

Jak w ogóle miasta większe, największy kontyngens dostarczają chorych, tak i tu m. Płock, zatem idzie prowincya, powiat Płocki, Gostyński, Płoński i t. d.

Chorzy przebyli w zakładzie 5,791 dni; czas średni przepędzony w zakładzie 24,4 dni; dzienna średnia liczba chorych była 15,9, utrzymanie jednego chorego dziennie 67,4 kopiejki.

(Dokończenie nastąpi).



## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

**O wartości dyagnostycznej badania przez odbytnicę za pomocą całej ręki.***(Rectaluntersuchung mit der vollen Hand). Archiv f. Gynäkologie. Tom VII, zeszyt 3.*

Przez Dra Landau, asystenta kliniki ginekologicznej w Wrocławiu.

Podał Dr L. Szuman.

Badanie miednicy i dolnej części jamy brzusznej za pomocą wprowadzenia całej ręki aż za wyrostki rylcowate w odbytnicę—przez Allinghama r. 1871 i Simona 1872 polecane i przez ostatniego tak żarliwie zachwalane—poddawano w Wrocławskiej ginekologicznej klinice prof. Spiegelberga szczegółowemu rozbirowi i próbowano go, ilekroć się odpowiednio wskazywało. Jednakże rezultaty tych badań przez Dra Landau'a, pierwszego asystenta wzmiankowanej kliniki, ogłoszone, nie przedstawiają owej tyle zalecanej metody w zbyt różowej barwie. Według tych wyników metoda ta 1) nie zawsze jest wykonalną, 2) metoda ta daleką jest od tego, aby (jak chce Simon) „rozpoznanie wszystkich chorób macicy, jajników i w ogóle organów miedniczych daleko pewniejszem czyniła, niż wszystkie dawne metody rozpoznawcze“, 3) badanie to wreszcie nie zawsze jest nieszkodliwem.

1) Zdaniem Dra Landau'a są miary, które podaje Simon, by wykazać, jak głęboko sięgamy całą ręką w jamę miednicy i brzucha nie zupełnie słuszne. Simon twierdzi, że w korzystnych razach można całą ręką przez odbytnicę sięgnąć 15 cm. wyżej, w mniej korzystnych 12 lub 10 cm. wyżej, niż za pomocą badania per vaginam. Tymczasem dwoma palcami per vaginam wprowadziwszy je do tylnego sklepienia sięgamy do wysokości 11 cm., ponieważ zaś całą pochwę i sklepienie możemy posunąć jeszcze około 2—3 cm. w górę i znaczną część tylnej ściany macicy uczynić dla palpacji dostępną, przeto zwyczajnie przez pochwę sięgniemy około 14 cm. w głąb miednicy. By sięgnąć przez odbytnicę 15 cm. wyżej, t. j. by sięgnąć 29—30 cm. w głąb miednicy i brzucha, trzeba by wprowadzić nie tylko całą rękę, ale także trzecią część lub blisko połowę przedramienia w odbytnicę, jak się o tem każdy mierząc własną ręką przekonać może. Jednakże tak głębokie wprowadzenie ręki i przedramienia jest rzadko możliwem; w trzech przypadkach, które referent niniejszego miał sposobność widzieć, ręka nie dalej mogła być wprowadzoną, jak do wyrostków rylcowatych, t. j. około 20—21 cm. w prostej linii; po drugie, międzykrocze naciąga się zawsze ku dołowi i tworzy na około stawu wprowadzonej ręki jakby rodzaj na zewnątrz ciała wystającego, wydrążonego cylindra (podobnie jak to czyni międzykrocze na tylnej stronie pochwy przy porodzie, przyp. ref.); po trzecie, ręka leżąca w wydrążeniu os sacrum i palce w odbytnicy nie mogą być zupełnie wyprostowane. Tym sposobem głębokość rzeczywista, do której w głąb miednicy całą ręką sięgamy, musi być jeszcze o kilka centymetrów zmniejszoną. Ręka więc cała, oprócz wyjątkowo może korzystnych wypadków nie sięga tak wysoko, jak to twierdzi Simon. A jeżeli badanie przez pochwę będziemy wykonywali u osób zachloroformowanych, przy zupełnem zwałtleniu (*relaxatio*) mięśni brzucha, na co Dr Landau szczególną zwraca uwagę, to różnica pomiędzy obydwoma metodami jeszcze mniejszą się stanie! Cóż dopiero, gdy w małej miednicy znajdują się narośle, nie dające się z łatwością ku górze wysunąć? W tych razach, kiedy tak często potrzeba pewności rozpoznania natury i siedziby nowotworu w celach terapeutycznych, badanie przez odbytnicę stawało się zupełnie bezskutecznem; albo wprowadzenie ręki, albo palpacja dla ciasności miejsca były niemożliwe. Często także odbytnica przez wprowadzenie ręki rozszerzona mocno w środkowej lub górnej swej części, utworzy ponad tem bardzo rozszerzonym miejscem nagle zgięcie, przez co się światło kiszki w tem zgięciu zacina, tak że ręka i zgięte palce znajdują się jakby w zamkniętym worku (wie in einem Blindsacke) i nie można palcy wyprostować ani dalej posunąć. Landau wzmiankuje trzy takie przypadki. Na objaw ten niekorzystny już i Simon zwraca uwagę.

