

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O zapaleniu łepiężowym łącznicy. (*Conjunctivitis condylomatosa*). Napisał d-r Jan Mitvalski. — Krwawienie z nerek niezmięzionych, podał S. Groszlik. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 87. O zwięźlenach odzwiernika pochodzenia wątrobowego. 88. O próbach udoskonalenia aseptycznego leczenia ran. O rękawiczkach przy operacjach. 89. Żółtaczka przebiegająca z zapaleniem nerwów. 90. O gruźliczym zapaleniu gruczołów chłonnych szyjowych u dzieci. 91. Wpływ wyluszczenia śledziony na przebieg chorób zakaźnych. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 27 kwietnia r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. czerwiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Mitvalsky — Sur la conjonctivite condylomateuse. 2) D-r S. Groszlik — Hémorrhagie rénale sans cause anatomique appréciable.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Mitvalsky — Ueber Conjunctivitis condylomatosa. 2) D-r S. Groszlik — Ueber die Blutung aus den unveränderten Nieren.

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

O zapaleniu łepiężowym łącznicy.

(*Conjunctivitis condylomatosa*).

Napisał D-r JAN MITVALSKY, Docent Uniwersytetu Czeskiego w Pradze.

Na łącznicy oka oddawna spostrzegano pierwotne objawy przymiotu zarówno jak i wytwory patologiczne właściwe wczesnemu i późnemu okresowi tej choroby. Pomimo całego starania, by wyodrębnić należycie objawy łącznicowe drugorzędного i trzeciorzędного przymiotu, jest to niezmiernie trudne głównie z tego powodu, że okresy wczesnego i późnego przymiotu wczesnie przechodzą jeden w drugi; to też spotykamy w literaturze opisy tych samych przypadków, różnie pojmowane przez różnych autorów. Tak się stało ze znanym przypadkiem, który WECKER opisał jako miękczak łącznicy, a SICHEL młodszy, który go jednocześnie spostrzegał, jako łepież. W zasadzie jednak udaje się ocenić, czy się ma do czynienia z *conjunctivitis papulosa seu condylomatosa*, czy też z miękczakiem (*gumma*) łącznicy, jeżeli już nie z samego wyglądu wykwitów, to na mocy innych współczesnych objawów przymiotu.

Obraz kliniczny zapalenia łepiężowego łącznicy jest już dostatecznie znany, by można go było wyróżnić z pomiędzy innych spraw łącznicowych.

Łącznica przedstawia wygląd niejednostajny, zależnie od tego, czy wykwyty rozwinęły się na niej w drugim okresie przymiotu, czy też wśród objawów trzeciorzędnych. W pierwszym przypadku zmiany na łącznicy chrząstki, fałdy przejściowej i gałki nie różnią się prawie niczem od zmian nieżytowych lub spostrzeganych przy lekkim zapaleniu ropnem. Cała łącznica jest zaczerwieniona, brodawki części chrząstkowej wydętne; łącznica gałkowa jest za to więcej zajęta, prawdopodobnie dzięki temu, że lepiej umiejscawiają się na łącznicy rąbka rogówki (*limbus*). Wydzielina w tych przypadkach jest zawsze nieznaczna, najczęściej krzepnąca w nici. Powieki są przytem obrzmiałe, nawet czasem zapuchnięte.

Co innego widzimy, jeżeli lepiej łącznicy rozwijają się w późnym okresie przymiotu, gdy objawy trzeciorzędne zjawiają się wśród trwania okresu drugiego, lub naodwrot, gdy podczas panowania objawów trzeciorzędnych pojawiają się epizodycznie lepiej na błonach śluzowych; wówczas łącznica chrząstki już jest zmieniona, zgrubiała, jak przy przewlekłych sprawach nieżytowych, barwę ma brudną, żółto-czerwoną, wydaje się przezroczystą a na powierzchni sadłową. Na łącznicy chrząstki lub fałdy przejściowej ukazują się nieraz wytwory półkuliste lub mające postać odcinków kuli, sadłowate, podobne do torebek (folikulów); łącznica gałkowa jest również zgrubiała, przeświecająca, brudno-żółta. Wydzieliny brak zupełnie; niema też prawie żadnych objawów podrażnienia łącznicy lub powiek.

Lepieże są prawie wyłącznie ograniczone do rąbka rogówki i na nią nie przechodzą; jeżeli czasem zdarzają się na łącznicy chrząstki i na fałdzie przejściowej, to jednocześnie porażają obie te części worka łącznicowego; na samej tylko fałdzie przejściowej lub w jej bliskości wyjątkowo tylko bywały spostrzegane.

Zazwyczaj spotykamy jeden lepież na rąbku rogówki (SICHEŁ młodszy, LANG, TRAPEZNIKOW, BARNES, SAVY, MITVALSKY), co najwyżej dwa jednocześnie (LANG, HERTER); na łącznicy gałkowej w pobliżu fałdy przejściowej widywano zarówno pojedyncze lepieże (FIJAŁKOWSKI) jak i po dwa razem (TERSON). Raz tylko widziano lepież fałdy przejściowej (BOSMA); współcześnie na łącznicy chrząstkowej i na rąbku rogówki spostrzegano je niejednokrotnie (BARNES, MITVALSKY). Lepieże na rąbku rogówki wyglądają nieco inaczej, niż na innych błonach śluzowych. Bywają one okrągłe, obłe lub w kształcie fasoli, to znów półksiężycowate lub jak podkowa opasują na pewnej przestrzeni rogówkę, a ich wymiar najdłuższy jest równoległy do jej brzegu. Długość wynosi kilka milimetrów, choć czasem dochodzą i do 1,5 cm. Znajdują się one na przekrwionej łącznicy, często obrzęklej na większej lub mniejszej przestrzeni. Gdy sprawa trwa dłużej, łącznica jest zgrubiała, choć zdarza się, że nie przedstawia żadnego odczynu.

Barwa lepieży ma najrozmaitsze odcienie, od czerwonego do wiśniowego i szarego, co zależy od trwania sprawy i odczynu łącznicy. Świeże wykwyty są czerwone, w starszych szary odcień przeważa, ponieważ ich powierzchnia pokryta jest zawsze dość grubą warstwą zwyrodniałej tkanki, choć brzegi zawsze są czerwieniejsze,

Lepieże rąbka nie mają w zasadzie skłonności do przechodzenia w owrzodzenie, choć nie ulega wątpliwości, że w nich ma miejsce zwyrodnienie nabłonka łącznicy i że powierzchnia przedstawia tkankę obnażoną bujającą, ale jest ona na tyle unaczyniona, że owrzodzenie nie sięga nigdy daleko wglęb i rzadko niszczy całą grubość łącznicy. Gojenie się polega na wessaniu wy-

tworów chorobowych i na odtworzeniu się nabłonka. Po zagojeniu się lepieży na ich miejscu znajdujemy tkankę nabłonkową zgrubiałą, podobną do blizny, która z czasem przyjmuje wygląd prawidłowy.

Lepieże dalej od rąbka leżące bywają także okrągłe lub obłe i zależnie od wieku wyglądają różnie; przybierają nawet czasem postać pęcherzyka wielkości ziarnka konopnego, na pozór przezroczystego, w rodzaju olbrzymiej flikteny, która w następstwie ulega owrzodzeniu (FIJAŁKOWSKI). Z biegiem czasu wsysają się one zupełnie, a ponieważ, gdy ich jest więcej niż jeden, nie następuje to jednocześnie, udaje się nieraz spostrzec obok starszych, już zupełnie wessanych, inne w pełnym rozkwicie, albo już tylko rdzawe unaczynione plamy, jako pozostałość po lepieżach wessanych. Jeżeli lepieże ulegają rozpadowi, powstają owrzodzenia z większym lub mniejszym nalotem fagadenicznym, sięgające do tkanki episkleralnej; te postacie pozostawiają po sobie wyraźne blizny. Jeżeli współcześnie z takim owrzodzeniem znajduje się podobne na fałdzie przejściowej i na łącznicy chrząstki, wtedy może dojść do utworzenia częściowych zrostów powieki z gałką (*symblepharon*), jak to zaznacza BARNES. Małe lepieże w postaci flikten dają często nawroty, nawet po upływie kilku miesięcy.

I na łącznicy chrząstki lepieże nie jednakowo się zachowują; pomijamy tu na razie te, które z brzegu powiekowego przepelzają na chrząstkę. Na chrząstce tedy bywają one albo bardzo małe o średnicy 1—2 mm., zupełnie okrągłe, czasem nieco wypukłe, zależnie od czasu trwania miękie, sprężyste lub twarde wskutek bujania *tunicae propriae*, przeważnie pokryte szarym nalotem, który z trudnością daje się ścierać. W innym przypadku mogą przypominać małe owrzodzenia, nieco nad poziom wyniesione, ale zajmujące całą grubość łącznicy. Skoro leczenie właściwe wcześniej zostało rozpoczęte, lepieże te wsysają się całkowicie; po dłuższym jednak trwaniu, lub gdy pozostały owrzodzenia, pozostają po nich blizny. Bywają też i szerokie lepieże, mające z początku wygląd szarych wyniosłości i te także mogą się wessać lub przejść w owrzodzenia z brudnym nalotem, po których pozostają głębokie blizny.

Lepieże chrząstki mogą zarażać te miejsca łącznicy gałkowej, których dotykają (BARNES), choć się to rzadko zdarza.

Lepieże fałdy przejściowej niczem się nie różnią od umiejscowionych w innych częściach łącznicy; w wewnętrznym kącie powiek przebiegają, zdaje się, wśród objawów mięsakowego przerostu fałdy półksiężycowej (EVERSBUSCH, MEYER).

Skargi chorych w przypadkach niepowikłanych są prawie żadne; chorzy doznają drgania, zawadzania, palenia w oczach; znacznieszego bólu lub wybitniejszego podrażnienia rzęskowego niema tu nigdy; uwagę chorych zwraca głównie czerwoność oczu, choć i jej może nie być. Cięższe objawy rzęskowe występują dopiero przy powikłaniach ze strony rogówki, tęczówki i tkanki nadbiłkówekowej.

Badanie bakteriologiczne niejednokrotnie przedsiębrane nie dostarczyło żadnych danych co do pochodzenia lepieży; pomimo to etyologia ich jest zupełnie jasna: powstają one na tle przymiotu w II i III okresie. *Plaques muqueseae* łącznicy występują najczęściej jednocześnie z przymiotowymi wykwitami skóry, szczególnie z guzkiem (*papula*), a więc zdarzyć się mogą już w kilka miesięcy a nawet tygodni po zakażeniu, zjawiają się też w przypadkach przymiotu zastarzałego, wśród wyraźnych objawów trzeciorzędnych, w wiele

lat po zakażeniu; wówczas spotykamy jednocześnie lepieże na innych błonach śluzowych a głównie w jamie ustnej. Jak już wiemy, ogólny wygląd łącznicy jest w tych przypadkach bardzo charakterystyczny.

Co się tyczy genezy lepieży łącznicy, to mamy tu do czynienia z dwojakiemi zjawiskami patologicznemi w związku z tem, że powstają one wyraźnie w sposób dwójaki: 1) ze krwi, a więc podobnie jak wykwyty przymiotowe skóry: zarazek krążący we krwi osiada w łącznicy i wywołuje tam lepież; 2) przez zakażenie miejscowe (*Contactinfection*); lepieże chrząstki lub rąbka rogówki mogą wytwarzać nowe lepieże w miejscu zetknięcia się z łącznicą galkową lub powiekową, zdaje się jednak, że łącznica galkowa jest skłonniejsza do przyjęcia zakażenia z chrząstki, niż na odwrót.

Przechodząc do rozpoznania różniczkowego między lepieżami i innemi postaciami chorób łącznicy, należy zaznaczyć, że lepież rąbka rogówki w początkowym okresie może być tylko porównany z bardzo dużą krostą (*pustula*) przy *conjunctivitis pustulosa*. W przypadkach wątpliwych zdecyduje odnalezienie innych objawów przymiotu i dalszy przebieg, gdy bowiem zwyczajna *pustula* goi się łatwo w kilka dni przy postępowaniu przeciwważnym, lepież nie ustąpi bez leczenia swoistego.

Od owrzodzeń gruźliczych lepież różni się płaskiem wystawianiem nad powierzchnią łącznicy, szarą powierzchnią i stopniowem podnoszeniem się brzegów. Lepież owrzodzony mógłby być wzięty za oparzenie środkami żrącymi, wywiady i przebieg jednak i tutaj pozwolą rozpoznać sprawę właściwą.

