

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 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Dalszy przyczynek w sprawie zupełnego wyłączenia pętli jelitowej. Podał Prof. D-r Obaliński. — O zapaleniu lepeżowem łącznicy. (*Conjunctivitis condylomatosa*). Napisał d-r Jan Mitvalski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 92. Operacyjne leczenie mięśniaków macicy przez całkowite wycięcie tejże od strony pochwy. 93. W sprawie otwierania jamy brzusznej od strony pochwy. 94. Wycięcie macicy i przydatków przez pochwę z powodu ciężkich przewlekłych cierpień tychże. 95. Przyczynek do nauki o stwardnieniu mózgo-rdzeniowem rozlanem (*sclerosis multiplex*). 96. W sprawie patologii stwardnienia wieloogniskowego mózgo-rdzeniowego (*sclerosis multiplex*). 97. Przyczynek do etyologii stwardnienia wieloogniskowego mózgo-rdzeniowego (*sclerosis multiplex*). 98. O stwardnieniu wieloogniskowym mózgo-rdzeniowem (*Herd sclerosis*) dziedzicznym oraz wieku dziedzicznego. 99. O plombowaniu zębów mlecznych. 100. Krzywica i zależność jej od wilgotności stosunkowej. 101. Szczepienia ochronne przeciwko dżumle. 102. Leczenie zimnicy u dzieci. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 4 maja r. b. — O drożdżach chorobotwórczych. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. D-r Obaliński — Contribution à l'étude de l'exclusion complète de l'anse Intestinale. 2) D-r J. Mitvalski — Sur la conjonctivite condylomateuse.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. D-r Obaliński — Ein weiteres Beitrag zur Frage über die vollständige Ausschaltung einer Darmschlinge. 2) D-r J. Mitvalski — Ueber Conjunctivitis condylomatosa.

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

Dalszy przyczynek w sprawie zupełnego wyłączenia pętli jelitowej ¹⁾.

Podał Prof. D-r OBALIŃSKI w Krakowie.

Każdy doświadczony chirurg przyzna i ja też chętnie przyznaję, że wyłączenie pętli jelitowej z zupełnem tejże zaszyciem nie ma tak bardzo doniosłego znaczenia pod względem zastosowania praktycznego, gdyż wyjątkowo tylko może się chirurg znaleźć w położeniu, że po metodę tę sięgnąć będzie widział się zmuszonym, nie mniej jednak pozostanie ono zawsze niezwykle ciekawym objawem biologicznym, który zdaniem mojem nie może przebrzmieć bez wpływu na nasze dotychczasowe pojęcia o fizjologii jelit.

Rok temu, na przeszłym zjeździe chirurgów polskich, miałem zaszczyt przedstawić Szenownym Kolegom dowody, że postępowanie takie udać się może i że rzeczywiście w czterech przypadkach dobrym uwieńczone było skutkiem (BARĄCZ, OBALIŃSKI, WIESINGER, FRIELE), a nadto oparłem się przytem na dwóch oględzinach t. j. na powtórnej laparotomii wykonanej u mojej chorej i na nekroskopii dokonanej w kilka tygodni po wyzdrowieniu chorego w przypadku FRIELE'go.

¹⁾ Wykład przeznaczony na kongres międzynarodowy w Moskwie i na zjazd chirurgów polskich w Krakowie, lecz nie odczytany tamże z powodów od autora niezależnych.

Dzisiaj jestem w tem przyjemnem położeniu, że mogę Szanownym Kolegom przedstawić tę samą chorą po przebyciu trzeciej laparatomii a zarazem okazać Panom ową wyłączoną przed trzema laty pętlę jelitową, którą teraz u niej w całości wydobyłem.

Dla łatwiejszego zorientowania się przypomnę Panom, że przedstawiona tutaj obecnie chora operowana była po raz pierwszy 25-go kwietnia 1894 r., przyczem wyresekowałem jej całą kątnicę dotkniętą gruźlicą, a nie mogąc połączyć jelita biodrowego z okrężnicą wstępującą, przeciąłem tę ostatnią powyżej t. j. w miejscu przejścia jej w poprzecznicę, którą zespoilem z jelitem biodrowym, gdy okrężnicę wstępującą pozostawiłem w jamie brzusznej, zaszyszywszy oba jej końce. Dnia 2-go lipca 1894 r. chora opuściła zakład jako wyleczona ²⁾).

Blisko w 14 miesięcy po pierwszej operacyi poddała się chora drugiej laparotomii z powodu przepukliny brzusznej, która powstała w miejscu blizny po pierwszej operacyi ³⁾. Przy tej sposobności stwierdziłem, że wyłączona pętla jelitowa jest zapadnięta a przynajmniej nie wybitnie rozdęta i że niema komunikacyi między nią a resztą przewodu pokarmowego, którego to faktu użyłem razem z innymi jako dowodu, że operacya taka (t. j. wyłączenie pętli jelita grubego z zeszyciem obu końców) jest rękoczynem możliwym i usprawiedliwionym.

Dzisiaj staje chora ta przed Wami, Panowie, po raz trzeci a tym razem z następującego powodu: oto w grudniu 1895 r. zaczął się u niej w boku prawym znów tworzyć guz, który początkowo wolno się powiększał, później rażniej, nareszcie stał się bolesnym, aż w lipcu 1896 r. pękł, poczem pozostał otwór wydzielający ciecz ropiasto-posokowatą, wyraźnie kałem cuchnącą. Dnia 10 listopada 1896 r. przywieziono chorą do oddziału chirurgicznego szpitala Św. Łazarza w stanie iście rozpaczliwym. Stan jej ogólny zły, odżywianie liche, skóra blada, wychudnienie znaczne, chodzić chora nie może, tylko mocno zanieczyszczona wydzieliną cuchnącą a wydobywającą się z wrzodu kraterowatego tuż ponad kolcem przednim górnym prawym miednicy położonego, wielkości mniej więcej srebrnego guldena, lecz otoczonego skórą dokoła podminowaną na przestrzeni co najmniej dwóch rąk.

Badanie zapomocą palca wprowadzonego wgląb przez ów otwór wykazało, że tenże prowadzi do jamy dosyć obszernej, błoną śluzową wysłanej i ograniczonej. Dlatego postanowiłem chorą poddać nowej operacyi lecz naturalnie po poprzednim należytem oczyszczeniu wrzodu i ciała. W tym celu porozcinano zatoki i kąpano chorą codziennie przez 4 miesiące, tak iż dnia 1 kwietnia 1897 r., a więc blisko w trzy lata po pierwszej laparotomii mogłem przystąpić do trzeciej.

Cięciem długiem, bo od samego łuku żebrowego aż do pobliża więzu POUPART'a sięgającym, otworzyłem na linii pachowej przedniej jamę brzuszną, a przekonawszy się naocznie, że jama, o której wyżej była mowa, rzeczywiście pochodzi od rozdętego jelita wstępującego, niegdyś wyłączonego, przystąpiłem do wydobywania go, co mi się po przewyciężeniu pewnych trudności w zupełności udało. Tamponada jamy brzusznej gazą wyjałowioną w miejscu, gdzie był dawny otwór i zeszyte ściany brzusznej powyżej i poniżej. Gojenie trwało wprawdzie trzy miesiące, lecz obecnie już jest stanowczo

²⁾ Patrz „Medycyna” 1894. Nr. 44 i Centralblatt für Chlr. 1894. Nr. 49.

³⁾ Patrz „Przegl. Lek.” 1896, Nr. 32 i Centralb. für Chlr. 1896. Nr. 34.

ukończone, jak to zresztą najlepiej Panowie sami przekonać się możecie. Ważniejszym jest wynik badania dokonanego na wydobytej pętli jelita niegdyś wyłączonego. Pętla jelita grubego długości około 20 cm. ma w obwodzie około 8 cm. Górny jej koniec jest kopułowato zarośnięty, w dolnym istnieje otwór prowadzący do przetoki kałowej. Po rozcięciu tej pętli wzdłuż widać, że treść płynna, brunatno - krwawa, cuchnąca, wypełnia miernie jej światło, a wśród niej znajdują się trzy grudki twardsze, wielkości migdała, o cechach i wejrzeniu zbitego kału.

Badanie drobnowidzowe tej treści wykazuje obecność licznych ciałek czerwonych krwi i szklistych grudek bezpostaciowych, nadto mnóstwo najrozmaitszych bakterii.

Ściana tego jelita jest grubości prawidłowej. Na błonie śluzowej w górnym kopulasto zarośłym końcu znajduje się owrzodzenie okrągławe, wielkości korony, o dnie nierównem, brzegach nieco wzniesionych, także nierównych, ponadżeranych, ciemno-krwawo zabarwionych. Podobne lecz nieco mniejsze owrzodzenie kształtu nieprawidłowego znajduje się także około otworu w dolnym końcu pętli. W połowie tylnej ściany napotyka się dwa polipowate wyrośla błony śluzowej wielkości grochu.

Badanie drobnowidzowe brzegów owrzodzeń wyżej wspomnianych wykazuje charakterystyczne zmiany dla gruźlicy, zresztą błona śluzowa jest prawidłowa.

Jakkolwiek w imię prawdy wyznać muszę, że przebieg niniejszego przypadku ostudził nieco moje zapale dla zupełnego wyłączenia pętli choćby i zdrowego jelita grubego, to z drugiej strony wyświeca on nam tę sprawę lepiej, niż doświadczenie na zwierzęciu dokonane i dlatego ma wysoką wartość pod względem biologicznym.