2) Nawet w tych razach, gdzie dostatecznie głęboko można wprowadzić rękę w odbytnicę, pewność rozpoznania tym sposobem osiągniętego nie jest

dostateczną. Na to już Spiegelberg na podstawie dwóch \*) przez siebie poprzednio obserwowanych wypadków zwrócił uwagę. Następnie jeszcze dwa przypadki tego rodzaju spostrzeżono w tutejszej klinice. Zachodziła w nich wątpliwość, czy nowotwory są twardymi naroślami jajników czy też mięsniakami tylnej ściany szyi macicy (*retrocervicale Uterusmyome*). W pierwszym razie badanie przez ścianę brzucha i za pomocą zgłębnika macicznego dozwalało wyczuć narośl znacznej objętości, a przed i pod nią macicę normalnej wielkości. Przy badaniu całą ręką per rectum można było narośl posuwać łatwo na tylnej ścianie macicy, co doprowadziło do wniosku, że narośl jest nowotworem jajnika. Ponieważ jednak macica pociągnięta była znacznie ku górze i tylną ścianą do narośla przytykać się zdawała, przeto wnoszono, że jest połączoną z nowotworem przez zlepy (*adhaesio*) otrzewnej na tylnej stronie szyi macicy. Dopiero podczas operacyi przekonano się, że nowotwór był podotrzewnym naroślem tylnej części szyi macicznej, a to co uważano za zrost (*adhaesio*) otrzewnej, było wazką podstawą nowotworu.

Jeszcze trudniejszym do rozpoznania był ostatni tego rodzaju przypadek. Badanie równoczesne przez pochwę i przez ścianę brzucha dozwalało wyczuć narośl twardy znacznej objętości, który zdawał się z macicy nie powstawać, ponieważ (u zachloroformowanej pacjentki Schalude) można było przez wątlą ścianę brzucha wsunąć palce głęboko pomiędzy narośl a macicę i narośl na kilka centymetrów ku górze od macicy odsunąć, ponieważ dalej przy poruszaniu nowotworu ku górze lub bokom szyja maciczna i sklepienie pochwy się nie poruszało pospół. To samo potwierdzało badanie całą ręką przez odbytnicę, które oprócz tego dozwalało po prawej stronie macicy wyczuć dość cienką, na kilka centymetrów długą szypułkę, od macicy do nowotworu idącą. Szypułkę tę uważano za zgrubiałe nieco więzadło jajnika (*Lig. ovarii teres*), a narośl za nowotwór fibrocystyczny jajnika. Żadnego zaś jajnika nie można było wyczuć przy tej palpacyi per rectum.

Wszyscy co te badania czynili i prof. Spiegelberg, Dr Landau i referent niniejszej rozprawy, któremu pacjentka ta była w klinice przydzieloną, sądzili, że narośl jest nowotworem jajnika prawego, w skutek czego przedsięwzięto jego extirpację. W czasie tejże dopiero przekonano się, że nowotwór był podotrzewnym mięsakiem wielkości głowy kobiecej z tylnej części szyi macicznej wyrastającym i na szypułce stosunkowo cieniżej i kilka centymetrów długiej osadzonem. Odjęto go łatwo, chociaż w skutek znacznej obfitości wielkich naczyń w szypułce nastąpił mimo galwanokaustycznego szypułki przecięcia silny krwotok. Chora w przeciągu 48 godzin umarła. Jajniki były tu od tyłu zakryte naroślem i w skutek tego przy palpacyi per rectum nie można ich było wyczuć.