Najwięcej trudności przedstawiałoby rozpoznanie różniczkowe między lepieżem i miękczakiem łącznicy, ponieważ nawet wobec istnienia miękczaków na ciele nie mamy prawa chrzącić ich mianem każdego owrzodzenia łącznicy, wiemy bowiem, że objawy patologiczne II i III okresu przymiotu mogą występować współcześnie. Rozstrzygającym na korzyść lepieży będzie znalezienie choćby niewielu lepieży w innych miejscach, a głównie w jamie ustnej i na wargach. Jako oznakę pomocniczą zaznaczę tu jeszcze, że owrzodzenie lepieżowe przeważnie ma mniejsze wymiary, nie rozszerza się, że brzegi jego nigdy nie są stwardniałe a gojenie idzie szybko.

Łatwo zrozumieć, że leczenie miejscowe jest rzeczą uboczną, a ze sposobów leczenia swoistego najwłaściwsze jest wcieranie szaruchy; daje ono wynik szybki, nie zawsze jednak zabezpiecza od nawrotów.

Mieliśmy sposobność spostrzegać typowy przypadek zapalenia lepieżowego łącznicy, powikłany tylko lepieżami brzegu powiek. Oto szczegóły. Kobieta 50-letnia, dziedzicznie nie obciążona, sześć razy była w ciąży; urodziła czworo dzieci donoszonych, z których troje żyje; najmłodsze ma półtora roku; raz poroniła w 3-im miesiącu i raz urodziła przedwcześnie w ósmym miesiącu. Twierdzi, że zawsze była zdrowa. Od trzech miesięcy nie miesiączkuje. O zakażeniu przez części rodne nie wie. W ostatnich czasach miewała często „wyrzut wrzodziejący“ na wargach, który po raz pierwszy ukazał się przed trzema laty a ostatni raz przed trzema tygodniami. Od dziesięciu tygodni ma na zewnętrznej stronie prawego uda okrągłe owrzodzenie skóry. Na oczy chorowała jedynie raz przed mniej więcej trzema laty, radziła się specjaliści z powodu czerwoności oczu, choroba ustąpiła i dopiero przed dwoma tygodniami poczuła nowe palenie, kłócie w oczach i powiekach, które się jednocześnie zaczerwieniły.

Chora małego wzrostu, wątłej budowy. Na zewnętrznej powierzchni prawego uda znajduje się okrągły brak tkanki skórnej 8 cm. średnicy mający, wyraźnie przymiotowego pochodzenia; innych zmian na skórze niema.

Oko prawe. Powieki zgrubiałe, najwybitniej u wolnego brzegu powiek, do tegostopnia, że przestrzeń międzykrawędziowa wydaje się przynajmniej cztery razy szerszą, niż prawidłowa. To zgrubienie powiek wywołane jest przez obrzęk zapalny całego wolnego ich brzegu oraz chrząstki; przednia krawędź jest mocno zaczerwieniona; między rzęsami zaschła wydzielina gruczołów. Na górnej powiece na granicy między wewnętrzną i środkową trzecią częścią brzegu powiekowego znajdujemy owrzodzenie mniej więcej czworoboczne, zaczynające się ku przodowi u nasady rzęs; zajmuje ono całą szerokość brzegu powieki i przechodzi poza tylną jego krawędź na błonę śluzową chrząstki jeszcze na jakie 2 mm.; szerokość jego wynosi do 3 mm., dno ma sadłowate, brzegi gładkie, nie wyniesione, blade; leży ono na milimetr głębiej od płaszczyzny brzegu powiekowego, wskutek czego powstaje wrażenie, jakby to miejsce powieki było wygryzione.

Na powiece dolnej ściśle w miejscu zetknięcia z owrzodzeniem górnej powieki widzimy podobne owrzodzenie, jakby odcisk wyżej opisanego; i ono zaczyna się koło rzęs, rozszerza się w kierunku tylnej krawędzi brzegu powieki i tak samo przechodzi na błonę śluzową na 2 mm. Oprócz tych dwóch względnie dużych wrzodów na brzegu powieki widzimy jeszcze kilka innych mniejszych, powierzchownych, dokładnie okrągłych braków o szarem dnie.

Łącznica powiekowa ma połysk sadłowaty, wyraźnie jest zgrubiała, brodawki jej przerośnięte, jak przy przewlekłym zapaleniu ropnem (*blepharorrhoea chronica*). W dwóch miejscach na łącznicy chrząstki znajdujemy okrągłe twory wielkości łebka od szpilki do ziarnka prosa, wystające nad poziom, jakby płaskie torebki (*folliculi*); powierzchnia ich jest brudno-biała. Typowych folikulów jaglicowych niema nigdzie. Wydzielina bardzo nieznaczna.

Łącznica gałki w wysokim stopniu obrzękła, o wyglądzie prawie mięsakowatym; obrzęk ten jest najwyraźniejszy w wewnętrznym dolnym odcinku gałki, gdzie znajdujemy na jego najbardziej wypukłym miejscu *plaque* wielkości małego grochu, brudno-białą, nieco wyniesioną nad powierzchnię, zupełnie podobną do tych nieowrzodzonych łepięży, jakie spotykamy na błonach śluzowych. Brzeg tego łepieża odległy jest od obwodu rogówki na 1 mm.; wymiar większy, równoległy do rąbka wynosi około 5 mm.; największy wymiar poprzeczny dochodzi ledwie do 3 mm. Obrzękła część łącznicy ma barwę wiśniową i także wybitny połysk sadłowaty. Inne części oka prawidłowe.

Oko lewe. Powieki przedstawiają zupełnie podobne zmiany jak i na oku prawem. I tutaj na zewnętrznej połowie górnej powieki leży owrzodzenie, zajmujące całą grubość jej brzegu zgrubiałego, zaczynające się od części rzęsowej, szerokie na 4 mm.; przez tylną krawędź przesuwa się na łącznicę i tu rozszerza się aż do 6 mm.; owrzodzenie to o szarej powierzchni wygląda jak wygryzione. Na wewnątrz od tego owrzodzenia widać dwa świeże mniejsze, wielkości zaledwo łebka szpilki, jakby dłutkiem wybite, również z brudnym nalotem.

Na dolnej powiece w miejscu zetknięcia z górną widać owrzodzenie odpowiadające górnemu, płytkie, pokryte brudnym nalotem; ku krawędzi tylnej rozszerza się ono, tworząc na łącznicy nieco wyniesioną *plaque*, dochodzącą prawie do fałdy przejściowej dolnej, zupełnie podobną do łepieża śluzowego. Łącznica gałki obrzękła, szczególnie w zewnętrznej połowie, gdzie znowu na najwypuklejszym miejscu widzimy brudno białą *plaque* w postaci sierpu, ota-

czającą od zewnątrz trzecią część obwodu rogówki, oddaloną od niej nie więcej jak na milimetr. Szerokość największa dochodzi do 6 mm.

Po zastosowaniu szaruchy już po paru dniach wystąpiła poprawa, a nie długo potem i zupełne wyleczenie. Lepieże na łącznicy gałki goiły się dośrodkowo, jednocześnie obrzęk się zmniejszał, a po 14—16 dniach znikły zupełnie; te, które leżały na łącznicy chrząstki, przeszły w powierzchowne owrzodzenia, a w następstwie zagoiły się, pozostawiając blizny. Owrzodzenia brzegu powiekowego oczyszczają się od obwodu, powoli pokrywając się nabłonkiem; dwa małe owrzodzenia na powiece lewego oka powiększyły się nieco i zlały ze sobą, tworząc postać ósemki, potem się oczyściły i zagoiły, jak inne. Grubość powiek stopniowo się zmniejszała.

(C. d. n.).

Krwawienie z nerek niezmienionych.

Napisał D-r S. GROSLIK.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 29).

Jakkolwiek wymienione zabiegi chirurgiczne stanowią silne poparcie poglądu KLEMPERER'a, niepojętem jednak się wydaje, dlaczego w zebranej przez nas kazuistyce tak mało uwydatnia się podkład neuropatyczny u odnośnych chorych. Z 10-ciu spostrzeżeń, w których krwawiączka i nadwerężenie nie odegrały żadnej roli, tylko przypadek SABATIER'a i poczęści przypadek PASSER'a nie budzą wątpliwości co do pochodzenia krwawień na tle zaburzeń naczynioruchowych. PASSET wyraźnie zaznacza, że jego chora odznaczała się wysokim stopniem nerwowości, niesłusznie jednak objawy usposobienia nerwowego, jakie przytacza, kładzie na karb „*status haemophilicus*“. Najwyraźniej usposobienie nerwowe zarysowuje się w przypadku SABATIER'a. Obrzęki nóg i boku prawego, zjawiające się napadowo, bezmocz, zatrzymanie moczu, bóle głowy, wymioty, napady śpiączki, które występowały nawet po operacji, i t. p. objawy przy ogólnym stanie zadawałającym mogą być tylko wytłomaczone histeryą. Po za tymi dwoma przypadkami w żadnym innym, jak rzekłem, nie ma najmniejszej wzmianki o jakimkolwiek zboczeniu ze strony układu nerwowego. Okoliczność tę należy kłaść prawdopodobnie na karb zbyt mało rozpowszechnionej wśród lekarzy wiary w możliwość krwawień na tle naczynioruchowym wogóle, a w szczególności krwawienia takiego z nerki i dla tego w przytoczonych historyach chorób tego momentu przyczynowego nie uwzględniano. To też przypadki te same przez się nie byłyby w stanie przekonać nas o nerwowem pochodzeniu krwiomoczu; nabierają one znaczenia dopiero wówczas, gdy są poparte spostrzeżeniami, w których ten moment przyczynowy nie ulega żadnej wątpliwości.

Stanowisko, zajęte przez KLEMPERER'a w sprawie krwawień z nerki niezmienionej, nie jest wcale, jakby się to na pozór zdawać mogło, wyjątkowe i odosobnione w literaturze lekarskiej. Przed dwudziestu przeszło laty podo-

bny pogląd wypowiedział SOKOŁOW ¹⁷⁾ z okazji przypadku spostrzeganego przezeń w klinice BOTKIN'a i stanowiącego tak ważny przyczynek do sprawy krwawień z nerki na tle nerwicy nacyniowej, że dziwić się należy, iż nie zwrócił na siebie uwagi autorów, którzy w tej sprawie pisali. Przypadek ten uważam za typ krwawień nacynioruchowych i dlatego pozwalam sobie w tem miejscu możliwie szczegółowo go przytoczyć w nadziei, iż zarówno w samem spostrzeżeniu jak i uwagach autora pogląd KLEMPERER'a silnie znajdzie poparcie. Praca SOKOŁOW'a jest tembardziej uwagi godna, że w spostrzeżeniu tem wyraźnie występuje zależność krwawienia od zaburzeń w układzie nerwowym.

Dnia 7 marca 1873 r. wstąpił do kliniki prof. BOTKIN'a oficer, lat 36 liczący, rodem z Kaukazu, silnie zbudowany, wykazujący dobrze rozwinięty układ mięśniowy. Mięśnie lewej strony, zwłaszcza lewych kończyn są słabsze i cieńsze niż strony prawej. Lewa ręka przy podnoszeniu i opuszczaniu łatwo się męczy, na lewej nodze nie może się chory dostatecznie mocno utrzymać. Uczucie przy łechtaniu lewej podeszwy jest znacznie słabsze niż prawej; czucie zbadane zapomocą cyrkla WEBER'a okazało się z lewej strony osłabione; lewa noga na dotyk zimniejsza niż prawa. Unerwienie ruchowe lewej strony twarzy osłabione, lewa powieka opuszczona. Lewem okiem widzi chory źle. Również percepcya tonów przez pośrednictwo kości jest z lewej strony znacznie zmniejszona.