Dowodzi on bowiem dosadnie: 1) że pętla кишки grubej znajdująca się w stanie prawidłowym może być bezkarnie wyłączona w zupełności t. j. bez pozostawienia przetoki na zewnątrz; 2) że prawidłowa błona śluzowa takiej pętli zachowuje budowę swoją przez długie czasy niezmienną a mimo tego nie wydziela ani nadmiernie, ani w ten sposób, jakby to z doświadczeń HERMANN'a przypuszczać należało; 3) że sprawy chorobowe w ogólności, a sprawa gruźlicza w szczególności, zdaje się, dodają podniety do wzmożonej działalności wydzielniczej a tem samem sprowadzają ten stan, którego się obawiał SALZER i jego zwolennicy.

O zapaleniu łepieżowem łącznicy.

(*Conjunctivitis condylomatosa*).

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

(Dokończenie.—Zob. Nr. 30).

Dziesiątego dnia leczenia ukazały się świeże typowe łepieże śluzowe na obu wargach ust. Dwudziestego pierwszego dnia łącznica gałki i powiek już była błada, prawidłowa; na miejscu owrzodzeń brzegu powiek widać było karbki zablźnione, po łepieżach przyrogówkowych — bliznowate zmętnienie

nabłonka. Lepieże warg i owrzodzenie na udzie zmniejszyły się. W ciągu miesiąca chora wzięła 3 serye wcierań.

Po siedmiu miesiącach chora przybyła z nawrotem choroby na lewym oku, trwającym od tygodnia. Przed 11 dniami ukazały się również liczne owrzodzenia na wargach i w jamie ustnej.

Wrzód na udzie zmniejszył się do połowy, na wargach znaleźliśmy liczne nadpęknięcia (*rhagades*) i lepieże śluzowe, te ostatnie i w jamie ustnej. Oko prawe zdrowe. Oko lewe: łącznica powieki dolnej i jej fałdy przejściowej barwy wiśniowej, obrzękła, zgrubiała, brodawki jej mocno rozwinięte; tu i owdzie widać blade wyniosłości półkuliste. Łącznica powieki górnej również obrzękła, chropowata, z mocno przerosłemi brodawkami; w trzech ograniczonych miejscach łącznica wyniesiona jest nad poziom w postaci okrągławych plamek (*plaques*). Małe te twory mają barwę brudno-białą, wygląd włóknisty i w pierwszej chwili trudno ocenić, czy to są świeże lepieże, czy dawniejsze, przechodzące właśnie w bliźnę przerostową (*hypertrophische Narbe*).

Łącznica gałki w wewnętrznym dolnym odcinku obrzękła, barwy wiśniowej, a na rąbku rogówki znajduje się miejsce obnażone, wielkości i kształtu ziarna soczewicy, w zewnętrznej połowie głębsze, o czystem dnie. Blisko leżąca fałda półksiężycowa jest mocno obrzmiała. Przy leczeniu rtęcią łącznica po 10 dniach znacznie zbladła, owrzodzenie na rąbku rogówki podgoiło się, pozostało tylko rozlane nastrzyknięcie tkanki nadbiałkówekowej. Na miejscu małych lepieży na łącznicy powiekowej powstały niewielkie ścisłe bliźny. Natomiast w zewnętrznym dolnym odcinku łącznicy gałkowej ukazał się nowy lepież, okrągły, płaski, barwy wiśniowej, szeroki około 2 mm; sąsiednia łącznica i tkanka nadbiałkówekowa od rogówki aż po fałdę przejściową nastrzyknięta. Lepieże błony śluzowej ust i warg goiły się, ale pojawiały się coraz to nowe na innych miejscach. Chora skierowana została do syfildologa.

Przystępując do wniosków ostatecznych o naszym przypadku, musimy zaznaczyć, że sprawa lepieżowa rozpoczęła się na powiekach i stąd przeszła na łącznicę, czego dowodzi znaczne zniszczenie brzegu powiekowego przez owrzodzenia, które musiały trwać długie miesiące. Pierwsze lepieże powstały napewno między krawędziami brzegu jednej z powiek, stąd przeszły na drugą powiekę w miejscu ich zetknięcia, a potem na łącznicę. Przejście na łącznicę nastąpiło częścią *per continuitatem*, częścią *per contiguitatem*. Tylko w jednym miejscu na dolnej powiece lewego oka z takim owrzodzeniem łączy się świeży, wyniesiony nad powierzchnię, lepież śluzowy, dochodzący aż do fałdy przejściowej i styka się jednocześnie z takim samym tworem półksiężycowym na łącznicy gałki. W miejscu zetknięcia się chorych brzegów powiek z łącznicą gałkową zarażenie przeszło na nią *per contiguitatem*, dając początek typowym *plaques muquesees*, w niektórych miejscach, jak np. na lewym oku, nawet dość rozległym. Gojenie się tych świeżych lepieży odbywało się drogą wysysania się wytworów chorobowych i odradzania się zwyrodniałego nabłonka.

Nieco różniły się od innych te twory, które widzieliśmy na łącznicy prawej powieki górnej, przy nawrocie sprawy także i lewej górnej, a które należy także przyjąć za lepieże śluzowe. Zarażenie łącznicy chrząstkowej powstało widocznie przez zatrzymanie się zarazka lepieżowego na łącznicy już chorobowo zmienionej, być może, na owych tworach półkulistych, podobnych do torebek jaglicowych. Pod względem wielkości te drobne *plaques* i od-

powiadały mniej więcej owym małym łepieżom dodatkowym, które widzieliśmy na brzegu powiekowym na jego przestrzeni międzykrawędziowej.

Większą trudność stanowi wyjaśnienie powstania owego owrzodzenia łącznicy lewej gałki w czasie nawrotu choroby i jesteśmy w niepewności, czy był to owrzodzony łepież rąbka, czy też wykwit *conjunctivitis pustulosae* u chorej na przymiot. Pierwsze przypuszczenie ma więcej prawdopodobieństwa, a stanie się ono pewnością, gdy sobie uprzytomnimy tworzenie się następnie rozległego czerwonego łepieży na prawym rąbku, który przyjeśliśmy za świeży typowy łepież.

Przypadek drugi. W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z drobnymi łepieżami łącznicy powiekowej i gałkowej, które jednak występowały jednocześnie z innymi objawami zapalnymi przymiotu różnych części oka a mianowicie rogówki, łącznicy, białkówki i tęczówki a nawet brzegu powiekowego i chrząstki. Nie będziemy tu opisywali bardzo ciekawych zresztą szczegółów tego wielopostaciowego przymiotu oka, a rozbierzemy tylko to, co się tyczy samej sprawy łepieżowej.

Kobieta zamężna, 26-letnia, urodziła w końcu zeszłego roku pierwsze donoszone dziecko. W dwa miesiące blisko po porodzie, w czasie których karmiła, zapadła na jakąś złośliwą chorobę oczu, która to ustępowała, to znów powracała. Spostrzegać chorą mieliśmy sposobność dopiero w 5-yim miesiącu po rozwiązaniu, a więc już po trzymiesięcznym trwaniu choroby oczu. Dziecko było bardzo wątłe, miało różową wysypkę na całym ciele i zmarło w szóstym miesiącu życia.

Chora małego wzrostu, wątłej budowy. Na skórze w ciągu kilku miesięcy istniała wysypka przymiotowa, którą prof. JANOVSKY rozpoznał jako liszaj przymiotowy (*lichen syphiliticus*) miejscami połączony z pryszczycą. Objawy oczne robią w pierwszej chwili wrażenie sprawy żółzowej: istnieje znaczny światłowstręt, obrzęk powiek, wydzielina skąpa w postaci nici leżących w sklepieniach fałd przejściowych. Łącznica powiekowa przedstawia objawy zapalenia przewlekłego z przerostem brodawek.

Na prawem oku znajdujemy dwa owrzodzenia wielkości łebka szpilki i ziarnka konopi, z szarym nalotem, które widocznie powstały z większych krost charakteru flikten. Obydwa te owrzodzenia leżą w górnym wewnętrznym odcinku łącznicy gałkowej, jedno o 2, drugie o 3 mm. od rąbka rogówki. Nietylko sąsiednia łącznica jest mocno nastrzyknięta i w stanie zapalnego nacieczenia, ale i tkanka nadbiałkówkowa całego tego odcinka aż po sklepienie fałdy przejściowej (*Episcleritis*). W naszych oczach na łącznicy dolnej chrząstki w sąsiedztwie otworka łzowego niedaleko wewnętrznej krawędzi brzegu powieki powstało nieco wyniesione, obłe, szaro-czerwone nacieczenie, wielkości ziarnka konopi; w dalszym przebiegu przeszło ono w owrzodzenie głębokie, szaro-białe, które się nadzwyczaj powolnie oczyszczało i zagoiło ledwie po przeszło 3 - tygodniowym istnieniu z pozostawieniem blizny w postaci fasety. Zupełnie podobne nacieczenia, tylko mniejsze, wielkości łebka szpilki utworzyły się w tym samym czasie w bliskości wewnętrznej krawędzi brzegu powieki dolnej przy spoidle zewnętrznym. I one przeszły w owrzodzenie i równie powolnie się goiły.

Podczas trwania tego stanu powiek na łącznicy gałki zaszły zmiany następujące. Istniejące przedtem drobne owrzodzenia pogoili się w ciągu tygodnia, a utworzyły się nowe krosty, przechodzące w owrzodzenia wśród uczucia szczypnięcia, klócia, łzawienia i światłowstrętu. Leczenie przeciwpzymio-

towe zastosowane od samego początku nie spowodowało tymczasem wyraźnej poprawy.