W piątym przypadku przy badaniu przez odbytnicę znaleziono dwa narośle, z których jeden zdawał się być z macicą stale złączony i z niej wyrastać, a drugi być naroślem jajnika lewego. Tymczasem przy operacyi przekonano się, że prawy narośl nie był macicznym, lecz że oba były nowotworami obu jajników, a do macicy był i prawy i lewy także przez zrosty przyczepiony. Rozpoznanie więc za pomocą metody badania całą ręką przez odbytnicę w trudnych przypadkach bywa często tak samo niepewnem, jak za pomocą dawniejszych metod, szczególnież rozpoznanie narośli retrocervikalnych macicy jest często niemożliwem i do fałszywych wniosków wiodącym.

3) Wreszcie ta metoda rozpoznawcza może być niebezpieczną w tych razach, gdzie pomimo trudności, jakie nam narośle zmniejszające pojemność miednicy, lub jakie nam owo workowate rozszerzenie średniej części odbytnicy obok zgięcia i zaciśnięcia się jej końca stawiają, będziemy się starali choćby i z należyłą ostrożnością rękę dostatecznie głęboko wprowadzić, jak to jeden przypadek śmierci, który w kilka dni po badaniu per rectum nastąpił, dowodzi. Pacjentka była nadzwyczaj wątlą i wyniszczoną rakiem żołądkowym. Oprócz tego znajdowały się u niej narośle w dolnej części brzucha. Na mocy badania przez odbytnicę uznano ostatnie za nowotwory obu jajników. Podczas powolnego i ostrożnego wprowadzenia ręki do odbytnicy przez Spiegelberga skutecznego, gdy już wszystkie palce i połowa dłoni była

\*) Volkmann, Klinische Vorträge N. 55, S. 2 i Archiv f. Gynäk. VI. „Die Diagnose der cystischen Myome.“



w odbytnicy, zaczął nagle z tejże sączyć wodnisty lekko zakrwawiony płyn, który po wyjęciu ręki strumieniem płynął. Ponieważ jama brzuszna pacjentki była w znacznej części surowiczym płynem wypełnioną, więc wnoszono z tego objawu, że nastąpiło przedziurawienie ściany odbytnicy, przez które teraz wysięk jamy brzusznej odpływał. Po dwóch dniach nastąpiła śmierć badanej, a sekcya stwierdziła przedziurawienie odbytnicy (w skutek wprowadzania ręki) i świeże przedziurawienie żołądka przez nowotwór rakowcowy, które to ostatnie było zdaniem prof. C o h n h e i m'a ostateczną przyczyną śmierci. Lecz i samo przedziurawienie odbytnicy byłoby niezawodnie równy koniec spowodziło. Być może, że osłabienie i wycieńczenie pacjentki i w skutek niego częściove tłuszczowe zwyrodnienie mięśni kiszkowych przedziurawienie tutaj ułatwiło, lecz w każdym razie wystarcza ten wypadek (który dla ważności jego szczegółowiej tutaj, niż Dr L a n d a u w swej rozprawie, opisałem), by okazać, że m e t o d a b a d a n i a c a ł ą r ę k ą p e r r e c t u m nie jest łagodniejszą od metody wprowadzania probierczego troakaru w nowotwór w celach rozpoznawczych, którą L a n d a u wraz z S p i e g e l b e r g i e m więcej zaleca. Dalej zaleca on zupełnie nie s z k o d l i w e badanie przez pochwę wśród głębokiego z a c h l o r o f o r m o w a n i a, by zupełne zwątlenie mięśni sciany brzusznej osiągnąć.

Jakkolwiek wprowadzenie całej ręki do odbytnicy uważa L a n d a u w wątpliwych razach tam, gdzieby ono się łatwo dało skutecznie, za metodę, która może być korzystną; to jednakże nie uznaje jej za taką, któraby się ogólnie dała zastosować, ani też za taką, któraby wszędzie światłość wśród wątpliwosci rozpoznawczych (jak twierdzą jój wynalazcy) rozsiewała.