Naczynia obwodowe nie przedstawiają żadnych zboczeń. Tętno 72, oddech 18, ciepłota rano 36,5, wieczorem 37,2°. W narządach wewnętrznych nie znaleziono nic szczególnego. Nieznaczna wrażliwość lewej nerki i odpowiedniego moczowodu na ucisk. *Urethritis chronica*. Mocz przezroczysty, barwy słomkowo-żółtej. Ilość dobową 2010 cm. sz., odczyn kwaśny, ciężar właściwy 1018, białka i cukru nie znaleziono. W osadzie ciała białe i nabłonki płaskie w bardzo małej ilości. W r. 1858 chory zaraził się przymiotem; w r. 1864 spadł z konia, przyczem uderzył się w lewą stronę głowy i przez pół godziny leżał nieprzytomny. Po tym wypadku miewał częste bóle głowy. W r. 1865 w czasie podróży na Syberyę kilkakrotnie zamoczył nogi. W zimie tegoż roku wystąpiło ogólne osłabienie, zawroty głowy i uczucie zimna w całym ciele, szczególnie w nogach, poczem pokazał się krwimocz połączony z nieznacznym bólem w okolicy lewej nerki i lewego moczowodu. Z ustaniem krwimoczu znikły wszystkie towarzyszące mu przypadłości. Od owego czasu krwimocz powtarzał się wielokrotnie aż do r. 1873, występował jednak tylko w zimie po kilkogodzinnem przebywaniu na chłodzie, bez względu na to, czy chory chodził, czy też jeździł konno. Chory jest tak przeświadczony o zależności cierpienia od wpływów atmosferycznych, że może z góry przepowiedzieć, kiedy napad nastąpi. W chwilach wolnych czuje się dobrze, skarży się tylko na bóle z lewej strony głowy i zawroty. W rodzinie przypadków krwawienia z jakiegokolwiek bądź narządu nie było.

Ponieważ pobyt w klinice nie przedstawiał warunków niezbędnych do wywołania napadu, zalecono choremu odbycie spaceru. Jakoż dnia 12 marca o godz. 8 rano bezpośrednio po przechadzce przy ciepłocie 9° chory dotknięty został napadem ogólnego osłabienia, zimna w całym ciele, osobliwie zaś nóg, zawrotu głowy, bólu w krzyżu i brzuchu; po tem wszystkiem chory oddał mocz krwawy. Przy pierwszym oddaniu moczu było go 50 cm. sz.;

¹⁷⁾ SOKOLOFF. Ueber einen Fall von wiederkehrender Nierenblutung im Zusammenhange mit jedesmaliger Erkältung der Integumenta communia. Berlin. klin. Wochenschrift. 1874. Nr. 20.

mocz odczynu słabo-kwaśnego zawierał dużo białka, osad zaś składał się z licznych czerwonych ciałek krwi ułożonych w postaci wałeczków oraz z włókniaka i niezmienionych nabłonków nerkowych. Po upływie godziny chory oddał drugą porcję moczu, niczem nie różniącego się od pierwszej. Przez cały ten czas chory leżał w łóżku dobrze okryty, pomimo to ziębienie trwało nadal. Ciepłota ciała wynosiła $36,9^{\circ}$, nogi były zimne, zwłaszcza lewa, skóra blada, w stanie t. zw. gęsiej skóry, tętno 80, oddech 22. Po kąpieli gorącej stan się zmienił nie do poznania: ze wszystkich objawów powyższych pozostał tylko lekki zawrót głowy. Krew i białko znikły z moczu całkowicie.

Dnia 26 chory odbył przechadzkę po raz drugi przy ciepłocie 0° , następstwa jednak były znacznie słabsze, co też chory z góry przepowiedział. Ilość białka i krwi w moczu była nieznaczna, z objawów zaś podmiotowych wystąpiło tylko ogólne osłabienie i ból w krzyżu. Dalsze spostrzeganie nie przedstawiało nic godnego uwagi.

Z opisaney historyi choroby wynika, że chory cierpiał na krwimocz okresowy, który się zjawiał w zależności od działania niskiej ciepłoty. Pochodzenie krwi z nerki nie ulega żadnej wątpliwości wobec znalezienia w moczu wałeczków krwawych oraz nabłonków nerkowych i wobec braku wszelkich objawów ze strony pęcherza. Okoliczności, które towarzyszyły krwawieniu, jako to stwierdzona bolesność lewej okolicy nerkowej przy ucisku oraz objawy odruchowe, najsilniej wyrażone z lewej strony ciała, przemawiały za tem, że krew pochodziła z nerki lewej. Pytanie tylko, jak sobie krwawienie wytłumaczyć. Brak wszelkich zmian w moczu w okresach bezkrwawych, niezależność krwawienia od ruchu, nadewszystko zaś długotrwałość cierpienia bez jakichkolwiek bądź zmian namacalnych w nerce, wszystko to stanowczo wyłącza zmiany organiczne oraz kamień. Natomiast wielkie znaczenie dla zrozumienia przyczyny krwawienia posiadają zaburzenia w układzie nerwowym i na zaburzenia te kładzie SOKOŁOW szczególny nacisk, upatrując zgodnie z BOTKIN'em związek przyczynowy między niemi a krwawieniem. Naczynia nerkowe, jak wogóle wszelkie naczynia ciała naszego, znajdują się w stanie stałego napięcia pod wpływem przyrządu naczynioruchowego obwodowego i ośrodkowego. „Jeżeli przetniemy spłot nerkowy, to, zdaniem SIECZENOW'a, następuje czasami krwimocz. Najprostsze objaśnienie znajduje zjawisko to w rozszerzeniu naczyń skutkiem przecięcia nerwów i w powiększeniu ciśnienia w naczyniach włosowatych. Tłumaczenie to, zdaje się, jest tem prawdopodobniejsze, że przy drażnieniu wspomnianego spłotu zapomocą prądu elektrycznego naczynia nerkowe wyraźnie się zwężają“. Istnienia przyrządu naczynioruchowego ośrodkowego dla nerek dowiódł CLAUDE BERNARD, a po nim cały szereg innych badaczy. Zdaniem SOKOŁOW'a fakty te upoważniają nas do przyjęcia możliwości, że istnieją cierpienia zależne od zmniejszonego napięcia naczyń nerkowych. Objawy niedowładu, tak wyraźnie występujące w opisanym przypadku, niewątpliwie przemawiają za cierpieniem ogniskowem w korze mózgowej, które rozwijało się powoli w zależności od przymiotu lub urazu. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że cierpienie to kory rozciągało się na okolicę przyrządu ośrodkowego naczynioruchowego nerki; stąd osłabienie unerwienia naczyń nerkowych i przekrwienie nerki.

Co się tyczy zależności krwawień od przeziębienia nóg, daje się ono objaśnić tą okolicznością, iż przy ochładzaniu skóry krew zostaje wyciśnięta z naczyń obwodowych do narządów wewnętrznych. Jeżeli w jakimkolwiek narządzie, jak np. w naszym przypadku w nerce, naczynia znajdują się stale

w stanie ciągłego przepełnienia, natenczas nadmiar krwi przyływającej może spowodować krwawienie wskutek wzrastającego ciśnienia.

Powyższa hipoteza prof. BOTKIN'a o zależności krwimoczu od zaburzeń w ośrodkowym przyrządzie naczynioruchowym nerek doskonale tłumaczy nam sposób powstawania krwawień okresowych z nerki niedotkniętej żadnymi zmianami anatomicznymi. Ponieważ pogląd ten oparty jest na ścisłych podstawach fizyologicznych, sądzę, iż możliwie dokładne powtórzenie spostrzeżenia SOKOŁOW'a w tem miejscu przyczyni się do wyjaśnienia sprawy krwawień naczynioruchowych z nerki i do rozpowszechnienia wiary w możliwość podobnych krwawień. W nowszych czasach wiara ta była mocno zachwiana, pomimo że w starszej literaturze opisane są przypadki krwimoczu okresowego, niewątpliwie należące do tej samej kategorii co przypadek SOKOŁOW'a. Autor ten przytacza spostrzeżenia PAVY'ego i HASSAL'a, w których chorzy po przeziębieniu kończyn dolnych dostawali napadu dreszczów w całym ciele, poczem następował krwimocz. Obecność wałeczków w moczu usuwa wątpliwość co do źródła krwawienia. Podobne napady trwały kilka godzin, poczem wszystko wracało do stanu prawidłowego. W lecie napady takie nie zjawiały się wcale.

Ignorowanie podobnych spostrzeżeń przez medycynę nowoczesną było bez zaprzeczenia przyczyną, iż autorowie, którzy mieli do czynienia z krwawieniem z nerki niezmięnionej, mało zwracali uwagi na możliwe zaburzenia nerwowe i dlatego spostrzeżenia ich zachowały do pewnego stopnia charakter zagadkowości, pomimo iż KLEMPERER usiłuje je podciągnąć pod ogólny typ krwawień naczynioruchowych. Jakkolwiek, jak widzieliśmy, pierwszeństwo tego poglądu bezwarunkowo należy się BOTKIN'owi i SOKOŁOW'owi, niemniej jednak KLEMPERER'owi przypada w udziale zasługa, iż wskrzesił zapomniane zapatrywania dawnych lekarzy na związek przyczynowy między krwawieniem a zбочeniami w układzie nerwowym. Widocznie KLEMPERER znalazł grunt przygotowany do przyjęcia tego rodzaju pojęć, gdyż w dyskusyi wyraźnie się zaznaczył zwrot w zapatrywaniach wybitnych lekarzy na korzyść starych teoryi, tak niesłusznie przez medycynę nowoczesną zapoznawanych. Nie mogąc w tem miejscu obszerniej dyskusyi uwzględnić, uważam jednak za niezbędne przytoczyć krótkie spostrzeżenie EWALD'a, w którym charakter naczynioruchowy krwimoczu nie przedstawia żadnej wątpliwości. U dziecka 7-miesięcznego z opóźnionem ząbkowaniem wystąpiły na wolnym brzegu górnej szczęki, w miejscu odpowiadajacem przyszłemu siekaczom, drobne, wielkości grochu pęcherzyki, wypełnione zawartością krwawą. Jednocześnie pokazał się obfity krwimocz, który, jak można było wnosić z przebiegu, miał swe źródło w nerkach. Krwimocz z pewnemi przerwami trwał około 3—4 miesięcy i ustąpił z chwilą całkowitego wyrznięcia zębów. Dziecko, które obecnie ma 4 lata, cieszy się doskonałym zdrowiem, nigdy żadnych innych krwawień nie miało i nie wykazuje żadnej skłonności do krwawiączki. Oczywiście krwawienie wystąpiło tu na tle zaburzeń nerwowych, tak często towarzyszących wyrzynaniu się zębów.

Spostrzeżenia i uwagi, przytoczone w pracy niniejszej, niewątpliwie ustalają fakt, iż obok krwawień objawowych, towarzyszących rozmaitym zmianom w nerce, jak gruźlica, nowotwór, kamień i t. d., istnieją krwawienia samodzielne, powstające w nerce anatomicznie niezmięnionej. Przyczyny wywołujące krwawienie samodzielne mogą być rozmaite: nerka może krwawić

dzięki odziedziczonej skłonności krwotocznej ustroju, dzięki zaburzeniom w nerwach naczyńioruchowych lub też wskutek nadmiernego wysiłku cielesnego. Dzieląc w ten sposób krwawienia z nerki niezmienionej na krwawienia pochodzenia krwawiączkowego, naczyńioruchowego i urazowego, nie twierdzimy bynajmniej, iż w podziale tym zawierają się wszystkie dotychczas spostrzegane przypadki krwawienia z nerki bez podkładu anatomicznego. Być może, iż pewną rolę odgrywa tu wrodzona albo nabyta kruchość naczyń lub istoty nerkowej, jakby to można było wnosić ze spostrzeżenia SCHEDE'go, dotychczas wszakże nie wiemy nic o podobnych zboczeniach w budowie tkanek. Stojąc na stanowisku wiedzy współczesnej, musimy uznać tylko rolę powyższych trzech momentów w powstawaniu krwawień z narządu niezmienionego; przyszłość pokaże, o ile inne czynniki, dotychczas niezbadane, mogą tego rodzaju zjawiska wywołać.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć kilka słów o rozpoznaniu różniczek o w e m między krwawieniami objawowymi, zależnymi od zmian organicznych w nerce, a krwimoczem samodzielnym, występującym w narządzie anatomicznie zdrowym. Naturalnie trudności rozpoznawcze nastęrczać mogą tylko takie przypadki krwimoczcu, w których badanie nie daje żadnych wskazówek co do natury cierpienia, gdzie zatem ani powiększenia narządu stwierdzić nie można, ani zmiany w moczu lub towarzyszące objawy nie wskazują sprawy organicznej. Wobec bardzo rzadko zdarzających się przypadków samodzielnego krwawienia z nerki, musimy każdy krwimocz nerkowy uważać za podejrzany; nie mniej przeto należy w wywiadach starannie uwzględniać momenty przyczynowe, o których była mowa w pracy niniejszej. Przedewszystkiem ważną jest rzeczą stwierdzić, czy w danym przypadku niema wyraźnego obarczenia dziedzicznego krwawiączką. Następnie niepoślednią rolę odgrywa dokładne zbadanie układu nerwowego, poszukiwanie objawów histeryi, neurastenii lub t. p. stanów chorobowych. Jeżeli badanie w tym kierunku uwieńczone zostanie wynikiem pomyślnym, lub też jeżeli wywiady wskażą, że dany osobnik bezpośrednio przed wystąpieniem krwimoczcu uległ wysiłkowi (forsowne marsze, długotrwała jazda konna, lub na rowerze), natenczas rozpoznanie krwawienia samodzielnego staje się prawdopodobnem. Nabierze ono cech pewności tylko po długotrwałem spostrzeganiu, jeżeli w tym czasie nie wystąpią objawy, wyraźnie wskazujące zboczenia anatomiczne w nerce. Byłoby wielkim błędem, któryby mógł pociągnąć za sobą jaknajfatalniejsze dla chorego następstwa, gdybyśmy na zasadzie braku widocznych przyczyn krwimoczcu zechcieli odrazu rozpoznać krwawienie z narządu „zdrowego“. Wstrzemięźliwość pod tym względem jest tem bardziej nakazana, że w znacznej większości takich ciemnych przypadków krwawienia prędzej czy później wychodzi na jaw, że przyczyną krwawienia jest bądźcobądź nowotwór lub gruźlica nerki. Rozpoznając zbyt pośpiesznie krwawienie naczyńioruchowe lub krwawiączkowe, moglibyśmy lekkomyślnie pozbawić chorego dobrodziejstwa wczesnego zabiegu chirurgicznego.