W połowie czerwca w środku brzegu powieki górnej ukazał się wyprysk ciemno-czerwony w rodzaju trądzika (*acne*), w ciągu następnych dni zwiększył się, zajmując całą grubość brzegu powieki, na wierzchołku jego ukazały się nadżarcia i w parę dni przeszedł on w owrzodzenie z brudno-szarym nalotem, głębokie, donicowate, sięgające do przyległej części chrząstki. Wielkością dochodziło ono niewielkiego ziarnka soczewicy i zajęło całą szerokość zgrubiałej już teraz powieki. Na zewnątrz od niego pojawiły się prawie współcześnie podobne, tylko mniejsze trądziki; niektóre z nich nie uległy dalszym zmianom i wessały się z czasem, inne przeszły w płytkie owrzodzenia. Gojenie się większego owrzodzenia zajęło trzy do czterech tygodni, ale chrząstka i potem jeszcze pozostała zgrubiała i zapalnie nacieczona. Oko samo tymczasem uspokoiło się, wydzielina jednak w postaci nici włóknikowych istniała do 20 czerwca, t. j. do czasu, w którym powstały nowe krosty wśród objawów podrażnienia rzęskowego. W początku lipca w bliskości zabliznionego już owrzodzenia brzegu powieki ukazały się liczne małe, twarde, szare nacieczenia, leżące w głębi łącznicy chrząstkowej; dalszego ich przebiegu nie mogliśmy spostrzegać z powodu wyjazdu chorej. Na lewym oku stosunki były nieco różne. Przy pierwszym badaniu znaleźliśmy, że górna wewnętrzna część rąbka rogówki była zgrubiała, wyglądu galaretowatego; zgrubienie to nie przechodziło nigdzie na rogówkę, za to rozciągało się na 2 do 3 cm. na łącznicę, zajmując i tkankę nadbiałkówkową; białkówka pod nią miała barwę lekko fioletową rozlaną. Nacieczenie galaretowate było bardzo odporne i wessane zostało dopiero po miesiącu leczenia przeciwpriemiotowego.

Tuż przy rąbku co parę dni pojawiały się coraz to nowe pęcherzyki (flikteny), a dalej na łącznicy owrzodzenia z pęcherzyków powstałe, wielkości łebka szpilki. W końcu czerwca potworzyły się obszerne nacieki w tkance nadbiałkówkowej poniżej rogówki.

W wewnętrznej części łącznicy chrząstki powieki górnej niedaleko jej brzegu od początku istniały szare twory podobne do torebek jaglicowych; były one wielkości łebka szpilki, a pomimo leczenia przeciwpriemiotowego powstał wyprysk, podobny do trądzika, który po pewnym czasie przeszedł w owrzodzenie; później pozostało więcej takich owrzodzeń, tylko mniejszych.

Dopiero po dwóch miesiącach, a więc w końcu września chora przybyła do nas powtórnie. Na prawym oku znaleźliśmy wypuklenie w okolicy ciała rzęskowego, jako wynik zapalenia rogówki i białkówki (*keratoscleritis syphilitica*); w dolnej części białkówki widać było cztery czy pięć żółtawych tworów wyglądu galaretowatego, ale ścisłych, wielkości ziarnka konopi i kilka większych nacieczeń (*scleritis*). Oko lewe, z wyjątkiem gromadki tworów podobnych do torebek na łącznicy dolnej powieki, innych zmian nie przedstawiało.

Jak już zauważyliśmy, rzadki ten przypadek, w którym objawy priemiotu przesuwwały się przed naszymi oczami w tak rozmaitych postaciach, o tyle tylko chcemy uwzględnić, o ile dotyczy bezpośrednio niniejszej pracy. Pod tym względem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że trzy owrzodzenia prawej powieki dolnej, które w naszych oczach się rozwinęły, należy uważać za łepieże. Jako szczególnie ciekawy szczegół należy zaznaczyć powstawanie ich z ograniczonych okrągławych nacieczeń łącznicy. Jako analogi-

czne owrzodzenia łepiężowe uważać trzeba także owrzodzenia samego paska międzykrawędziowego brzegu powieki, których powstawanie żywo nas zajmowało głównie dlatego, że zdawało nam się, iż stoją one w genetycznym związku z ujściem przewodów gruczołów MEIBOM'a. Jasną jest rzeczą, że każde owrzodzenie brzegu powieki musi zająć i przewody tych gruczołów, nam się jednak zdawało, że te wypryski trądzikowate, które poprzedzały powstanie owrzodzeń, wychodziły wprost z zatkanych ujść gruczołów. Pojawienie się drobnutkich szarych guziczków w łącznicy chrząstki i pod nią, zdawało się, również jest w związku ze sprawą chorobową, rozegrywającą się w gruczołach, co jednak nie tyczy się bliżej naszego przedmiotu. Nas obchodzić głównie musi sprawa powstawania wykwitów łącznicy, przechodzących w owrzodzenia i ustanowienie, czy to były małe łepięże, czy też zwykajne powikłanie przez folikuly cierpienia przymiotowego łącznicy i oka.

Niestety, nie mamy pewnych podstaw do zupełnego wyodrębnienia obu spraw. Zaznaczają inni, że łepież łącznicy przebiega bez wybitnego podrażnienia rzęskowego, kryterium to jednak nie może stanowić w naszym przypadku, gdyż było też jednocześnie zapalenie białkówki i rogówki, co w zupełności może wyjaśnić istnienie podrażnienia. W każdym razie zaznaczyć należy, że przy powstawaniu nowych owrzodzeń łącznicy wzmagaly się jednocześnie objawy kłócia i palenia w oczach, światłowstręt i łzawienie. Przeciwno przyjmowaniu małych tych owrzodzeń za łepięże możnaby zrobić zarzut, że były za małe. Biorąc jednak pod uwagę, że wielkość *plaques muqueuses* bywa bardzo rozmaita, jako też i tę okoliczność, żeśmy już raz widzieli na łącznicy chrząstki i małeńkie łepięże, nie możemy odbierać tym małeńkim owrzodzeniom łącznicy gałkowej tego charakteru.

Z ostatecznem rozwikłaniem tych wątpliwości musimy poczekać na inne spostrzeżenia i poglądy.

Literatura tycząca się *conjunctivitis condylomatosae* jest bardzo skąpa z powodu względnej rzadkości przypadków odpowiednich, to też podajemy tu te prace, które według naszego zdania tyczą się zajmującego nas przedmiotu.

Zdaje się, że pierwszy przypadek łepięża łącznicy spostrzegął SMEE (1) w r. 1844; pewna kobieta miała owrzodzenie przymiotowe w kącie powiek, a po zagojeniu go pod rogówką jednego oka powstał łepież wyniesiony nad powierzchnię, barwy miedzianej, wielkości monety angielskiej „penny”. Wysypka przymiotowa skóry koloru miedzianego. Łepież ten był nieco przeświecający bez nieprawidłowego unaczynienia.

DÉPRES (2) w r. 1866 opisuje „szankier miękką” łącznicy u osoby, mającej łepięże śluzowe. Wydaje się nam niewątpliwem, że był to owrzodziały łepież łącznicy.

SAVY (3) w r. 1876 opisuje przypadek spostrzegany przez FOURNIER'a. U chorej z wykwitem przymiotowym guzkowatym i guzkowato-łuskowatym (*syphilis cutanea papulosa et papuloso-squamosa*) zjawił się na prawym oku guzek barwy miedzianej, leżący na 3 mm. nad rąbkiem rogówki; był on szerokości 5 mm., prawidłowo okrągły, wyraźnie wystawał naprzód i przypominał typową dla wykwitów przymiotowych postać krosty (*pustula*).

SICHEL młodszy (4) w r. 1880 opisał pojedynczy guzek łącznicy gałkowej długości 13 mm., szerokości 6,5 mm., mający postać podkowu, który uważa za „*papulo-ulceröses Bindehautsyphilid*”. Leżał on w dolnym wewnętrznym odcinku oka prawego, wypukłością zwrócony do rogówki. Po niewłaściwym

zastosowaniu kalomelu, powierzchnia guzka uległa owrzodzeniu, które jednak daleko nie poszło. Jednocześnie istniał przymiot skóry guzkowaty i guzkowato-łuskowaty.

1880. BOSMA (5) opisał guzek przymiotowy dolnej fałdy przejściowej współcześnie z przymiotem skóry.

1881. DOR (6) dał opis przypadku przymiotu guzkowatego łącznicy powiek i gałki.

1881. FIJAŁKOWSKI (7) znalazł w zewnętrznym dolnym odcinku łącznicy gałkowej w odległości 3—4 mm. od brzegu rogówki „mały pęcherzyk guzkowaty, jasno-żółty, średnicy 3 mm., podobny do wielkiej flikteny, który się rozszerzył aż do 5 mm. i uległ owrzodzeniu“. Chory miał trzeci nawrót przymiotu z zajęciem gardzieli i łepieżami około odbytu.

1881. ARLT (8) mówi: przy wysypce przymiotowej guzkowatej czoła widziałem wielokrotnie guzki łącznicy na rąbku lub w jego pobliżu. Ginęły one stopniowo bez tworzenia blizn i bez innych objawów choroby oka wraz z innymi objawami skórными przy ogólnym leczeniu.

1883. EVERSBUCH (9) widział u dwóch chorych na przymiot łepięze fałdy półksiężycowej ze znacznym powiększeniem jej objętości. Badanie wyciętej fałdy potwierdziło rozpoznanie.

1883. MEYER (10) z powodu artykułu EVERSBUCH'a wspomina o dosyć obszernem głębokim owrzodzeniu łącznicy prawej powieki dolnej z dnem bardzo twardem, brzegami stwardniałymi i szarym brudnym nalotem; równocześnie istniało obrzmienie łącznicy w wewnętrznym kącie powiek dochodzące prawie do rogówki. Na drugim oku guz fałdy półksiężycowej i przyległej części białkówki tak duży, że wywołał podwójne widzenie z powodu odsunięcia oka na bok. Owrzodzenie błony śluzowej nosa, ogólna ektyma. Cięża.