## Wiadomości bieżące.

— Ś. p. Dr J a h o ł k o w s k i. W dniu 19 b. m. zmarł w Garwolinie lekarz powiatu P i o t r S t a n i s ł a w J a h o ł k o w s k i. Urodzony w r. 1812 w Drohiczynie, po ukończeniu szkół w Białymstoku wstąpił na wydział lekarski do uniwersytetu wileńskiego; wypadki 1830 r. nie dozwoliły mu ukończyć takowego, opuścił kraj a tułając się po Europie przybył wreszcie do Francji, gdzie w Montpellier znowu medycynę studyować zaczął. Tu ukończywszy naukę po obronie rozprawy inauguracyjnej otrzymał stopień doktora medycyny i rozpoczął swą praktykę w okolicach Nimes. Często zdarzające się wówczas epidemie cholery były powodem ogłoszenia jego *Considerations theoretiques et pratiques sur le cholera indien*. Nostalgia sprowadziła go w 1859 r. napowrót do kraju; po złożeniu egzaminu w Kijowie praktykować począł w Czerwonej na Wołyniu, własnością hr. Grocholskiego będącej. W r. 1861 Rada lekarska zamianowała go lekarzem okręgowym w Garwolinie, gdzie następnie otrzymał posadę lekarza powiatu. Czterdzieści lat niezmordowanej pracy i poświęcenia się dla chorych, gorliwość z jaką pełnił swój urząd i z jaką udzielał się wszystkim wymagającym jego rady i pomocy bez wyróżnienia do ostatnich chwil swego pracowitego życia, podkopały już od dawna nadwątlone zdrowie do reszty; przeziębwszy się dostał zapalenia płuc, które obok silnie rozwiniętej rozedmy przyprawiło go o utratę życia. Wspomnienie to rzucamy jak garść ziemi na wieko trumny prawdziwego obywatela kraju i sumiennego pracownika na praktycznej niwie lekarskiej.

Dr Józef Nowak.

— Prof. O e s t e r l e n a—Hygiena prywatna i publiczna. Znaczenie higieny dla dobra osób pojedynczych, a przez to i dla całego społeczeństwa, zyskuje, na szczęście, w ostatnich czasach coraz więcej uznania. Z jednej strony najdzielniejsi badacze poświęcają się rozwiązaniu zagadnień na polu higienicznem, z drugiej władze państw i osoby prywatne przyjmują ochciwie i chętnie rady z nauki poczerpnięte, tak że badania naukowe wraz z doświadczeniem praktycznem dzisiaj pracują wspólnie nad urządzeniami sanitarnymi. Redakcya wychodząc z przekonania, że przy tych warunkach wyczerpujące dzieło o higienie z radością przez publiczność powitanem będzie, rozpoczęła jeszcze przed kilku laty wydanie takowego. Opracowania tak ważnego dzieła podjął się specjalista, wykładający podówczas ten przedmiot w Szkole Głównej, ale następnie dotknięty ciężką chorobą oczu, rozpoczętego dzieła dokończyć nie mógł, a wyłącznie poświęcił się wykończeniu drugiego dzieła przezeń również wydawanego, mianowicie Psychiatrii, która też w r. b. wydana zostanie w całości. W obec takiego stanu rzeczy Redakcya zmuszona była szukać innego dzieła, ale pomimo to, że dzieł treści higienicznej jest z 50, żadne z nich