Do chwili obecnej obowiązuje w chirurgii zasada, że ilekroć znajdujemy się wobec krwimoczcu nerkowego, którego przyczyna nie jest dostatecznie wyjaśniona, należy bezwarunkowo występować czynnie t. j. nerkę obnażyć, rozciąć ją na dwie połowy i ewentualnie wykonać nefrektomię. Tak też prze-ważnie postąpili autorowie w przytoczonych wyżej przypadkach, będąc przekonani, że nerka krwawiąca jest siedliskiem zmian chorobowych, klinicznie

stwierdzić się nie dających. Że przytem nerka okazywała się zdrową, raczej nie przedstawiała żadnych zbroceń anatomicznych, było to rzeczą, która się z górą przewidzieć nie dawała, gdyż z wyjątkiem SENATOR'a, który w przypadku swoim rozpoznał krwimocz na zasadzie wywiadów, nikt inny nie przypuszczał, aby nerka mogła krwawić, nie będąc jednocześnie siedliskiem zmian anatomicznych. Obecnie, gdy posiadamy niewątpliwe dowody, że nerka niezmienniona może być źródłem krwawienia, pytanie, czy zasada powyższa jest racjonalna, zdaje mi się, jest najzupełniej usprawiedliwione. Pytanie to usiłuje KLEMPERER rozstrzygnąć w ten sposób, że w przypadkach, w których rozpoznajemy krwawienie na tle krwawiączki, należy się wstrzymać od wszelkiego zabiegu chirurgicznego. Co się tyczy krwawień naczynioruchowych, to zdaniem KLEMPERER'a, należy przedewszystkiem uciec się do leczenia wewnętrznego (dyeta przeważnie mleczna, spokój, hidroterapia), oraz do oddziaływania psychicznego (sugestyja); dopiero gdy postępowanie to nie zdola krwawienia wstrzymać, gdy wystąpią objawy groźnej niedokrwistości, powinniśmy przystąpić do obnażenia nerki. Jeżeli przy tem nerka okaże się niezmiennoną, należy ją niezwłocznie ułożyć i czekać skutków tego zabiegu.

Zdaniem mojem, rozwiązanie pytania w duchu powyższym nie wytrzymuje krytyki. Co się przedewszystkiem tyczy krwawień na tle krwawiączki, to o ile krwawienie jest łagodne i życiu chorego nie zagraża, nikomu na myśl nie przyjdzie zabieg krwawy. Pod tym względem najzupełniej zgadzam się z KLEMPERER'em pod warunkiem, że rozpoznanie będzie się opierało na podstawach ścisłych. Jeżeli jednak przebieg krwimoczu krwawiączkowego będzie ciężki, środki wewnętrzne okażą się bezsilne i choremu grozić będzie śmierć z upływu krwi, natenczas, zdaniem mojem, z zabiegiem chirurgicznym ociągać się nie należy. W takich warunkach zabieg operacyjny nie powinien się ograniczyć na prostem obnażeniu nerki, nie wystarczy tu nawet cięcie sekcyjne, musimy dla uratowania chorego narząd krwawiący usunąć. Zupełnie innego rodzaju postępowanie wskazane jest w tych przypadkach, gdzie podejrzewamy zaburzenia naczynioruchowe. Ponieważ krwimocz naczynioruchowy rzadko kiedy będziemy w stanie rozpoznać z należytą ścisłością, przypadki tej kategorii traktować należy tak, jak gdybyśmy mieli do czynienia ze sprawą podejrzaną. Ustanie krwawienia pod wpływem środków wewnętrznych lub nawet przy stosowaniu sugestyi wcale nie stanowi dowodu, że dana sprawa chorobowa nie jest natury złośliwej. Ktokolwiek obznajmiony jest jako tako z patologią gruźlicy i nowotworów nerek niewątpliwie wie, że w przebiegu tych cierpień bardzo obfite nieraz krwawienia ustają dobrowolnie na długi stosunkowo przeciąg czasu, ażeby później z równem lub większem natężeniem na nowo wystąpić. Gdzie tu jest kryterium dla odróżnienia takich krwawień od krwawień pochodzenia naczynioruchowego? Sam KLEMPERER zaznacza wyraźnie, że dla powstawania krwawień ostatniego rodzaju wcale nie jest konieczny podkład nerwowy. Przypuśćmy jednak na chwilę, że taki pokład istnieje; czy dowodzi on niezbicie, że krwawienie na tem tle się rozwinęło? Zresztą czy znajdziemy chorego, dotkniętego krwawieniem z dróg moczowych, u którego nie dałoby się odszukać pewnych objawów zdenerwowania? Byłoby bardzo nierozsądnie, gdybyśmy, kierując się tymi objawami, zechcieli w każdym przypadku ciemnym krwimoczu nerkowego upatrywać przyczynę krwawienia w zbroczeniach ze strony układu nerwowego i poprzestawać na leczeniu wewnętrznym.

Wychodząc z tych zasad, sądzę, że obecny stan wiadomości naszych o krwimoczku nerkowym pochodzenia naczynioruchowego wcale nas nie upoważnia do wyczekującego zachowania się w przypadkach, w których przypuszczamy podobne pochodzenie krwawienia. Musimy się w rozpoznaniu upewnić drogą zabiegu chirurgicznego, który powinien polegać nietylko na obnażeniu i wymacaniu nerki, lecz na dokładnem obejrzeniu miąższu po dokonaniu cięcia sekcyjnego. Proste obnażenie nerki nie daje dostatecznej ręką dokładnego zbadania, wymacywanie bowiem nerki bez uprzedniego rozcięcia nie chroni od przeoczenia nieznacznych zmian gruczołowych lub nowotworowych; przy takim postępowaniu może nawet ująć uwagi naszej niewielkich rozmiarów kamień, jak tego dowodzą przypadki w literaturze opisane. Jeżeli po rozcięciu nerki na dwie połowy okaże się, że nie przedstawia ona żadnych zmian anatomicznych, należy od dalszego zabiegu odstąpić i nerkę po zeszczeniu napowrót ułożyć. Gdyby postępowanie to do celu nie doprowadziło, należałoby wykonać nefrektomię wtórną. Do doraźnego wszakże wycięcia nerki niema w takich razach żadnych wskazań. Widzieliśmy bowiem, iż z wyjątkiem przypadku DURHAM'a, w którym nefrektomia wtórna okazała się niezbędną, we wszystkich innych przypadkach nastąpiło wyleczenie bez tak radykalnego zabiegu.

Leczenie chirurgiczne wszystkich przypadków ciemnych krwimoczku nerkowego bezwątpienia chronić nas będzie od niemiłego rozczarowania, na jakie możemy być narażeni przy postępowaniu wyczekującym. A jeżeli nawet, co zresztą zdarzyć się może bardzo rzadko, operacja wykaże, że nerka żadnych zmian nie przedstawia, to już samo stwierdzenie tego faktu będzie dla chorego dostateczną nagrodą za niepotrzebnie zastosowany zabieg krwawy. Przy obecnym stanie chirurgii zabieg taki nie powinien pociągnąć za sobą żadnej szkody dla chorego. Za to w znakomitej większości przypadków wczesny zabieg chirurgiczny zapobiegnie dalszemu rozwojowi choroby i wynikającym stąd nieszczęśliwym następstwom.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

87. TUFFIER i MARCHAIS. **O zwężeniach odźwiernika pochodzenia wątrobowego.**
Etyologia. Wszystkie prawie dotychczas znane przypadki są pochodzenia zakaźnego, na tle kamicy powstałe. Kobiety zapadają znacznie częściej, w wieku od 45—65 lat. Samą sprawę zapalną pęcherzyka pominiemy, ma ona bowiem swój zwykły przebieg: kamienie, zakażenie wstępujące, *cholecystitis*, *pericholecystitis*, zrosty zwykłe lub też tworzenie się przetok i blizn. Trudno jest określić czas niezbędny do wystąpienia zwężenia, z jednej strony bowiem mamy przypadki, w których zaburzenia żołądkowe występowały w kilka tygodni lub miesięcy po pierwszych bólach wątrobowych, z drugiej zaś przypadki, w których pierwsze objawy ze strony wątroby wystąpiły na 6, 15, 21 lat nawet przed wymiotami. Krwawe wymioty dowodzą istnienia przetoki żołądkowej, lecz wtedy ubiegł już pewien czas, kiedy wytworzyły się zrosty i istnieje zwężenie. Wiadomości nasze o zwykłych sprawach bliznowych pozwalają nam przypuszczać i tu sprawę powolną.

Anatomia patologiczna. Zwężenie umiejscawia się z jednakową częstością ze strony dwunastnicy i żołądka, nie mamy jednak potrzeby trzymania się

podziału anatomicznego, ponieważ umiejscowienie nie. wpływa na przebieg kliniczny.

W ropniu wątroby wątroba, pęcherzyk żółciowy, dwunastnica i trzustka tworzą jedną masę. Mamy tu zmiany zwykle dla zbiorowych spraw ropnych: obronę narządów sąsiednich przez zrosty i następne stwardnienie bliznowate.

Przy zwężeniach pochodzenia żółciowego ucisk bywa wywierany w sposób rozmaity. W jednym przypadku pęcherzyk, napełniony kamieniami, mechanicznie uciskał odźwiernik. Kamień zatrzymany w przewodzie żółciowym wspólnym może zmniejszyć a nawet zamknąć światło dwunastnicy, powodując nawet śmierć. Dalej, przyczyną zwężeń bywają zrosty pomiędzy żołądkiem i dwunastnicą.

Najliczniejszą i najtrudniejszą do przedstawienia grupę stanowią przypadki, w których jednocześnie wchodzi w grę kamienie, zrosty, przetoki, a czasami i sprawa ropna. W rozmaitych przypadkach rozmaite z tych czynników grają rolę główną, jak np. w przytoczonym przez autora przypadku SOKOŁOWSKIEGO kamień wielkości jaja gołębiego w przewodzie pęcherzykowym i przetoki pęcherzykowo-żołądkowej lub w analogicznym przypadku GRUNDZACHA. Nie pozbawionym znaczenia też jest skurcz odźwiernika. Często względnie występują przetoki pęcherzyka żółciowego, rzadziej przewodu żółciowego wspólnego.

Dla chirurga ważny jest obraz, jaki się nam przedstawia po otwarciu jamy brzusznej. Przedewszystkiem widzimy znacznie powiększony żołądek, sięgający czasami do więzu POUPART'a. Niżej, a raczej za żołądkiem spotykamy albo pęcherzyk mały, ściągnięty i znaczne zrosty, przytwierdzające i ściągające odźwiernik, albo też jedną masę, powstałą z połączenia odźwiernika, dwunastnicy, pęcherzyka i trzustki; w masie tej czasami można rozróżnić pojedyncze narządy lub kamienie. Autor odradza rozrywanie zrostów pod grozą poważnych uszkodzeń narządów.