1886. LANG (11) widział u 40-letniego mężczyzny z przymiotem skóry guzkowato-krostowatym guzki powiek i guzkowate nacieczenia łącznicy gałkowej z obu stron prawej rogówki i na wewnątrz od lewej.

1891. LE ROY DIBLE (12) widział wykwit przymiotowy na łącznicy górnej powieki.

1891. TRAPEZNIKOW (13) widział guzek śluzowy na łącznicy gałkowej.

1892. BARNES (14) spostrzegał na łącznicy powieki dolnej lewego oka guzek szary, wyniesiony nad powierzchnię, 4 mm. długi, 2 mm. szeroki. W dwa dni później przejście jego na przylegającą łącznicę gałki; oba guzki posunęły się ku fałdzie przejściowej; owrzodzenie, zagojenie z pozostawieniem zrostu powieki z gałką. Łepięze w jamie ustnej.

1893. FROMAGET (15) znalazł wtórne wykwity przymiotowe na łącznicy gałkowej.

1893. FOURNIER (16) przedstawił na posiedzeniu Francuskiego Tow. dermatologicznego i syfiligraficznego w imieniu swoim i Terson'a chorego na przymiot, u którego zjawiał się obrzęk a następnie charakterystyczne guzki łącznicy.

1893. SCHWARZSCHILD (17) opisał łepież łącznicy jednocześnie z objawami zapalenia krupowego u 20-letniej chorej z objawami wtórnymi przymiotu.

1894. HERTER (18) widział dwa guzki śluzowe łącznicy gałkowej lewego oka dochodzące aż do brzegu rogówki, z których jeden był szerokości 2 cm., a w wymiarze prostokątnym dochodził do 1 cm. z wyniosłością płaską, czerwoną na największej wypukłości; drugi był wielkości soczewki i nie tak wynio-

sły. Żaden nie dochodził do sklepienia. Wydzielina śluzo-ropna niezbyt obfita.

1894. TERSON (19) opisał w prawem oku przymiotowe zapalenie tęczówki; fałda przejściowa obrzękła, rozlanej czerwonej barwy, miejscami bardziej nasyconej. Prawdopodobnie były to wykwyty przymiotowe łącznicy już w zaniku. Na lewem oku na łącznicy gałkowej u dołu i zewnątrz w bliskości sklepienia czerwona wyniosłość sprężysta, przesuwająca się wraz z łącznicą. Wewnątrz i u dołu czerwona plama nie wyniesiona nad poziom, prawdopodobnie pozostałość podobnego wykwytu. Owrzodzeń nie było, również żadnej wydzieliny. Po dwóch tygodniach pozostała tylko czerwona plama unaczyniona.

1895. ROTHSCHILD (20) znalazł guzek przymiotowy na łącznicy w bliskości brzegu rogówki.

1895. GUTMANN (21) spostrzegł u chorego na przymiot nowotwór brunatnawy, płasko wyniesiony, wielkości soczewki w dolno-zewnętrznej części łącznicy gałkowej, który zginął po zastosowaniu szaruchy z pozostawieniem plamy brunatno zabarwionej.

Ż R Ó D Ł A.

- 1) SMEE. London med. gaz. december 1844, Annales d'Oculist. XIV str. 3f.
2) DÉPRÈS. Gaz. des hôpit. N. 11. 1866. 3) SAVY. Contribution à l'étude des érupt. de la conj. Thèse. str. 71. 1876. 4) SICHEL. Centralbl. f. pr. Aug. str. 146. 1886. 5) BOSMA. Sopra un caso di papula sifilit. congiunt. Gaz. med. ital. Prov. Venet.—podług wzmianki w dziele ALEXANDER'a. „Syphilis u. Auge. 6) DOR. 4 Rapport de la clinique Lyon. 1881. 7) FIJAŁKOWSKI. Wracz N. 5. 1881. 8) ARLT. Klin. Darstellung i t. d. str. 86. 1881. 9) EVERSBUSCH. Ueber einige Veränderungen der Plica semilun. Ber. d. Ophth. Gesellsch. in Heidelberg f. d. Jahr. 1883. str. 160. 10) MEYER. Tamże str. 163. 11) LANG. Vorles. üb. Pathol. u. Ther. d. Syphilis. str. 322. 1886. 12) LE ROY DIBLE. Syphilide of the conjunctival surface of the upper lid i t. d. Kansas City med. Journal str. 53. 1891. (Podług Michel—Nagel). 13) TRAPEZNIKOW. Wracz N. 35. str. 777. 1891. 14) BARNES. Mucous patch of the Conjunctiva. The Amer. Journ. of Ophth. Vol. IX. N. 2. 1892. 15) FROMAGET. Syphilis second. d. l. conj. bulb. Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. N. 32. 1893. 16) FOURNIER. Recueil d'Ophth. str. 744. 1893. 17) SCHWARZSCHILD. Mucous patch of conjunct. i t. d. Med. Record. str. 499. 1893. 18) HERTER. Syphilit. Schleimhautpapeln der Conj. bulbi. Klin. Monatsh. f. Augenh. str. 29. 1894. 19) TERSON. Les papules syphil. d. l. conjonctive. Gaz. méd. de Paris str. 196. 1894. Rec. d'ophth. str. 58. 1894. 20) H. de ROTHSCHILD. Observation de syphilide papuleuse d. l. conjunct. i t. d. Révue génér. d'Ophth. 1895. Marzec. 21) GUTMANN. Deutsch. medic. Ztg. 1895. N. 47. podług Centralbl. f. prakt. Augenh. 1895. str. 507.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

92. G. LEOPOLD. **Operacyjne leczenie mięśniaków macicy przez całkowite wycięcie tejże od strony pochwy.** Są przypadki mięśniaków macicy, w których najodpowiedniejszym środkiem będzie *castratio per laparotomiam*, jeśli guz dosięga wielkości główki dziecka—*myomectomy*, w innych przypadkach wyłuszczenie guzów przez pochwę; wreszcie znajdzie się cały szereg i takich przypadków, gdzie najwłaściwiej będzie wyciąć całą macicę od strony pochwy. Ten ostatni sposób operowania nadaje się właśnie u kobiet osłabionych krwotokami.

Od roku 1887 autor wyciął 74 razy całą macicę przez pochwę z powodu włókniaków i mięśniaków. Przy tem stosuje on *larga manu* podskórne zastrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej. U niektórych chorych zastrzykiwał L. przed operacją codziennie w przeciągu całego tygodnia po 200—300 gm. naraz. Jednakże te zastrzykiwania podskórne należy wtedy robić, kiedy jeszcze nie ustała zdolność chłonięcia; gdy tętno staje się drobnem i życie zbliża się ku końcowi, zastrzykiwania pozostają bez skutku.

Z 74 operowanych umarło 2 = 2,7%. Zdrowe przydatki zawsze pozostawiano.

(*Archiv für Gynäkologie* 1896. T. 52. str. 497).

93. STEFFECK. **W sprawie otwierania jamy brzusznej od strony pochwy.** Bardzo wiele operacji, które dawniej dokonywano przez ściany brzuszne, robimy dziś przez pochwę. Autor z początku był zwolennikiem operacji pochwowych, lecz powoli, w miarę znaczniejszej ich liczby i nabytego doświadczenia przyszedł do wręcz przeciwnego zdania. Operowanie wogóle jest trudne, szczególnie, gdy są znaczne zrosty, które należy oddzielać na ślepo w jamie małej miednicy. Niejednokrotnie po takich rękoczynach tworzyły się krwisteki w małej miednicy, co oczywiście nie sprzyjało rychłemu wyleczeniu. Z tej przyczyny St., ograniczając znacznie wskazania do operowania przez pochwę, radzi w ten sposób wyjmować tylko nieznaczne, zupełnie ruchome guzy jajników, guzy zaś jajników pochodzenia zapalnego należy wskutek zrostów ze ścianami jamy miednicy i niemożności ich ściągnięcia ku dołowi usuwać przez cięcie brzuszne. W ruchomych tyłozgięciach macicy autor przeciwny jest wszelkim operacyom, a szczególnie przyszywaniu do pochwy. W razie zrostów macicy tyłozgiętej z jamą DOUGLAS'a, otwiera on sklepienie tylne, przenika do jamy DOUGLAS'a i oddziela zrosty. Po uruchomieniu zupełnem macicy wypełnia jamę DOUGLAS'a gazą w celu przeszkodzenia tworzeniu się nowych zrostów. Po kilku dniach tampon się usuwa, rana zaś w tylnym sklepieniu szybko się goi. W ten sposób w 4-ch przypadkach otrzymał St. wyleczenie zupełne.

(*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 44. 1896).

94. G. LEOPOLD. **Wycięcie macicy i przydatków przez pochwę z powodu ciężkich przewlekłych cierpień tychże.** Na podstawie 57 spostrzeżeń przewlekłych, uporczywych ropnych i nieropnych chorób przydatków macicy autor, zachwalając ten sposób operowania, przychodzi do następujących wniosków: 1) należy usunąć wszystko, co jest chore, jak również macicę, która zwykle bywa w stanie zapalnym, pozostawienie zaś jej podtrzymywałoby tylko cierpienie; 2) umiejscowienie rany w dole jamy brzusznej zabezpiecza odpływ wydzieliny; 3) przez nacięcia pochwowo-kroczone pole operacyjne o tyle staje się dostępnem, że możemy swobodnie nawet u nierodzących wyciąć powiększone jajowody i jajniki; 4) brak blizny na brzuchu i brak następnych przepuklin; 5) operacja jest o wiele lżejsza

niż laparotomia, ponieważ pętle kiszek nie wypadają; 6) operowanie w ten sposób jest możliwe nawet u chorych wyniszczonych, osłabionych, gdzie żaden chirurg nie odważyłby się już przystąpić do laparotomii.