jednak nie odpowiada wymaganym w obecnej chwili warunkom. Jedne z nich są zbyt krótkie, drugie—przestarzałe, inne znowu nie obejmują całości przedmiotu. Na szczęście, znany całemu światu poważny pracownik na polu higieny, prof. O e s t e r l e n, wydał w tych dniach z gruntu przerobione trzecie wydanie znakomitego swego dzieła „*Handbuch der Hygiene*“, które przed 25 laty przyczyniło się do rozbudzenia zajęcia się treścią higieniczną. Dzieło, o którym mowa, w zupełności odpowiada dzisiejszemu postępowi nauki i stanowi drogi nabytek dla społeczeństwa umięjącego już dzisiaj ocenić znaczenie higieny, a tak nie dawno jeszcze zupełnie zaniedbywane, dzieło, które nie tylko dla lekarza, prawodawcy, administratora, ale dla każdego człowiego rozamnie żyjącego winno być księgą podręczną, która zaznajamia wszystkich, co dla nich jest w życiu pożyteczne, a co szkodliwe. Dzieło to wydajemy w polskim przekładzie, dokonanym wytrawnym piórem zaszczytnie znanego na polu higieny pracownika. Dzieło to obejmować będzie 60 arkuszy ścisłego druku. Cena prenumeracyjna wynosi rs. 6. Oto jest treść dzieła: Zadanie i znaczenie higieny. I. O człowieku i zmienności stanu jego i potrzeb sanitarnych. 1. Różnice wieku. 2. Różnice płci. 3. Właściwości rozmaitych osób. 4. Właściwości klass ludzi, narodów i plemion. II. Powietrzna (atmosfera). Stan i wpływy meteorologiczne. a) czynniki, warunki i własności powietrzni. 1. Części składowe powietrza. 2. Światło, ciepło, elektryczność. 3. Wilgotność; wody meteoryczne. 4. Ciężkość i ciśnienie powietrzni—wiatry, prądy powietrza. b) wpływ powietrzni na człowieka. Wpływ pogody. III. Woda. Stosunki hydrologiczne. 1. Woda słona. Morza. 2. Woda słodka—deszczowa, źródłowa, rzeczna. 3. Błota; woda stojąca. IV. Grunt ziemi. Stosunki teluryczne. 1. Temperatura, własności elektryczne, magnetyczne gruntu. 2. Powierzchnia i zarysy gruntu—wzniesienia nad poziom morza. 3. Warunki geognostyczne—roślinność i inne własności gruntu. V. Stosunki topograficzne poszczególnych okolic. VI. Klimat. Strefy. 1. Klimat gorący, zwrotnikowy. 2. Klimat zimny, biegunowy. 3. Klimat umiarkowany. Przesiedlenie się i aklimatyzacya. 1. Aklimatyzacya w strefach gorących. 2. Aklimatyzacya w strefach zimnych. Użycie klimatu w celach leczniczych. VII. Pokarmy i napoje. (Dyetetyka w ścisłym znaczeniu). A. Pokarmy (Bromatologia). 1. Rozdział, pochodzenie i szematyczne zestawienie pokarmów. a) pokarmy zwierzęce; b) pokarmy roślinne. 2. Ważniejsze własności pokarmów. 3. Sztuczne sporządzanie potraw. 4. Zachowanie się pokarmów względnie do człowieka; strawność i pożywność; działanie ich ze względu na rodzaj i ilość potraw. B. Napoje. Rozdział, pochodzenie, własności i skutki ich. 1. Woda słodka do picia. 2. Mleko. 3. Kawa. 4. Herbata. 5. Kakao, czekolada. 6. Napoje wyskokowe: a) wino, b) piwo, c) wino owocowe; cyder, d) wódka. C. Dodatki i korzenie. 1. Korzenie. 2. Sól i kwas. 3. Cukier, tłuszcz. Naczynia i sprzęty kuchenne. D. Sposób użycia i prawidła dyetetyczne odnoszące się do pokarmów i napojów: a) ilość i rodzaj potraw i napojów; b) żywność dzienna; c) wybór i użycie pokarmów względnie do potrzeb osobistych. 1. Żywność zastosowana do wieku. Żywność zastosowana do płci. 3. Żywność względnie do konstytucyj, temperamentu, rodzaju choroby. E. Pokarmy i napoje w zastosowaniu do całej ludności. Bromatologia publiczna. 1. Zachowanie artykułów żywności. 2. Środki ostrożności przeciwko fałszowanym i zepsutym pokarmom. 3. Pomoc w czasie drożyzny i głodu. VIII. Mieszkania. Budowle i zakłady publiczne; miasta, wsie. 1. Ogólne potrzeby i warunki sanitarne. 2. Mieszkania prywatne; domy. 3. Przewietrzanie, opalanie, oświetlanie. 4. Wpływ pomieszkania na człowieka; wybór i użytek mieszkania. 5. Gmachy publiczne: a) szpitale i ochrony; b) więzienia, domy kary i poprawy. 6. Wsie i miasta. 7. Wpływ pobytu w miastach na zdrowie i życie; środki zaradcze i prawidła zachowania się. IX. Odzież i pielęgnowanie skóry. 1. Ubiorry. 2. Kąpiele i obmywania ciepłe; kąpiele parowe. Pielęgnowanie włosów i zębów. Kosmetyki. X. Czynność i stosunki płciowe. 1. Zachowanie się przed i podczas dojrzałości płciowej. 2. Odpływ nasienia i czyszczenia miesięczne. 3. Małżeństwo, ciąża i połóg. 4. Stosunki płciowe w stanie wolnym, nierząd. XI. Ruchy fizyczne, ćwiczenie ciała; organa mowy i zmysły. Życie psychiczne i odnośne prawidła higieniczne osobiste i społeczne. Wypoczynek, spokój, sen. XII. Rodzaje zatrudnienia, powołania i zarobkowania. Ludność fabryczna i proletaryat.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 14 (26) Апрель 1876.