O b j a y. W ropniu wątroby, jako przyczynie cierpienia, występują ciągle niepowstrzymane wymioty, mogące nawet powodować śmierć.

W zwężeniach pochodzenia żółciowego, poprzedzanych zwykle przez długotrwały okres przygotowawczy, możemy nie spostrzegać żadnych objawów ze strony żołądka, częściej jednak występują objawy retencji żołądkowej, występujące bądź nagle i bez widocznej przyczyny, bądź też po zabiegu chirurgicznym (rzadko), bądź też wreszcie po tygodniach i miesiącach zaburzeń żołądkowych zwężenie występuje z objawami klasycznymi.

Chory uskarża się na bóle w dołku, na ciężkość, zwłaszcza po jedzeniu, na uporczywe zaparcie. Zjawiają się obfite wymioty, brzuch jest wzdęty. Przy opukiwaniu mamy głośny szmer pluskania, dolna granica żołądka jest bardzo opuszczona, wyczuwamy, jak kurczy się żołądek pod ręką, wykonywa ruchy robaczkowe i t. p. Spotykamy jednak przypadki, różniące się od tej modły. Tak czasami wymiotów niema wcale, czasami są one stale żółte, co w niektórych przypadkach znamionuje istnienie przetoki; czasami (jak np. w przypadku GRUNDZACHA przytoczonym przez autora) chorzy zwracają kamienie żółte pod koniec choroby, (wymioty lub przepłókiwanie żołądka usuwają zeń kamienie nagromadzone), czasami wreszcie bywają wymioty krwawe.

Ostatnim godnym uwagi objawem jest obecność w prawym podżebrzu guzowatości, wielkości mniej więcej jaja kurzego, twardej, bolesnej przy ucisku, wystającej z pod brzoju wątroby.

Rokowanie w tem cierpieniu jest dość poważne. Rozpoznajemy to cierpienie po wyłączeniu raka odźwiernika na zasadzie objawów przytoczonych.

Leczenie. W ropniu wątroby niezbędna jest laparotomia. W zamknięciu światła pochodzenia żółciowego skuteczne są w niektórych przypadkach przemywania żołądka. O ile jednak nie przynoszą one szybkiej poprawy, musimy uciec się do zabiegu chirurgicznego. Na 19 przypadków operowanych 7 zakończyło się śmiercią, t. j. 63% pomyślnie.

(*Revue de Chirurgie* N. 2. 1897).

Wacław Sterling.

88. MIKULICZ. **O próbach udoskonalenia aseptycznego leczenia ran.** (*Deutsche Medic. Wochenschrift* 1897. N. 26).

PERTHES. **O rękawiczkach przy operacjach.** (*Central. f. Chirur.* 1897. N. 26).

Od czasu wprowadzenia aseptyki w miejsce antyseptyki wcale nie otrzymujemy lepszych wyników leczenia ran. Tak samo widzimy szereg ran pooperacyjnych gojących się bez najmniejszego odczynu zapalnego i bez wszelkiego ropienia, następnie zaś spostrzegamy rany uległe zakażeniu przy operacji pomimo ściśle przeprowadzonej aseptyki. Zakażenie to w różnym bywa stopniu, od pojawienia się kilku kropel ropy w kanałach po ukłóciu igłą przy zeszywaniu ran do ropienia w głębi rany, prowadzącego wprawdzie rzadko do zakażenia ogólnego i do zejścia śmiertelnego. W ostatnich czasach zdarzyły się dwa przypadki śmierci z powodu ogólnego zakażenia w klinice MIKULICZA, jeden po doszczętnej operacji przepukliny pachwinowej, a drugi po nastawieniu wywichniętego biodra drogą krwawą. Operacja w obu przypadkach była naturalnie wykonywana metodą ściśle aseptyczną.

Na 25 zjeździe chirurgów KOENIG przedstawił szereg przypadków wrodzonego wywichnięcia biodra, operowanych w klinice BERGMANN'a, w których po większej części rany goiły się przez ropienie, jeden zaś z tych przypadków zakończył się śmiercią z powodu zakażenia ogólnego. Także HOFFA i LORENZ doświadczali podobnych powikłań, tak iż w końcu zaniechali w zupełności zaszywania ran.

Nad przyczyną podobnych wyników nieszczęśliwych nieraz chirurgowie zastanawiali się. Niektórzy całą winę przypisywali niedostatecznie wyjałowionemu katgutowi, który wywołać może ropienie. Zdaniem MIKULICZA, katgut po większej części bywa dostatecznie wyjałowiony przed operacją, podczas zaś użycia zakaża się od rąk operatora lub asystentów i wtedy dopiero wywołuje ropienie. Główniejszą więc tu rolę odgrywa odkażanie rąk i od niego głównie pomyślny wynik leczenia ran zależy.

Wszystkie prace przedsięwzięte w celu uzyskania środka odkażania rąk wykazały, że z trudnością jesteśmy w stanie odkazić ręce tak, aby w zupełności okazały się jałowemi. W kanałach wyprowadzających gruczołów skórnych, w zagłębieniach naskórka pod paznogciami zawsze znajdować się będą drobnoustroje, które podczas operacji ranę zakazić mogą. Zapomocą alkoholu i sublimatu jesteśmy wprawdzie w stanie doskonale odkazić ręce lecz tylko powierzchownie, zupełnie jałowemi nie będą one nigdy lub przynajmniej w wyjątkowych tylko razach. Okoliczności te skłoniły MIKULICZA do używania przy aseptycznych operacjach rękawiczek wyjałowionych. Od tego czasu świetne miał wyniki; najmniejszego zakażenia ran nie spostrzegał pomimo zupełnego ich spojenia; ropienie w kanałach od ukłócia igłą, zdarzające się poprzednio bardzo często, znikło zupełnie, wydzielina z ran, do których wprowadzono sączki, okazała się zupełnie jałową. MIKULICZ używa cienkich rękawiczek nicianych najtańszego gatunku; dają się one wyjaławiać w tenże sposób, co i materiały opatrunkowe; po użyciu dają się łatwo wyprać i służyć mogą do użytku kilkanaście razy. Naturalnie ręce muszą podlegać gruntownemu odkażeniu przed wkładaniem rękawiczek. Dla małych krótkotrwałych operacji jedna para rękawiczek wystarcza, jeżeli operacja się przedłuży i rękawiczki

mocno krwią nasiąkają, należy je raz lub dwa razy podczas operacji zmieniać. Samo przez się rozumie się, że cały personel, przyjmujący bezpośrednio czynny udział przy operacji, również nosi rękawiczki i również je zmienia w miarę potrzeby. Zdawałoby się, że wszelki rękoczyn, chwytnie tkanek, szycie przez noszenie rękawiczek utrudnia się bardzo. Tak jednak nie jest. Po kilku dniach łatwo można się do tego przyzwyczaić. Daleko łatwiej można uchwycić śliskie narzędzia i utrzymać je w rękawiczkach aniżeli gołą ręką. W każdym razie operacje nie trwają dłużej niż poprzednio.

Oprócz rąk grozi jeszcze ranie niebezpieczeństwo zakażenia ze strony ust i nosa operującego; ze wzmiankowanych mianowicie otworów drobnoustroje chorobotwórcze mogą przedostać się na ranę podczas rozmowy, kaszlu, kichania. Na tę okoliczność zwrócił uwagę FLUEGGE i doświadczalnie dowiódł, że już przy spokojnej rozmowie drobnoustroje z jamy ustnej wraz z małymi pęcherzykami płynu upaść mogą na przedmioty dość daleko się znajdujące.

Od tej ewentualności zabezpieczyć się można, jeżeli podczas operacji nosić będziemy zasłonę tiulową pokrywającą usta i otwory nosowe. W ten sposób postępuje MIKULICZ od dawnego już czasu przy każdej operacji aseptycznej.

PERTHES, z tego samego punktu widzenia wychodząc co i MIKULICZ, co do nie możliwości doprowadzenia rąk do zupełnej jałowości, stara się, o ile możliwości, operować narzędziem wyjałowionem, a ręką wcale nie dotykać. W klinice TRENDELENBURG'a wszystkie szwy kostne np. przy złamaniach rzepki nakładają się w ten sposób, że żadna ręka operująca lub asystująca rany się nie dotyka. Przy operacjach aseptycznych P. używa rękawiczek z bardzo cienkiego jedwabiu wyjałowionych w parze; do trzymania narzędzi, do przewiązywania naczyń wcale one nie przeszkadzają, a czucie tylko bardzo mało jest przytępione. Nakładać je należy po ściśnięciu poprzednio odkażeniu rąk.

L. Krause.

89. W. KAUSCH. **Żółtaczką przebiegająca z zapaleniem nerwów.** Autor przytacza dwa przypadki ostrej żółtaczki z podniesieniem ciepłoty ciała i zapaleniem nerwów. Pierwszy z nich dotyczył silnego 29-letniego mężczyzny, u którego w wywiadach oprócz umiarkowanego używania napojów wysokich nic szczególnego nie zostało stwierdzone. W lecie roku 1895 zachorował on nagle, przyczem wystąpiły dreszcze, gorączka, silny ból głowy i kończyn, szczególnie dolnych, brak łaknienia, wymioty, zaparcie stolca. Po 5-iu dniach zjawiła się żółtaczką, powiększenie wątroby (na 3 palce niżej łuku żebrowego można było wyczuć ostry jej brzeg) wraz z umiarkowaną bolesnością przy ucisku, białkomocz; śledziona nie powiększona, osłabienie nóg, wzmożona wrażliwość mięśni kończyn dolnych na ucisk, osłabienie pobudliwości elektrycznej dla obu prądów, brak odruchów kolanowych, mięśnie prawidłowo napięte, nie obrzmiały. Po kilku dniach wystąpiła zwiększona wrażliwość pni nerwowych na ucisk, zresztą wszystko prawidłowe. W dalszym ciągu objawy chorobowe słabły i po 11 dniach bezgorączkowych wystąpił nawrót, trwający 6 dni, z powtórkiem powiększeniem i bolesnością wątroby i nieznaczem zwiększeniem żółtaczki. Stopniowo chory się poprawiał i wreszcie zupełnie powrócił do poprzedniego stanu zdrowia.

W drugim przypadku osobnik silnie nadużywający napojów wysokich zachorował nagle przy objawach następujących: ogólne osłabienie, dreszcze, gorączka, bóle kończyn i głowy, brak łaknienia. Na 3 dzień wystąpiła silna żółtaczką, umiarkowane powiększenie wątroby i wzmożona wrażliwość jej na ucisk; granice śledziony nie powiększone, ślady białka i barwników żółciowych w moczu. W kończynach dolnych wszelkie ruchy czynne zniesione (przy biernych silne bóle), gór-

ne kończyny osłabione, mięśnie kończyn dolnych bardzo wrażliwe na ucisk, nerwy w mniejszym stopniu; pobudliwość elektryczna niezmieniona; brak odruchów kolanowych, odruchów podeszwy, ścięgna ACHILLESA, *m. cremasteris* i *epigastrii*; odruchy na górnych kończynach prawidłowe. Bez nawrotów chory bardzo powoli wrócił do stanu prawidłowego, przyczem bolesność nerwów przy ucisku trwała dłużej, niż bolesność mięśni — podobnie jak w przypadku pierwszym.

W tym ostatnim przypadku dla typowego obrazu choroby WEIL'a brak tylko powiększenia śledziony, objaw ten jednak przy wspomnianem cierpieniu, podług WERTHER'a, bywa tylko u 75%, a zbiór innych objawów patognomonicznych wyraźnie przemawia za takim a nie innym rozpoznaniem danej choroby.