Na 57 przypadków zmarła tylko jedna chora = 1,7%.

(*Archiv für Gynäkologie* 1896. T. 52. str. 523).

Fr. Stepkowski

95. E REDLICH. **Przyczynek do nauki o stwardnieniu mózgo-rdzeniowem rozsianem** (*sclerosis multiplex*). Autor usiłuje rozstrzygnąć pytanie, o ile zmiany anatomiczne odpowiadają wielce różnobarwnym obrazom klinicznym stwardnienia wielogniskowego. Po kolei rozbiera przeto pojedyncze objawy oraz cechy dla przebiegu choroby charakterystyczne. Dla zrozumienia istoty choroby, jej pozornych wyleczeń, nawrotów, obostrzeń stanowi pierwszorzędnej wagi okoliczność, wielokrotnie przy oględzinach pośmiertnych stwierdzona, zachowania większości cylindrów osiowych w ogniskach stwardniałych. Przewodnictwo nerwowe może przeto wskutek działania obocznego przez czas pewien pozostać czynnościowo upośledzone. Temi właśnie przemijającymi zaburzeniami w przewodnictwie włókien nerwowych tłumaczą się najlepiej obostrzenia ciągłe i powroty do względnego wyleczenia. Objawy udarowe, zaburzenia opuszkowe i mowa skandowana są zależne od często spotykanych ognisk stwardniałych w moście i rdzeniu przedłużonym, upośledzających czynność drogi piramidalnej oraz jąder opuszki. Drżenie zamiarowe (*Intensionszittern*), również jak oczopląs (*nystagmus*) znacznie mniej od niego dla stwardnienia charakterystyczny, uważać należy za skutki zaburzenia dynamicznego w obrębie drogi ruchowej oraz jąder nerwów ocznych. Bezład i zawroty znajdują się poczęści w związku z cierpieniem drogi pętliczej (*Schleifenbahn*), poczęści zależą od zajęcia tylnych pęczków rdzenia, czynnością kojarzeniową rządzących. To samo się tyczy rzadszych przy stwardnieniu zaburzeń czucia i zniesienia odruchów kolanowych.

Powołując się z jednej strony na przypadki stwardnienia, przy których badanie pośmiertne nieznacznie tylko odkrywa zmiany w układzie nerwowym, z drugiej na histeryę, świetnie w szczegółach naśladującą stwardnienie rozsiane, REDLICH nie bez racji ostrzega przed przecenianiem zmian anatomicznych przy chorobach nerwowych. „Zmiany anatomiczne często nie tłumaczą nam bezpośrednio objawów, lecz dostarczają jedynie tła do ich wytłumaczenia“.

(*Wien. klin. Rundschau*. 49--51. 1895).

96. A. STRUEMPELL. **W sprawie patologii stwardnienia wielogniskowego mózgo-rdzeniowego** (*sclerosis multiplex*). Powstawanie stwardnienia wielogniskowego należało niedawno jeszcze do najbardziej ciemnych punktów neurologii klinicznej. Nic przeto dziwnego, że dowcipna wielce hipoteza o wpływie przebytych chorób zakaźnych, wypowiedziana przed laty kilku przez MARIE'go, odrazu bardzo wielu wśród neuropatologów znalazła zwolenników. Przeciwno tej właśnie, obecnie powszechnie przyjętej hipotezie, występuje bardzo namiętnie prof. STRUEMPELL, twierdząc stanowczo, że wśród 30—40-tu chorych-sklerotyków, jakich pamięta, a 24-ch, których szczególnie w tym kierunku bardzo dokładnemu poddał badaniu, nie znalazło się ani jednego z zakażeniem w wywiadach. Również odrzucić należy wpływ zatrucia (wysokiem, ołowiem i t. d.), zaznaczanego wielokrotnie w ostatnich czasach przez OPPENHEIM'a, a którego nie mógł stwierdzić S. u żadnego z chorych swoich, nawiasem mówiąc, rekrutujących się głównie z ludności wiejskiej. Anatomia patologiczna stwardnienia należy też do spraw wielce spornych. Zwolennicy teorii zakażno-zatruciowej skłonni są widzieć *primum nocens* w układzie naczyniowym, czyli uważać stwardnienie za skutek ostrego lub podostrego, ogniskowego lub rozsianego zapalenia mózgu. Przypuszczenie to, wypowiedziane również przez

MARIE'go, (teorii tej przed MARIE bronili już LEYDEN, KAHLER i PICK; mniej wyraźne wzmianki o pochodzeniu naczyniowym stwardnienia znajdują się już u RIBBERT'a i RINDFLEISCH'a. Uw. sprawozd.) jest, zdaniem STRUEMPELL'a, też bardzo problematyczne, nie znamy bowiem żadnego cierpienia naczyniowego, któreby się zawsze i wszędzie umiejscawiać miało wyłącznie w naczyniach ośrodkowego układu nerwowego. Młody wiek osobników, chorobą tą dotkniętych, brak danych wywiadowczych, za cierpieniem swoistem przemawiających, swoistość zmian w ścianach naczyniowych, świadczą przeciwko miażdżycy pierwotnej i przymiotowi, tych najczęstszych przyczyn chorób organicznych układu nerwowego. Wobec tego nie bez słuszności stawia STRUEMPELL pytanie, czy mamy wogóle prawo i dostateczne dane zaliczać *sclérose en plaques* do chorób o pochodzeniu zewnątrzustrojowym (*exogen*), czy nie byłoby racjonalniej upatrywać w stwardnieniu skutek wrodzonego usposobienia, jak to bywa w większości chorób systematycznych, rodzinnych i dziedzicznych. Występowanie choroby w wieku młodym, nieraz już w dzieciństwie, wyłączenie prawie uszkodzenie tkanki glejowej przy względnie dobrze zachowanych cylindrach osiowych, czego się nie znajduje przy żadnym cierpieniu nerwowym (pochodzenia zewnątrzustrojowego) zdaje się, tembardziej przemawia, za upośledzeniem wrodzonym. *Sclerosis multiplex* odpowiadałaby wtedy gliozie wieloogniskowej (*multiple Gliose*), analogicznie do wrodzonej gliozy ograniczonej, czyli hydro- i syringomyelii. Neurofibromatoza rozsiana, włókniaki, tłuszczaki, nerwiaki wielorakie znane są oddawna jako choroby wrodzone, a często i rodzinno-dziedziczne.

Na poparcie swojego twierdzenia przytacza autor dwa własne spostrzeżenia, gdzie stwardnienie wieloogniskowe wikało cierpienie nerwowe, niewątpliwie na wrodzonym tle neuropatycznym powstałe: a) *scl. multip. + hydromyelia*, b) *scl. multip. + hydromyelia + gliosis centralis*. Dla zakażenia i zatrucia pozostałaby wtedy rola drugorzędna, jedynie rola czynnika, wywołującego bezpośrednio wybuch choroby wrodzonej, jak to widzimy nieraz przy dziedzicznej chorobie FRIEDREICH'a, przy rodzinnych dystrofiach ERB'a, występujących po urazie, wzruszeniu psychicznym, chorobie zakaźnej, zatruciu i t. p.

W końcu STRUEMPELL robi kilka krótkich uwag w sprawie symptomatologii. Odruchów brzusznych brak u osobników prawidłowych w 13,5%, u sklerotyków w 67% przypadków. T. zw. drżenie zamiarowe (*Intensionszittern*) w większości przypadków nie różni się niczem od zwykłego bezładu (*ataxia*), spotykanego przy wadzie, chorobie FRIEDREICH'a, wieloogniskowych zapaleniach nerwów i t. d. Czy i przyczyna bezładu przy stwardnieniu jest ta sama, co w bezładzie ruchowym (*tabes*) trudno na razie rozstrzygnąć, gdyż przy pierwszym brak zmian czuciowych prawie stale, gdy przy drugim znajdują się one na pierwszym planie.

(*Neurologisches Centralblatt. Nr. 21. 1896*).

97. R. KRAFFT-EBING. **Przyczynek do etyologii stwardnienia wieloogniskowego mózgodzeniowego (*sclerosis multiplex*)**. Na wstępie autor, opierając się na własnym doświadczeniu klinicznym, usiłuje wyłączyć z momentów przyczynowych stwardnienia mózgodzeniowego wspomniane zwykle w podręcznikach nadużycia płciowe, alkoholizm, urazy mechaniczne i psychiczne. Przymiot również żadnej nie odgrywa roli. Wybitny wpływ ma wiek i najbardziej skłonne są lata dojrzewania płciowego i męskości od 15 do 40 lat. Wpływ płci oraz dziedziczności neuropatycznej jest bardzo wątpliwy. Zakażenia oraz zatrucia nie odgrywają bynajmniej tej przeważającej roli, jaką im większość neuropatologów skłonna jest przypisywać. W 100 dokładnie w tym kierunku zbadanych przypadkach (58 mężczyzn, 42 kobiet) autor bardzo rzadko mógł się przekonać o pochodzeniu pozakaźnym

cierpienia. Bardzo często natomiast wspomniany bywa inny moment przyczynowy, do którego lekarze zazwyczaj, a niesłusznie, z niedowierzaniem się odnoszą, mianowicie przeziębienie.

Odpowiednio do częstości i natężenia działania zimna KR. - EBING odróżnia dwie grupy stwardnień: 1) stwardnienia rozsiane, powstałe wskutek stałego oddziaływania zbyt niskiej ciepłoty na cały ustroj lub pewną część ciała; 2) stwardnienia powstałe wskutek jednorazowego przeziębienia lub przemoczenia skóry. Stwardnienia, do pierwszej kategorii należące, są częstsze, rozwijają się stopniowo, mają przebieg bardzo przewlekły; stwardnienia po jednorazowym silnym działaniu zimna powstałe są rzadkie, rozpoczynają się ostro, odznaczają się względnie szybkim przebiegiem choroby. Stwardnienie, zdaniem autora, ma powstawać wskutek zaburzeń w krwiobiegu i odżywianiu układu nerwowego, wywołanych na drodze naczynioruchowej przez nagłe lub ciągłe oziębienie skóry. Być bardzo może, że przy stwardnieniach pozakaźnych nie toksyny hipotetyczne zasadniczą odgrywają rolę, lecz patologicznie wzmoczona wrażliwość ustroju, chorobą gorączkową osłabionego, na bodźce termiczne.

(*Wiener klin. Wochenschr.* N. 51. 1896).

98. H. EICHHORST. **O stwardnieniu wieloogniskowem mózgodzeniowem (*Herd-sclerose*) dziedzicznym oraz wieku dziecięcego.** Stwardnienie wieloogniskowe zdarza się u dzieci bardzo rzadko. MARIE zdołał zebrać z piśmiennictwa lekarskiego do roku 1893—14 odnośnych spostrzeżeń, UNGER do r. 1887—10, MONCORVO do r. 1888—21, NOLDA do r. 1891—26. Pomijając bardzo wątpliwe spostrzeżenia STOEHR'a, CAMP'a i BARTHEZ'a, przytaczane przez JACCOUD'a, uważano jako dowody anatomicopatologiczne istnienia stwardnienia w wieku dziecięcym zarówno klinicznie jak mikroskopowo dość nieścisłe badane przypadki ZENHER'a (1870), SCHUELE'go (1870) i POLLACK'a (1881). Przy bliższem jednak poznaniu choroby LITTLE'go, zapaleń mózgu ostrych i porodowych porażień mózgowych u dzieci zaczęto się bardzo sceptycznie zapatrywać na przypadki stwardnienia w wieku dziecięcym. MARIE, który sprawę tę w swoim czasie sam na porządek dzienny wprowadził i pierwszy odnośne piśmiennictwo zebrał, w ostatnich czasach nieco krytyczniej i oględniej o niej się wyraża (*Traité de Médecine*—CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD, t. VI. str. 365): „większa część wzmiankowanych przez autorów przypadków — a dotyczy to również mojej własnej pracy—niesłusznie zaliczona została do *sclerosis multiplex*; należy ona raczej do rozlanego stwardnienia mózgowia lub do chorób oponowych, częstych u dzieci“¹⁾.

Artykuł E., omawiający dwa przypadki klinicznie i pośmiertnie zbadanego stwardnienia u matki i syna, na szczególniejszą zasługuje wzmiankę, gdyż nie tylko dowodzi istnienia choroby tej we wczesnem dzieciństwie, lecz świadczy także w sposób niezbity o możliwości jej odziedziczenia.

U matki, kobiety 36-letniej, pierwsze objawy choroby wystąpiły w 23-im roku życia po połogu. Główne obostrzenia stwierdzono przy następnych dwóch, rok po roku odbytych porodach. Z objawów pierwotnych były notowane: drżenie zamiarowe (*Intenzionszittern*) kończyn, tułowia i głowy, bieganie oczu (*nystagmus*), mowa powolna i skandowana, napady śmiechu mimowolnego, wzmoczenie odruchów ścięgnistych i osłabienie wzroku z prawej strony. W następstwie rozwijały się stopniowo obok przykurczeń zginaczy kończyn dolnych i upośledzenia inteligencji liczne zaburzenia ze strony narządu wzrokowego: obustronne porażenie nerwu okoru-

¹⁾ Jeszcze bardziej kategorycznie brzmiał późniejsze twierdzenie tegoż autora (*Rev. Neurol.* 1895. Nr. 4): „La sclérose en plaques de l'enfant est une chose exceptionnelle si non inconnue“. (Uw. sprawozd.).

chowego, zanik nerwów wzrokowych i nierówność źrenic. Zaburzeń czuciowych i odżywczych nie było przez cały czas choroby.

U 8-letniego syna, cierpieniem dotkniętego, pierwszy objaw chorobowy, drżenie zamiarowe, wystąpił już w bardzo wczesnym wieku. W ostatnim roku życia choroba szybko robiła postępy: mowa stała się skandowana, zdolności umysłowe znikły, drżenie bezładowe potęgowało się, wystąpił *nystagmus*, *ptosis* obustronna, nierówność źrenic, zanik nerwów wzrokowych oraz niedowład obu *nn. abducentes*.

Zmiany anatomo-patologiczne były w obu przypadkach identyczne co do umiejscowienia i natężenia: drobne, golem okiem ledwie dostrzegalne, wysepkisklerotyczne, licznie w rdzeniu rozsiane. Rdzeń przedłużony, most VAROL'a i mózgowie nietknięte pomimo wybitnych zaburzeń klinicznych. Że najbardziej za życia wyrażonym objawom odpowiadają nieraz nieznaczące zmiany anatomiczne i *vice versa*, jest to fakt, wielokrotnie przez autorów przy stwierdzeniu wieloogniskowem notowany. „Zdaniem naszym, kończy EICHHORST pracę swoją, przytoczone spostrzeżenia żadnej nie pozostawiają wątpliwości, że *sclerosis multiplex* należy do chorób o cechach dziedzicznych“²⁾.

(*Virchow's Archiv. T. 146. Z. II. 1896*).

Higier.

99. RITTER. **O plombowaniu zębów mlecznych.** Bardzo często spotyka się lekarz ze sprawą plombowania zębów mlecznych. R. radzi czyścić zęby miękką szczoteczką i obojętnym proszkiem, poczynawszy od 3 roku życia, od 6 zaś co kwartał badać stan zębów. Utrzymuje on, że przy troskliwym zachowywaniu zębów i jamy ustnej w czystości niezmiernie rzadko dzieci poniżej lat 5 uskarżają się na ból zębów. Skargi te najczęściej mają miejsce przy zapaleniu mięszu zębowego, a leczenie za pomocą przypalania i następczego plombowania może być z powodu trudności i niezmiernej bolesności wykonywane tylko u dzieci bardzo inteligentnych. Z tego powodu w większości przypadków R. usuwa ząb chory. Pod koniec 5 roku postać rzeczy się zmienia. Przy umiejętnem zachowaniu się z dzieckiem można wykonać zmuśny rękoczyn. Plombować należy nie złotem, lecz gutaperką, cementem lub amalgamatem.

Przy leczeniu zapalenia mięszu zębowego (*pulpitis*) wystarcza w zupełności czysty kwas karbolowy.

Szczególną pieczę otoczyć należy pierwsze stałe zęby trzonowe, zjawiające się zwykle około 6 roku, przeważnie wcześniej w szczęce dolnej. Są one błędnie nieraz za zęby mleczne uważane i wskutek tego nie ulegają zaplombowaniu we właściwym czasie. A właśnie te zęby nader rychło się psują i należy je raczej usunąć w przypadku, gdy nie były we właściwej porze zaplombowane, albowiem leczenie zachowawcze jest niepewne i grozi zapaleniem przewlekłym gruczołów chłonnych szyi.

(*Centralblatt für Kinderheilkunde. 1896. Nr. 9*).

M. Kraushar.

100. O. HAGEN-TORN. **Krzywica i zależność jej od wilgotności stosunkowej.** Zastanawiając się nad mapą Rosyi i uwzględniając stosunkową wilgotność roczną powietrza w rozmaitych okolicach, HAGEN-TORN wnosi, że krzywica szerzy się najbardziej tam, gdzie wilgotność jest największa; wraz ze zmniejszaniem się ostatniej coraz rzadziej się pojawia. Na tej zasadzie autor przypuszcza, że krzywica jest cierpieniem endemicznem, zależnem od wilgotności względnej rocznej danej miejscowości, czem też objaśnić można znaczne wahania w częstości pojawiania się

²⁾ Tęgoż zdania o stwierdzeniu rozslaniem, zdaje się, jest w ostatniej swej pracy prof. STRUEMPPELL. (Uw. sprawozd.).

jej w rozmaitej porze roku. Zaburzenia w przewodzie pokarmowym są następstwem krzywicy, która charakteryzuje się zmianami we wszystkich narządach. Zaburzenia w odżywianiu ustroju i w rozwoju kośćca są następstwem zmian w przemianie materii zachodzących, które znów uwarunkowane bywają stanem wilgotności w tkankach ustroju.

Krzywica jest jakby stanem fizyologicznym w tych miejscowościach, w których względna wilgotność roczna stanowi 8° , między 8° i 7° rozwija się ona tylko przy szczególnie niesprzyjających warunkach, poniżej zaś 7° zdarza się ona wyjątkowo.

Wracz. 1896 Nr. 17.

M. Kraushar.

101. A. LUSTIG i GALEOTTI. **Szczepienia ochronne przeciwko dżumie.** Po długotrwałych próbach autorzy otrzymali z hodowli laseczników dżumy na agarze szczepionki wolne od laseczników, lecz bardzo jadowite i uodparniające zwierzęta przeciwko najbardziej groźnym postaciom zarazy. Szczepionki te otrzymuje się w sposób następujący: hodowlę trzydniową laseczników o stałej jadowitości, otrzymaną na agarze przy 37° C., rozpuszcza się w 1% roztworze ługu potasowego, zabijającego bakterie, następnie zaś strąca się szczepionki przez dodanie kwasu solnego lub octowego; pierwszy sposób jest lepszy, najmniejsza bowiem dawka śmiertelna otrzymanej szczepionki wynosi 0,00835 na 100,0 wagi zwierzęcia, dawka zaś szczepionki strąconej kwasem octowym wynosi 0,06525 na taką wagę. Osad suszy się w przestrzeni bezpowietrznej w obecności kwasu siarczanego, rozpuszcza w jałowej zasadowej nieco wodzie i przecedza przez filtr CHAMBERLAND'a.