W drugim wyżej przytoczonym przypadku niektóre objawy niezupełnie odpowiadają klinicznemu obrazowi choroby WEIL'a: krzywa ciepłoty nieprawidłowa, zamiast typowego dla choroby WEIL'a stopniowego opadania ciepłoty nagły spadek, dalej nieznaczne powiększenie wątroby ze słabo wzmożoną wrażliwością jej na ucisk, niewyraźne objawy ze strony nerek (raz tylko ślady białka w moczu). Co się tyczy układu nerwowego, to w drugim wyżej przytoczonym przypadku mamy te same prawie objawy, co i u pierwszego chorego, tylko w większym stopniu, z zajęciem kończyn górnych i cztery dni trwającym porażeniem nóg; bolesność nerwów przy ucisku trwała dłużej, niż bolesność mięśni; zanik mięśni na ramieniu i biodrze z prędkim powrotem do stanu prawidłowego; oddziaływanie elektryczne prawidłowe; odruchy kolanowe i odruchy *epigastrii* zniesione w ciągu 10 dni.

W dalszym ciągu autor rozważa, od czego były zależne objawy ze strony układu nerwowego w omówionych przypadkach: od porażenia mięśni, nerwów obwodowych, czy też przednich rogów mlecza lub może od kombinacji wszystkich tych stanów chorobowych. Objawy ze strony mięśni zostały już dawno zauważone przez autorów przy chorobie WEIL'a (LANDOUZY, WEIL, FIEDLER), anatomiczna jednak podstawa tych bólów nie została wykryta przy badaniu zwłok, albowiem znalezione w mięśniach zmętnienie i ziarnistość włókien (WASILIEW), a w niektórych przypadkach zwyrodnienie tłuszczowe komórek mięśnia sercowego (NEELSEN) napotykałyśmy również w innych chorobach gorączkowych. FIEDLER w swojej pierwszej pracy o chorobie WEIL'a twierdzi, że objawy mięśniowe zależne są od sprawy zapalnej w mięśniach, brak jednak innych objawów *polymyositis acutae* (obrzemienia i nacieczenia mięśni, zmian na skórze) zmusza autora do odrzucenia mięśniowego pochodzenia bólów w opisanych przypadkach.

Dla określenia właściwego charakteru tych bólów posiłkuje się autor następującymi danymi: 1) w obu przypadkach zwiększona wrażliwość pni nerwowych na ucisk pozostała po ustąpieniu bolesności mięśni; 2) brak odruchów w kończynach dolnych; objaw ten można byłoby tłumaczyć stanem zapalnym mięśni (HEPP, PRINZING) co jednak w naszych przypadkach zostało wyłączone; 3) obniżenie pobudliwości elektrycznej w pierwszym przypadku; brak tego objawu w drugim przypadku mógł zależeć od tego, że porażenie kończyn dolnych trwało zbyt krótko. Na zasadzie tych danych autor sądzi, że mamy do czynienia z zapaleniem nerwów; brak zaburzeń czuciowych przy *neuritis* jest możliwy w postaciach łagodnych. Co się tyczy bolesności mięśni, to przy *neuritis* jest to objaw zwykły (EISENLOHR, MINKOWSKI). *Polymyelitis* wyłącza autor łatwo na zasadzie nieznacznosci porażenia.

Stąd wynika, że w opisanych dwóch przy padkach mamy ciężką gorączkową postać żółtaczki pochodzenia zakaźnego lub toksycznego; zakażenie dotknęło tu nie tylko wątrobę, nerki i mięśnie, lecz także i nerwy, a stąd powikłanie pod postacią *polyneuritis*. Oba opisane przypadki należy odnieść do rzędu chorób, ochrzczonych mianem *morbus Weilli*.

U chorych powyższych, nadużywających napojów wysokokowych, układ nerwowy, jak przypuszcza autor, przedstawiał *locum minoris resistentiae* względem związków szkodliwie działających przy *morbus Weilli*. Objaśnić nerwowe objawy zatruciem ustroju składnikami żółci niepodobna, gdyż nie spotykamy podobnych objawów nawet w ciężko przebiegających żółtaczkach.

Przypadki powyższe dowodzą, że we wszystkich postaciach choroby WEIL'a należy zwracać baczną uwagę na stan układu nerwowego.

(*Zeitschrift für klin. Med.* XXXIII tom, zeszyt III i IV). Ant. J. Goldman.

90. H. LASER. O gruźliczem zapaleniu gruczołów chłonnych szyjowych u dzieci. VOLLAND przypuszcza, że zarażanie się gruźlicą zapomocą wdechania powietrza zakażonego znacznie rzadziej ma miejsce, niż to powszechnie sądzą, natomiast o wiele częściej, niemal wyłącznie, zakażenie następuje w ten sposób, że od lat najmłodszych istnieje zapalenie gruźlicze gruczołów chłonnych szyi, skąd laseczniki KOCH'a przenikają do wierzchołków płucnych. Zarazek dostaje się z podłogi, z którą dzieci stale stykają się i przenika przez błonę śluzową ust i nosa do gruczołów chłonnych. Dla tego też w celach zapobiegawczych należy usuwać wydzielinę z ust i nosa u dzieci i zapobiegać tworzeniu się owrzodzeń na błonie śluzowej ust i nosa, przestrzegając, aby dziecię rączkami nie dotykało ziemi. Przy stawianiu pierwszych kroków pilnować należy, by dziecko nie łąziło po podłodze, a było prowadzone.

Badając 2506 osób w wieku 7—24 lat, VOLLAND znalazł powiększone gruczoły chłonne szyi najczęściej między 7 a 9 rokiem (96.6%). W starszym wieku procent ten ulega zmniejszeniu.

VOLLAND dochodzi do następujących wniosków: a) żółzowate powiększenie gruczołów chłonnych szyjowych jest u dzieci zjawiskiem nadzwyczaj częstym. b) zarażenie się żółzami przypada na czas przedszkolny; c) nie wszystkie żółzowate powiększone gruczoły chłonne szyi są wynikiem zakażenia gruźliczego. W przeważnej większości przypadków powstają one wskutek zapaleń gardzieli, nieżytów, błonicy, wysypek i t. p., z biegiem zaś czasu znikają. Trwałe powiększenie gruczołów chłonnych szyi wzbudza podejrzenie pochodzenia gruźliczego. Na potwierdzenie poglądu powyższego przytacza autor, że na 108 przypadków gruźlicy w 93% spotrzągał mniej więcej twarde gruczoły chłonne na przestrzeni od szczęki dolnej do jamy nadobojczykowej.

L. przedsięwziął samodzielnie szereg badań młodzieży w wieku szkolnym i doszedł do następujących wyników: 1) dziewczęta częściej od chłopców zapadają na odrę, płonicę, błonicę, zapalenie migdałów i żółzy; natomiast chłopcy mają częściej obrzmiałe gruczoły chłonne szyjowe; 2) z wiekiem ilość dzieci z powiększonymi gruczołami chłonnymi bynajmniej nie zmniejsza się; 3) zależności pomiędzy częstością obrzmiałych gruczołów chłonnych szyi a częstością pojawiania się gruźlicy stwierdzić nie można; 4) w przeważnej większości przypadków należy obrzmienie gruczołów chłonnych szyi po wiązać z innym czynnikiem przyczynowym, nie z gruźlicą; 5) można z niejaką pewnością twierdzić, że często gruźlica nie przechodzi z pokolenia na pokolenie, a zjawia się raczej wskutek zakażenia; 6) należy przeto wystrzegać się, by dziecko nie wdechało rozpylonej wydzieliny chorych na gruźlicę, ani też nie zanieczyszczało rączek o podłogę lub ziemię. (*Deut. Med. Woch.* 1896. N. 31).

M. Kraushar.

91. BLUMREICH i JACOBY. **Wpływ wyluszczenia śledziony na przebieg chorób zakaźnych.** Autorzy wyluszczaali śledzionę świnkom morskim (operacja przy pełnej wprawie dawała zupełnie dobre wyniki) i następnie zarażali toksynami lub też czystymi hodowlami laseczników błonicy, węgliką, cholery i ropy niebieskiej zarówno zwierzęta operowane jak i służące do kontroli.

Przy użyciu hodowli błonicy oraz bardzo jadowitych toksyn zwierzęta zarażone toksynami umierały po jednakowym przeciągu czasu, z zarażonych zaś czystą hodowlą nieoperowane ginęły po 34½ godzinach, pozbawione zaś śledziony po 47 godzinach.

Doświadczenia z węglikiem nie dały takiego wyniku; z 14-u operowanych i 12 prawidłowych świnek zmarło 25 w różnym czasie, jedna operowana pozostała przy życiu. Podobne wyniki otrzymali poprzednio KURŁOW i MELNIKOW-RAZWEDENKOW, BARDACH zaś w doświadczeniach swoich w instytucie PASTEUR'a zaznaczył większą odsetkę śmiertelności wśród zwierząt operowanych.

Toksynę lasecznika ropy niebieskiej znosiły jednakowo zwierzęta prawidłowe i pozbawione śledziony, przy zarażaniu zaś hodowlami tegoż lasecznika lub cholerą bardziej odporne okazały się zwierzęta operowane; z piętnastu operowanych zarażonych lasecznikiem ropy niebieskiej zmarło dwoje (jedno wypadkowo), reszta zaś wyzdrowiała, z osiemnastu operowanych zarażonych cholerą zmarło czworo; gdy z 15 prawidłowych zwierząt zmarło 13, a dwoje ciężko chorowało.

Z doświadczeń tych wynika, że zwierzęta pozbawione śledziony wykazują większą odporność przeciw bakterjom, nie zaś toksynom. Taką odporność można otrzymać, przewiązując jedynie naczynia śledziony, t.j. wyłączając ją z krwioobiegu.

Aby przekonać się o własności bakteryobójczej krwi zwierząt operowanych, autorzy zastrzykiwali zwierzętom mieszaninę krwi odwłóknionej (zwierząt prawidłowych lub operowanych) z hodowlami bakterji; doświadczenia te wykazały większą własność bakteryobójczą krwi zwierząt pozbawionych śledziony.

Skład krwi morfologiczny po operacji wykazuje znaczne zwiększenie w niej ilości ciałek białych; w pojedynczych przypadkach ilość ta była trzy razy zwiększona. Nadmierny rozwój ciałek białych po wyluszczeniu śledziony stwierdzali i inni badacze, SCHULZ jednak upatrywał powód tego w podrażnieniu samą operacją. Mylność zapatrywania SCHULZ'a wykazali autorzy całym szeregiem doświadczeń: leukocytoza występuje jedynie po wyluszczeniu śledziony i dzięki jej zwiększa się bakteryobójcza siła krwi, jak to stwierdzili LOEY, RICHTER, JACOB i HAHN. Leukocytoza ta występuje już w 3—4 godziny po operacji, znika zaś nie prędko, znajdowali ją bowiem autorzy jeszcze w 2½ miesiąca po dokonaniu operacji.

Dlaczego leukocytoza nie chroni zwierząt przy zakażeniu węglikiem, można objaśnić jedynie przypuszczeniem: być może, że siła ochronna ciałek białych jest zbyt słaba w porównaniu z tą zarazą, być może również, że laseczniki węgliką zbyt prędko się rozmnażają w ustroju.

Czy jednak przy usunięciu śledziony z ustroju nie działają prócz nadmiernego rozwoju ciałek białych i inne czynniki bądź chemicznej bądź morfologicznej natury, należy wyjaśnić w dalszych doświadczeniach. Należy również stwierdzić klinicznie, czy obrzęk śledziony ma prawidłowy, ściśle określony związek z leukocytozą oraz czy ma on jakie znaczenie dla rokowania.

(*Berliner Klin. Woch.* 1897. N. 21). Maksymilian Bernstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 kwietnia r. b.

TREŚĆ. 1) KRAJEWSKI — a) Przedstawienie preparatu macicy z licznymi włókniami usuniętej przez pochwe; b) przedstawienie chorego po dokonaniu wycięcia drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego. 2) NEUGEBAUER — Przedstawienie preparatu ciąży pozamacicznej. 3) SZUMLAŃSKI — Złóg wapienny w uchu zewnętrznym, jako powikłanie przewlekłego zapalenia ropnego ucha średniego. 4) SĘDZIAK — O wynikach leczenia operacyjnego wyrostki adenoidalnych.