Co się tyczy działania szczepionek na zwierzęta (myszy, szczury, króliki), to po podskórnem jednokrotnem zastrzyknięciu nieznacznej ilości szczepionki, lub też najmniejszej dawki śmiertelnej w dawce rozdzielonej co drugi dzień, stają się one odporne przeciwko najbardziej jadowitym hodowlom dżumy i zachowują odporność jeszcze po pięciu tygodniach. Surowica krwi tych zwierząt posiada dużą siłę ochronną jeszcze we dwa tygodnie po zastrzyknięciu szczepionki; jeden cm. sz. takiej surowicy ochrania myszy i szczury przed dżumą i leczy je z niej.

Szczepionki są nieszkodliwe i dla ludzi, o czem przekonali się autorzy na sobie i czterech innych osobach. Podskórne zastrzyknięcia 5 mg. szczepionki w 1 cm. sz. wody jałowej powoduje tylko obrzmienie w miejscu ukłucia oraz nieznaczne osłabienie ogólne; objawy te znikają już po 48-iu godzinach. Mocz i ciepłota są prawidłowe.

Szczepionki te jako zupełnie nieszkodliwe dla ludzi, jałowe, a w dodatku otrzymywane w postaci suchej, zalecają się do prób dalszych.

(Deut. Med. Woch. 1897 N. 19).

Maksymilian Bernstein.

102. A. FEUCHTWANGER. **Leczenie zimnicy u dzieci.** Podczas pięcioletniego pobytu w Palestynie spostrzegał autor mnóstwo przypadków zimnicy i pomimo prób zastąpienia chininy innym jakimś środkiem leczniczym, chętniej przyjmowanym przez dzieci, był zniewolony powrócić do chininy. U dzieci stosował on głównie kwaśny siarczan chininy (*chininum bisulfuricum*), jako lepiej znoszony przez żołądek, aniżeli siarczan chininy. Dawka—tyle decygramów, względnie centygramów, ile dziecko ma lat, względnie miesięcy, 3 razy dziennie. U dzieci od 8 dni do 2 miesięcy chętniej stosował maść: Rp. *chin. sulf.* 2,0, *adip. suilli* 40,0 MDS. kilka razy dziennie wcierać pod pachę i w pachwinę. W razie, gdy małe dzieci nie znosiły kwaśnego siarczanu chininy stosował on świeczki z podwójną dawką. Gdy zaś czopki wywoływały wydymanie, dawał chininę z żółtkiem od jajka w ławatywie w takiejże dawce. Przy bólach nerwowych na tle zimnicy stosował z dobrym skutkiem *chin. valerian.* u starszych dzieci. W dwóch przypadkach *malariae perniciosae* stosował on

chinin. mur. podskórnie. Dzieci leżały w śpiączce, źrenice słabo oddziaływały, śledziona i wątroba były mocno powiększone, przytem częste wymioty, krwimocz i żółtaczką.

Po trzykrotnem podskórnem zastrzyknięciu *chin. mur.*, nieco rozcieńczonego kwasem solnym, krwimocz znikł odrazu, wymioty ustały dzięki polykaniu lodu, kąpiele o 27° R. wraz z zimnemi oblewaniem i okładami lodowymi na głowę zwalczyły śpiączkę. Dla uniknięcia nawrotu dawał autor jeszcze przez kilka dni chininę w małej dawce i napar chinowy. Pomimo to nawroty nie należały do wyjątków i nieraz doprowadzały do charłactwa zimniczego. W takich razach pewnej poprawy można było się spodziewać z przeprowadzenia leczenia arsenikiem.

Zmiana powietrza również często wspomaga działanie chininy. Starszym dzieciom dawał autor pigułki z *chin. muriat.*, *acid. arsenic.* i *ferr. reduct.*, a w przypadkach charłactwa przewlekłego stosował wino chinowo-żelazne.

(*Therap. Monatshefte* Nr. 8. 1896).

M. Kraushar.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 maja r. b.

TREŚĆ. 1) HALPERN — Przedstawienie chorego z niezwykle postacią przymiotu. 2) KRAJEWSKI — O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy. 3) PRZEWOSKI — Przedstawienie preparatów: a) dwóch uchylków tchawicy; b) *chylangioma cysticum mesenterii*.

1) Chory kol. HALPERNA, 44-letni mężczyzna, leczy się od roku bezskutecznie u różnych kolegów z powodu cierpień gardła, uszu i układu nerwowego. Obecnie widać na czole i w okolicy łopatki lewej grupy wykwitów skórnych, mające średnicy 3—4 cm., złożone w części z plam, przeważnie zaś z pęcherzyków o mętnej zawartości, wielkości śrótu, bez nacieczenia w sąsiedztwie. Nadto na kończynach, tułowiu, prąciu ma on poczęści rozsiane, poczęści ułożone w grupy, wykwity w postaci przeważnie krost; na powierzchni wyprostnej lewej dłoni *papula lenticularis*, w dolnej części prawej goleni zapalenie okostnej. Kol. H. uważa cierpienie to za przymiotowe (*syphilis pustulosa—varicella syphilitica*) i zamierza stosować leczenie swoiste, które stosował był już raz z pomyślnym wynikiem w spostrzeganym przez siebie przed kilku laty zupełnie podobnym przypadku.

2) Kol. KRAJEWSKI wygłosił odczyt p. t. „O leczeniu operacyjnem wypadnięcia odbytnicy“. Wszystkie metody operacyjne, mające za zadanie leczenie wypadnięcia odbytnicy, można podzielić na trzy grupy. 1-sza grupa. Metody polegające na zwężeniu кишки i odbytu: a) operacja KEHRER'a (zeszycie zwieracza po uprzedniem obnażeniu go przez wycięcie z błony śluzowej odbytu trójkąta, zwróconego wierzchołkiem w głąb кишки, podstawą zaś ku otworowi stolcowemu); b) operacja J. ROBERTS'a (wycięcie części zwieracza oraz trójkąta z całej grubości кишки); c) operacja THIERSCH'a (zwężenie кишки za pomocą szeregu pierścieni drucianych przeprowadzonych w błonie podśluzowej). Wszystkie te metody prelegent uważa za niedość radykalne i niezabezpieczające od nawrotów cierpienia. 2 ga grupa. Metody, polegające na wycięciu wypadłej części кишки (*resectio recti*). Twórcą tej idei był SABATIER, w czyn zaś wprowadził ją AUFFRET, za nim zaś poszli: MIKULICZ, BILLROTH, NICOLADONI, MATLAKOWSKI, JULLIARD, PERIER, NÉLATON, BOIFFIN, BOGDANIK, KROENLEIN, HOFFA i inni. Wszystkie cztery spostrzegane przez siebie przypadki kol. KRAJEWSKI operował podług tej właśnie metody. Wprowadził on do niej parę zmian, i postępuje w sposób następujący. Po uśpieniu chorego i ujęciu wypadłej кишки

z obu stron kleszczykami MUSEUX'a, wprowadza do niej wałek drewniany, mający w średnicy $2\frac{1}{2}$ cm. i opatrzony u góry nasadą w kształcie oliwki z głębokim naokoło rowem, dającą się odśrubować; gdy rowek znajdzie się w bliskości odbytu, kol. K. zawija na kieszce sprężystą przewiazkę w miejscu odpowiadającem rowkowi, odśrubowuje wałek, przecina wzdłuż przednią część wypadłej kiszki, otwierając tym sposobem jamę DOUGLAS'a i odprowadza ewentualnie mogącą się w niej znaleźć pętlę kiszki lub sieć; następnie idąc równolegle do przewiazki i w odległości 1 cm. od niej, odcina powoli stopniowo całą wypadłą kiszkę, chwytając w miarę odcinania część pozostającą w kleszczyki; następnie, podwiązawszy widoczne naczynia, przeprowadza szereg podwójnych nitek przez obie ściany kiszki w odległości pół cm. i wiąże je na wewnętrznej i zewnętrznej stronie ścian kikutu w ten sposób, że każda z dwóch nitek, przeprowadzonych przez jeden otwór, łączy się z sąsiednią, przez co tworzy się nieprzerwany szereg podwiązek; wreszcie po zdjęciu przewiazki sprężystej i usunięciu oliwki odprowadza kikut poza otwór stolcowy wraz z grubym drenem, owiniętym w muślin jodoformowy. Ujemne strony tej metody operacyjnej kol. KRAJEWSKI widzi w możliwości powstawania następnego zwężenia, nawrotów choroby i wreszcie pęknięcia blizny z wypadnięciem przez powstały w ten sposób otwór pętli kiskowej z jamy brzusznej. 3-cia grupa. Metody, polegające na umocowaniu kiszki w położeniu niemożliwiającem jej wypadanie. Tu należą: a) *rectorrhaphia verticalis* LONG'a, b) *rectopexia* VERNEUIL'a, c) *recto-coccygopexia cum rectorrhaphia transversali* GÉRARD-MARCHANT'a i wreszcie d) *colopexia* ALLINGHAM-JEANNEL'a. Ostatnia z tych operacji jest—zdaniem prelegenta—najwięcej odpowiadającą swemu zadaniu; przy niej wydłużoną kreskę odbytnicy przyszywa się do przedniej ściany brzusznej. Wnioski ostateczne, do jakich dochodzi kol. KRAJEWSKI są następujące: 1) we wszystkich niepowikłanych przypadkach wypadnięcia odbytnicy wskazana jest *colopexia*; 2) w przypadkach, powikłanych zgorzela, owrzodzeniami, nieodprowadzalnością wypadłej kiszki, należy wykonywać *resectionem recti*.