1) Kol. KRAJEWSKI przedstawił: a) macicę z 14 włókniami usuniętą przez pochwę zapomocą metody, wyrobionej przez PEAN'a, DOYEN'a i SÉGON'a, a zasadzającej się na otwarciu sklepień, rozcięciu pośrodkowem macicy i stopniowem wyluszczeniu włókników przy pomocy przyrządu SÉGON'a, przypominającego korkociąg. W opisywanym przypadku macica sięgała do pępka i wypełniała całą jamę małej miednicy. Mówca uważa ten sposób operowania za bezpieczniejszy i dający lepsze rokowanie, niż operowanie przez ścianę brzuszną.

b) Następnie kol. KRAJEWSKI przedstawił chorego, któremu już przed 14-tu laty wyciął część nerwu podoczołowego na policzku z powodu uporczywego nerwobólu, a obecnie z powodu nawrotu choroby dokonał wycięcia drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego tuż przy wyjściu jej z dziury okrągłej. Operował podług metody SÉGON'a, mającej — jego zdaniem — wyższość nad sposobem KROENLEIN'a z powodu łatwiejszej techniki: cięcie wzdłuż górnego brzegu łuku licowego i przez kość licową ku przedniemu brzegowi mięśnia żwacza, przecięcie *fusciae temporalis*, przepiłowanie i odłamanie łuku licowego, odsunięcie mięśnia skroniowego ku tyłowi zapomocą haka tępego i wycięcie nerwu *in fossa spheno-maxillari*.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił preparat ciąży zewnątrzmacicznej. Trzydziestoletnia, zamężna od lat 7-iu kobieta, która rodziła przed 5-iu laty, zaszła ponownie w ciążę przed 4-ma miesiącami. Przed miesiącem po dźwignięciu znacznego ciężaru, wystąpiły objawy zapaści i zapalenia otrzewny; stan ten pod wpływem leczenia poprawił się, pozostał jednak stały ból w prawym podbrzuszu. Badanie wykazało guz w prawej połowie miednicy, sięgający do pępka, macicę próżną, zwróconą na prawo i ku tyłowi. Wobec istnienia wszelkich objawów ciąży, wobec bólów i objawów zapalnych kol. NEUGEBAUER rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną i obawiając się pęknięcia guza, przystąpił do operacji. Okazało się, że ciąża istniała w tej części prawego jajowodu, która przebiega przez ścianę macicy (*graviditas tubaria interstitialis*). Mówca dokonał wycięcia macicy wraz z guzem, poczem szyję jej wszył w dolny koniec rany brzusznej; chora dotychczas ma się dobrze. Z guza noszącego na sobie ślady urazu, jakiemu chora uległa (wybroczyny, zrosty), po przecięciu wylewa się około sześćdziesięciu gramów wody płodowej; w jego wnętrzu znajduje się płód, mający mniej więcej półczwarta miesiąca, łożysko zamyka otwór maciczny jajowodu; zewnętrzna, nieciążarna część jajowodu ma długości około 10 cm; wewnętrzna *ad maximum* rozciągnięta i ścięta, bierze udział w utworzeniu ścian worka płodowego; największy obwód guza wynosi 28 cm., najmniejszy 17 cm. Kol. NEUGEBAUER zwraca uwagę na trudności przy odróżnianiu takiej ciąży, jaka w obecnym przypadku miała miejsce, od ciąży w jednym rogu *uteri bicornis*.

3) Kol. SZUMLAŃSKI wygłosił rzecz p. t. „Złóg wapienny w uchu zewnętrznym jako powikłanie przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego”. Dwudziestotrzyletnia kobieta, cierpiąca od dzieciństwa

stwa na wypływ ropny z ucha, od roku zauważyła istnienie w uchu jakiegoś ciała twardego, którego poruszanie sprawiało jej ból; oprócz czystej waty nigdy nic do ucha nie wkładała. Przy badaniu znaleziono: z przewodu słuchowego zewnętrznego wystaje twarde jak kamień ciało obce, otoczone ropą. Po usunięciu go zapomocą szczypeków, co dało się dokonać z łatwością, okazało się, iż jest to ciało stożkowate, mające $1\frac{1}{2}$ cm. długości, o podstawie szerokiej na 1 cm., skierowanej nazewnątrz, twardej, brunatno-żółtej i wierzchołku obróconym ku wewnątrz, jaśniejszym i miększym. Znaczne zniszczenie błony bębenkowej; jama bębenkowa przekrwiona i wysłana ziarniną. Po kilkotygodniowym trzymaniu preparatu w eterze okazało się, iż część jego wewnętrzna składa się ze skróconej waty, złączonej mocno z częścią zewnętrzną, która rozkruszyła się w palcach z łatwością. Powstanie tego ciała obcego kol. SZUMLAŃSKI objaśnia tem, iż na zewnętrznej powierzchni włożonego w ucho wacika stopniowo odkładały się sole wapienne z wydzieliny ropnej pod wpływem powietrza, sprzyjającego szybszemu jej wysychaniu. Analogiczne spostrzeżenia ogłoszone zostały przez BARTH'a, BEZOLD'a i SECCHI'ego.

4) Kol. SĘDZIAK wypowiedział odczyt p. t. „O wynikach leczenia operacyjnego wyrosła adenoidalnych“. Prelegent spostrzegał w ciągu 7-iu lat u 8000 chorych wyrosła adenoidalne 718 razy t. j. około 9⁰/₁₀; na podstawie 336 operowanych przez siebie przypadków wyprowadza on wnioski co do wyników leczenia operacyjnego tego cierpienia. Przedewszystkiem ustępuje niedrożność nosa i zależne od niej objawy (chrapanie, usta otwarte i t. d.), poprawia się stan ogólny, czemu w wielu razach pomaga leczenie następce żołązków, jako stanu, warunkującego powstawanie wyrosła adenoidalnych; ustępują po większej części zaburzenia intelektualne (t. zw. *aproxia nasalis*, apatya, brak pamięci, nawet idyotyzm), które prelegent spostrzegał w 34% swoich przypadków i które, zdaniem jego, jako „niezdolność“ uczącej się młodzieży stoją w ścisłym związku z obecnością wyrosła adenoidalnych; zaburzenia słuchowe, notowane przez prelegenta w połowie przeszło przypadków, w wielu bardzo razach ustępują po operacji albo bezpośrednio (zatkanie wyrosłami otworów gardzielowych trąbek EUSTACHIUSZ'a, albo po leczeniu następce; stąd i na głuchoniemotę, w której w 60% (FRANKENBERGER) można stwierdzić obecność wyrosła adenoidalnych, operacyjne ich leczenie wpływ dodatni niewątpliwie wywrzeć może; takież sam wpływ daje się spostrzegać i na towarzyszące często wyrosłom zmiany miejscowe w jamach nosowych i gardzieli (przerost muszel, przerost migdałków podniebiennych i językowego, ziarnina gardzieli); dodatni wynik leczenia operacyjnego wyrosła adenoidalnych zaznacza się także i na towarzyszących im niekiedy nerwicach zwrotnych (dusznicza, kaszel nerwowy, *enuresis nocturna* i t. p.), a także zaburzeniach mowy (mowa nosowa, t. zw. *totte Sprache* MEYER'a, jąkanie). Prelegent wypowiada wreszcie wniosek, że jeśli tylko spotykamy wyrosła adenoidalne czy to w przypadku głuchoniemoty, czy uporczywego ropienia usznego, zaburzeń mowy i t. p., należy je przedewszystkiem usuwać.

W rozprawach nad poruszonym przez prelegenta przedmiotem zabiera głos najprzód kol. HEIMAN, nie zgadzając się na podkreślany przez niego związek przyczynowy między wyrosłami adenoidalnymi i ropieniami usznymi; te ostatnie zależą od przestrzykiwań nosa przez samych chorych, przy czym płyn może się łatwo dostać do jamy bębenkowej. Nie zgadza się także na związek omawianego cierpienia z głuchoniemotą; z liczby 306 spostrzeganych przez siebie głuchoniemych popisowych wyrosła adenoidalne znalazł tylko u jednego; jeśli głuchoniemota jest pocho-

dzenia ośrodkowego, to usunięcie wyrosła nie może — rzecz prosta — wyrzucić na nią wpływu dodatniego.

Kol. Jul. KRAMSZTYK nie zawsze widywał podobnie pomyślnie, jak to utrzymuje prelegent, wyniki operacyjnego leczenia wyrosła adenoidalnych; tyczy się to np. trzymania ust otwartymi, chrapania, poprawy stanu ogólnego, co zależy, być może, od często zdarzających się nawrotów choroby. Również nie uznaje wpływu wyrosła adenoidalnych na rozwój umysłowy dzieci w tym stopniu, jak to utrzymuje prelegent, a tembardziej wydatnej poprawy pod tym względem po operacji. W dwóch natomiast przypadkach kol. KRAMSZTYK widział wybitny wpływ dodatni usunięcia wyrosła na często przedtem powtarzające się zapalenie mieszkowate migdałów, oraz w jednym przypadku na równie często powracający dławiec wrzekomy. To samo można powiedzieć i o moczeniu nocnem (*enuresis nocturna*).

Kol. SZUMLAŃSKI wbrew twierdzeniu kol. HEIMANA uważa przestrzykiwania jamy nosogardzielowej po operacji za wskazane, gdyż w ten sposób można najlepiej usunąć pozostałe po operacji skrzepy; nie mogą zaś one być szkodliwe, jeśli dokonywa się ich umiejętnie. Poprawy cierpień usznych po operacji można oczekiwać dopiero po przeprowadzeniu leczenia następczego.

Kol. MEYERSON spostrzegał po usunięciu wyrosła poprawę stanów nieżytych uszu; co się zaś tyczy spraw ropnych, to polepszenia w ich przebiegu nie można kłaść wyłącznie na karb dokonania operacji, niewiedomo bowiem, czyby to samo i bez niej miejsca nie miało. Niedosć pomyślny nieraz wynik operacji zależy często od towarzyszącego wyrosłom przerostu muszki nosowych, co wymaga oddzielnego leczenia następczego, a także od trafiających się, lubo rzadko, nawrotów choroby. Co do przestrzykiwań nosa płynami przeciwnieżylnymi, to tych kol. M. unika, zarówno jak i zasypywania do jamy nosogardzielowej proszków odkażających; zdaniem jego najlepszą ochronę rany stanowi pokrywająca ją warstewka świeżej krwi.

Kol. DOBROWOLSKI zaznacza, że spostrzegał wyrosła adenoidalne znacznie rzadziej niż prelegent; na 4000 chorych w szpitalu dziecięcym, przeważnie dzieci, u których prawie jedynie występują wyrosła, kol. D. znalazł je w 100 przypadkach, a z nich w 50-ku tylko były wskazania do operacji. Wskazania do usunięcia wyrosła bywają, zdaniem kol. D., głównie ze strony nosa i uszu, najczęściej zaś przy nieżytych i zapaleniu w jamach bębnekowych. Zgodnie z kol. SZUMLAŃSKIM kol. DOBROWOLSKI twierdzi, że poprawę cierpienia uszu można zauważyć zazwyczaj nie bezpośrednio po operacji, lecz dopiero po leczeniu następczem. Co się tyczy nawrotów, to kol. D. przypuszcza, że wyrosła podobnie jak migdałki podniebienne po operacji nigdy nie odrastają. Wreszcie kol. D. zaleca w celu usuwania wyrosła użycie pętlicy; sposób ten, według mówcy, zapobiega krwawieniu i uszkodzeniom narządów sąsiednich.

Kol. SĘDZIAK, zgadzając się z poglądem kol. HEIMANA i SZUMLAŃSKIEGO, że zaburzenia uszne przy wyrosłach adenoidalnych mogą być następstwem nieumiejętnego przestrzykiwania, dodaje, że mogą one powstać i przez rozszerzenie się stanu nieżytych jamy nosogardzielowej, podtrzymywanego przez obecność wyrosła, na trąbkę EUSTACHIUSZA a stąd i na ucho środkowe, gdzie mogą przyjąć charakter ropny pod wpływem drobnoustrojów. W ten sam sposób t. j. przez usunięcie przyczyny podtrzymującej stan nieżytych da się objaśnić i wzmiankowany przez kol. Jul. KRAMSZTYKA dodatni wpływ operacji na skłonność do mieszkowatego zapalenia migdałków i dławca wrzekomego. Co się tyczy wspomnianej przez kol. SZUMLAŃSKIEGO konieczności następczego leczenia zaburzeń usznych, to niekiedy bywa ono zbyt konieczne, gdyż samo usunięcie przeszkody mechanicznej może

sprowadzić skutek pożądaný. Nie zgadza się również prelegent z kol. MEYESONEM co do niemożności stanowczego wypowiedzenia się za pomyślnym wpływem operacyi, gdyż zazwyczaj wszystkie metody lecznicze już uprzednio bywają zastosowywane. Przestrzykiwań nosa po operacyi kol. SĘDZIAK nie stosuje, jako zdaniem jego szkodliwych. Co do poruszonej przez kol. DOBROWOLSKIEGO sprawy statystyki omawianego cierpienia zaznacza, że przytoczone przez siebie liczby zestawiał z przypadków cięższych; lżejsze postaci spotykają się nierównie częściej.

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

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 41 (m. 18, k. 23), przybyło w czerwcu 94 (m. 36, k. 58); wypisało się 74 (m. 28, k. 46); zmarło 12 (m. 4, k. 8); pozostało na miesiąc następny chorych 49 (m. 22, k. 27).

Ogólna liczba chorych była większa niż w miesiącu maju, głównie z powodu pojawienia się biegunki krwawej i tyfusu brzuszego. Wogóle miesiąc ubiegły pod względem epidemiologicznym należy uważać za mniej pomyślny. Oprócz bowiem tylko co wzmiankowanych chorób widzimy znacznie częściej występującą odrę i ospę, a po części i różę. Do pomyślnych objawów należy znaczne zmniejszenie się tyfusu wysypkowego, a w pewnej mierze i płonicy.

Ospy mieliśmy przypadków w ubiegłym miesiącu 12 (m. 6, k. 6), z których śmiercią zakończyły się 3 (m. 2, k. 1) u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Skaryszewska 3, Freta 10, Chmielna 83, Krzywe Koło 10, Mała 15, Św. Jerska 14, Hoża 20, Dzika 7, Przyrynek 12, Św. Krzyska 20, Orla 11, Stare Miasto 38.

Najliczniejszą rubrykę, dwa razy większą niż w miesiącu maju, stanowiła odra, której mieliśmy przypadków 13 (m. 2, k. 11) przeważnie u dzieci (z domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus) z przebiegiem dosyć ciężkim, ale pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Franciszkańska 13, Freta 10, Zgoda 11, Wilcza 42 i Warecka 3 (8 przypadków).

Następnie niemniej liczną rubrykę stanowiła róża, której również mieliśmy przypadków 13 (m. 4, k. 9); z nich jeden z powodu powikłań zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipie 42, Solec 77, Warecka 3 (szpital Dz. Jezus) 2 przypadki, Bolesć 5, Wolska 47, Browarna 6, Miedziana 9, Smocza 37, Włodzimierska 4, Krochmalna 53, oraz wieś Wola.

Na uwagę zasługuje coraz częstsze pojawianie się biegunki krwawej, której zanotowaliśmy przypadków 10 (m. 5, k. 5) z przebiegiem dosyć ciężkim. W jednym zejście było śmiertelne. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipie 20, Grzybowska 7, Łucka 6, Grochowska 49, Długa 29, Smocza 17, Grójecka 11, oraz wsie: Wilanów, Chrzanów i Grabowiec.

Na szczególne zaznaczenie zasługują dość częste przypadki tyfusu brzuszego, których mieliśmy 8 (m. 7, k. 1), większość jednak chorych pochodziła z Pragi i okolic: Radzywińska 12 (2 przypadki), Śliwicka 2 (2 przypadki), wieś Skrzyszów, Wolność 15, Leszno 77, oraz Solna 14.

W jednej mierze trzymała się płonica, której mieliśmy przypadków 8 (m. 4, k. 4) przeważnie u dzieci, z ulic: Śliska 7, Piwna 31, Solec 68, Mostowa 16, Długa 18, Plac Warecki 3.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 5 przypadków zapalenia płuc włóknikowego; 3 tyfusu wysypkowego (Freta 11, Wołowa 39,

Wronia 35) z jednym niepomysłnym; po 2 przypadki błonicy i zapalenia gardła, oraz po jednym ospy wietrznej i gruźlicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po 2 przypadki: nieżyty płuc, żołądka, kiszki i kiszki prostej, oraz po jednym: wady serca, krwotoku mózgowego, zapalenia nerek, pokrzywki i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorem nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 22 (m. 11, k. 11).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 45 (m. 17, k. 28).

J. Szwajoer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

≡ Dr. GUILLERMO SIERRA opisuje pomysły leczenia puchliny brzusznej sposobem DURAN'a. U 38-letniej chorej, dawniej zdrowej, zjawiła się puchlina brzucha; po przekłóciu chwilowa poprawa, potem płyn zaczął się ponownie zbierać w coraz większej ilości. SIERRA nie znalazł żadnych zmian w narządach wewnętrznych, a li tylko przewlekłe zapalenie otrzewny z początku umiejscowione a następnie ogólne. Dokonać przekłócia powtórnego nie chciał z powodu, że płyn nanowo się zbierze i to w jeszcze większej ilości, a więc wybrał sposób DURAN'a i wypuściwszy przeszło 11 litrów płynu przez tenże trójgraniec napompował powietrza do jamy brzusznej, następnie dokonał mięsienia ścian brzucha w celu równomiernego rozdziału powietrza, następnie większą część powietrza wypuścił i nałożył opaskę uciskającą. W nocy brak snu, pragnienie i nudności. Rano wzdęcie brzucha i lekka gorączka, po 0,3 gr. kalomelu biegunka; nudności ustąpiły. 9 i 10-go dnia po operacyi znów lekkie wzdęcie brzucha przy podniesieniu ciepłoty do $+37,8^{\circ}$ C. i przyspieszonym tętnie. 11 dnia rana po przekłóciu zagojona, łaknienie powróciło. 13-go dnia chora opuściła łóżko, a 17-go powróciła do domu w zupełnie prawidłowym stanie zdrowia bez śladów zapalenia otrzewny. Po trzech miesiącach S. widział chorą, cieszącą się zupełnym zdrowiem.

(Rev. de med. y cir. pract. 25 II. 1897).

Fr. N.

≡ SAENGER omawia sprawę leczenia ostrego nieżyty nosa, choroby pomijanej w podręcznikach, aczkolwiek bardzo przykryj. Przeciwno istocie choroby słuszną wziętością cieszy się leczenie napotne zapomocą leków, lub mechaniczne, skraca ono bowiem znacznie

nieżyt; w razie niemożności zastosowania tej metody autor stosował salipirynę w dawce 4,0 *pro die* i zawsze otrzymywał dobre wyniki. Przy leczeniu oddzielnych objawów choroby (podrażnienie błony śluzowej nosa, uczucie zapalenia, zwiększenie wydzieliny) stosuje S. ze skutkiem wprowadzanie do nosa powietrza, przeprowadzonego przez olejek terpentynowy lub 2 — 5% roztwór alkoholowy mentolu. Używa się doń butelki zaopatrzonej w korek z dwiema rurkami, jedną krótką, drugą sięgającą do dna; ta ostatnia jest połączona z balonikiem gumowym do wtłaczania powietrza, pierwsza zaś łączy się z rurką gumową wprowadzoną do otworów nosowych. (Therap. Monatsh. H. 4. 97).

≡ BECKERT stosował mocznik w 18-u przypadkach różnych chorób w celu moczopędnym i otrzymał następujące wyniki; w pięciu przypadkach środek ten zawiódł zupełnie, w pięciu inne moczopędne środki działały skuteczniej. Świetnie działał mocznik w marskości wątroby i puchlinie wodnej spowodowanej przez gruźlicę otrzewny; w chorobach serca inne moczopędne środki działają lepiej, niż mocznik; w chorobach nerek mocznik jest bezskuteczny. (Therap. Wochenschr. 28. II. 97).

≡ GUILLEMONAT, CHARRIN, BOUCHARD i CHAUVÉAU doszli do praktycznej wskazówki, że chorem na moczówkę cukrową można śmiało zalecać mleko, nie bacząc na zawartość w niem cukru. Przy spożywaniu do trzech litrów dziennie, ilość cukru nie zwiększa się, a nawet zmniejsza; większych ilości mleka należy unikać. (Gaz. des hôpit. 20. V. 97).

≡ SCHRÖDER zwraca uwagę, że trzymanie suchotników gorączkujących w łóżku jest niekiedy nawet szkodliwe, upośledza bowiem łaknienie, trawienie i uspo-

sobienie chorego. Jeżeli gorączka przy pozostawianiu w łóżku obniża się, wówczas jest ono wskazane, w przeciwnym zaś razie, dozwolone jest przebywanie na świeżem powietrzu oraz bardzo nieznaczny ruch. Prawdła te obowiązują w zakładzie dla suchotników w Hohenhonnet. (Cor. f. Schweiz. Aerzte 15. II. 97).

= MICHAELIS znajdował stale przy śwince charakterystyczne drobnoustroje zarówno we krwi chorych, jak i płynie otrzymywanym z przewodu STENON'a, a w jednym przypadku w ropie utworzonego wrzodu. Są to diplokokki, podobne lecz nieco mniejsze od gonokoków, mieszczą się przeważnie w ciałkach ropnych lub też ułożone są w postaci łańcuszków; barwią się zwykłymi anilinowymi barwnikami oraz sposobem GRAM'a, hodują się na agarze, bulionie, mleku i płynach wysiękowych. Próby szczepienia tych bakterii zwierzętom (myszy białe, króliki, świnki, koty i psy) dały wynik ujemny, co dowodzi małej ich jadowitości. Drobnoustroje te wogóle przypominają znajdowane przy śwince przez PASTEUR'a oraz LAVERAN'a. (Verein f. inn. Med. Berl. S. 29. III. 97).

= GUINON i MEUNIER otrzymali w jednym przypadku, gdzie rozpoznanie wahało się pomiędzy drem brzuszny i ostrą gruźlicą, odczyn VIDAL'a, badanie zaś zwłok wykazało zmiany wyłącznie gruźlicze. Ponieważ z płynu wydobytego ze śledziony i płuc zmarłego otrzymano zupełnie czyste hodowle łasczników EBERTH'a, autorzy sądzą, że mieli do czynienia z zakażeniem podwójnem, a gruźlica maskowała dur brzuszny. (Acad. de Med. S. 5. IV. 1897).

= BOEHM zaleca nowy preparat żelaza—ferro zol, płyn brunatny, bardzo dobrze się przechowujący, zupełnie rozpuszczalny, zawierający 0,77% żelaza. Środek ten nie działa szkodliwie zarówno na żołądek, jak i na zęby. Autor przepisuje środek *per se* lub też w następującej mieszaninie: Rp. *ferrosoli* 100,0, *aq. dest.* 80,0, *syr. spl.* 10,0, *cognac* 10,0, *tinct. arom.* 1,0, *liq. amm. anis. gtt. una*. MDS. 3 razy dziennie po łyżce stołowej. (Der prakt. Arzt. Nr. 2. 1897).

= KNAPP znajdował aceton w moczu kobiet ciężarnych w każdym przypadku śmierci płodu. W 250-iu badanych przypadkach ciąży prawidłowej próba na aceton dała wynik ujemny. (Centrbl. f. Gynaek. Nr. 16. 1897).

Wiadomości bieżące.

— D-r DZIERŻAWSKI otrzymał koncesyę na wydawnictwo miesięcznika p. t. „Przegląd dentystyczny“.

— Sprawa podatku mieszkaniowego od gabinetów lekarzy, adwokatów i t. d. została nareszcie wyjaśniona w ten sposób, iż wolne są od podatku tylko takie gabinety które położone są oddzielnie, nie zaś takie które stanowią część mieszkania prywatnego.

— Z powodu gruntownej restauracyi sal Instytutu Oftalmicznego im. Ks. E. Lubomirskiego przyjmowanie chorych, z wyjątkiem przypadków nagłych, wstrzymane zostało na przeciąg dwóch miesięcy.

— Zmarli. W Warszawie dnia 12 b. m. d-r Zdzisław NIESZKOWSKI w 57 roku życia, współwłaściciel naszego pisma, znany licznym kołom jako lekarz zdrojowy w Szczawnicy. Zmarły pozyskał dyplomy trzech wydziałów lekarskich: paryskiego, krakowskiego i warszawskiego.

D-r Wincenty WYCZAŁKOWSKI, b. lekarz naczelny szpitala św. Aleksiego w Płocku.

W Paryżu, prof. antropologii, M. CHUDZIŃSKI.

Sprostowanie. W Nr. 26 na str. 598 wiersz 21 zamiast „z ustrojowem ogniskiem gruźliczem“ powinno być: „z utajonem ogniskiem gruźliczem“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszura „Rabka“ (sprawozdanie zarządu za rok 1896.)

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Довзделено Цензурою. Варшава, 10 Іюля 1897 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Мазовіецка 8.