3) Prof. PRZEWOSKI okazał a) dwa preparaty uchyłków tchawicy. Pierwszy z nich pochodził z 22-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu znacznej dziedzicznej rozedmy płuc. Przy badaniu zwłok znaleziono rozlany nieżyty dróg oddechowych, rozszerzenie oskrzeli i tchawicy z wyraźną prążkowatością podłużną na tylnej jej ścianie, wreszcie dwa uchyłki w środkowej części ściany błoniastej tchawicy z prawej strony, wielkości gołębiego jaja, wypełnione śluzem i łączące się ze światłem tchawicy zapomocą otworków o 2 mm. średnicy; oprócz tego w górnej części ściany błoniastej prawego głównego oskrzela jeden jeszcze uchyłek wielkości ziarnka grochu. W drugim przypadku, tyczącym 72-letniego mężczyzny, zmarłego również wskutek rozedmy płuc, znaleziono przy badaniu zwłok, oprócz rozlanego nieżyty oraz rozszerzenia tchawicy i oskrzeli, pięć uchyłków kolbowatych wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego z prawej strony ściany błoniastej tchawicy w jej części środkowej. Co się tyczy powstawania takich uchyłków, to wbrew zdaniu ROKITANSKY'ego, jakoby były one wynikiem rozrostu i rozszerzenia gruczołów śluzowych tchawicy, prof. PRZEWOSKI uważa je tylko za miejscowe wypuklenie ściany tchawicy bez udziału gruczołów, do powstawania którego usposabia nieżyty przewlekły oraz rozszerzenie tchawicy i głównych oskrzeli w następstwie ciągłego kaszlu. Wskutek wzmożonego ciśnienia rozsuwają się podłużne pęczki włókien sprężystych (warunkując prążkowatość podłużną), błona śluzowa opiera się przeto na leżących tuż pod nimi pęczkach gładkich włókien mięsnych (prążkowatość poprzeczna); w dalszym ciągu błona rozsuwa włókna mięsne, i odpychając błonę włóknistą z jej grubymi naczyniami, daje początek uchyłkom;

w ten sposób szyja uchyłków ma od góry i od dołu włókna mięsne, a z boków pęczki włókien sprężystych, sam zaś worek uchyłka leży między warstwą włókien mięsnych a błoną włóknistą tchawicy. Budowa histologiczna ściany uchyłka odpowiada zupełnie budowie prawidłowej błony śluzowej tchawicy: nabłonek wielowarstwowy rzęskowy, zmieniony niekiedy na wielowarstwowy płaski, gruba podnabłonkowa błona szklista, poprzeczne włókna sprężyste, które, jak to przekonały prelegenta odnośne badania, w ścianie tchawicy leżą przed podłużnymi, wreszcie gruczoły śluzowe w mniejszej lub większej ilości. Co się tyczy znaczenia klinicznego uchyłków, to wogóle jest ono niewielkie, chyba, że dochodzą one do znacznie większych rozmiarów. Odnośnie do zejścia uchyłków, to mogą one pozostawać przez całe życie *in statu quo* jako twory nieszkodliwe; czasami, skutkiem zarośnięcia szyi, tworzą one małe torbiele; w innych razach, wskutek przedziurawienia się owrzodzeń, znajdujących się w ich ścianach, mogą one warunkować powstawanie ropienia *in mediastino posteriori*; niekiedy na ścianach uchyłków usadawiają się gruzelki.

W dyskusji prof. HOYER zwraca uwagę, że przemiana nabłonka wielowarstwowego rzęskowego w tchawicy na wielowarstwowy płaski jest zjawiskiem stosunkowo częstym przy niezbytach przewlekłych; zaznacza dalej, że w krtani u osobników starszych spostrzegał woreczki, co do których nie miał wątpliwości, iż były to rozszerzone przewody gruczołowe; zapytuje wreszcie, co prelegent uważa za pierwszą przyczynę rozsuwania się włókien sprężystych i mięsnych.

Prof. PRZEWOSKI odpowiada, że nie sądzi, aby w powstawaniu uchyłków tchawicy jakkolwiek rolę odgrywały gruczoły śluzowe; gdyby bowiem tak było, to uchyłki takie możnaby znaleźć wszędzie, a nie w jednym tylko miejscu t. j. z prawej strony ściany błoniastej tchawicy, gdzie najmocniej występuje rozsuwanie się podłużnych pęczków włókien sprężystych; jako pierwszą przyczynę takiego rozsuwania się uważa prelegent rozszerzanie się tchawicy z powodu kaszlu.

Kol. Edw. ZIELIŃSKI tłumaczy występowanie uchyłków wyłącznie z prawej strony tą okolicznością, że lewa połowa przepony ruchliwsza jest niż prawa, przeto przy kaszlu powietrze z większą siłą uderza w prawą stronę tchawicy niż w lewą.

Kol. SĘDZIAK wspomina o przypadku uchyłka tchawicy, opisanym przez WOLFENDEN'a w r. 1888, kol. SZTEYNER zaś wspomina o podobnym opisie BARĄCZA w „Gazecie Lekarskiej“.

Prof. BARANOWSKI z powodu użytego przez prelegenta wyrażenia „dziedziczna“ rozedma zwraca uwagę, że dziedziczność powinna być tu rozumiana w ten chyba sposób, że chory ulegał narówni z rodzicami tym samemu wpływowi, które powodują rozedmę płuc.

Prof. PRZEWOSKI, używając wyrażenia „dziedziczna“ rozedma, miał na myśli pewną odziedziczoną wadłość tkanki płucnej, tak jak np. dziedziczą się żylaki i t. p.

b) Następnie prof. PRZEWOSKI przedstawił preparat wyjętego z 46-letniego mężczyzny *chylangoma cysticum mesenterii*, w postaci worka wielkości jaja kurzego pomiędzy blaszkami krezki, o 2 cm. od brzegu kiszkiowego krezki, na wysokości średniej części kiszki czczej. Zawierał on żółtawy gęsty płyn (mleczko), złożony z kulek tłuszczowych z domieszką leukocytów. Cienka (1—2 mm.) ściana worka składa się z tkanki łącznej włóknistej z niewielką ilością płaskich lub wrzecionowatych komórek; tkanka ta złożona jest jakby z przylegających do siebie warstw i zawiera szczególnie w średniej części ściany worka dużo włókien sprężystych oraz gdzieśgdyś gładkie włókna mięsne; między warstwami znajdują się grupy komórek podobnych do białych ciałek krwi. Na wewnętrznej powierzchni worka tu i owdzie zmienione komórki śródbłonkowe, dokoła zaś niego luźna tkanka łączna. W kosmkach kiszki cienkich można znaleźć rozszerzone i wypełnione mlekiem naczyń chłonne.

O drożdżach chorobotwórczych.

Mniemaniem do niedawna powszechnem było, że drożdże nie są ustrojami, któreby mogły wywoływać działanie chorobotwórcze w ustrojach zwierzęcych. Mniemanie to, zdawało się, potwierdzały badania NEUMAYER'a i RAUMA. Pierwszy z nich przekonał się, badając rozmaite szlachetne odmiany drożdży, że wprowadzone pod skórę zwierzętom nie wywołują one nigdy zmian niepomyślnych, przeciwnie same dość szybko giną. Również bez szkody można je wprowadzać do żołądka nawet w znacznych ilościach, byle zachować przytem ostrożność, polegającą na usunięciu pokarmów zdolnych do fermentacji, wtedy bowiem wskutek nadmiaru wytworów fermentacyjnych łatwo wywołać niezbyt żołądka. Wprowadzone do żył w drobnych dawkach wywołują drożdże u królików jedynie gorączkę, dopiero przy dawkach dużych zjawia się duszność, obniżenie ciepłoty ciała, utrata sił i śmierć.

RAUM spostrzegał również te same objawy, ale jedynie wtedy, gdy do żył wprowadzał duże dawki drożdży. Zmiany u królików padłych polegały na zatkaniu naczyń płucnych komórkami drożdżowemi; w innych narządach zmian nie znajdowano. W jednym przypadku część hodowli drożdży dostała się przy zastrzykiwaniu zamiast do żyły usznej, do tkanki łącznej. Wynikiem było utworzenie się guza, zawierającego masę serowatą z komórkami drożdżowemi.

Dopiero w roku 1895 zaczęły zjawiać się spostrzeżenia dowodzące związku drożdży z rozmaitemi sprawami chorobowemi. Pierwszym, który uczynił takie spostrzeżenie był BUSSE. Chodziło tu o kobietę, u której rozpoznano za życia mięsak miękki piersi, przy badaniu jednak pośmiertnem okazało się, że był to przypadek szczególny ropnicy przewlekłej, gdzie w ogniskach ropnych w skórze, kościach, śledzionie, nerkach i rogówce oprócz wielkiej ilości komórek olbrzymich znaleziono dużo jasnych, przezroczystych ciałek, poczęści leżących luźno, poczęści zawartych w komórkach olbrzymich, a podobnych do tych utworów, które przez rozmaitych badaczy opisane zostały pod nazwą kokcydyi w rakach. Ciałka te udało się wyhodować na pożywkach pospolitych, wszelkie zaś cechy morfologiczne i biologiczne zgadzają się z własnościami drożdży; najciekawsze jest, że wywołują one fermentację alkoholową. Szczepione zwierzętom wywołują te drożdże w rozmaitych miejscach zapalenie ograniczone, często z zejściem w ropienie, z dążnością jednak do wyzdrowienia. U białych myszy wywołują one śmierć, poczem można je znaleźć w wielkiej ilości we krwi. W hodowli są one białe; komórki pojedyncze są kuliste, wielkości dużego jądra komórkowego aż do wielkości komórki wątrobowej.

COLPE opisał jeden przypadek *endometritidis cervicalis chronicae* u 23-letniej kobiety, gdzie za przyczynę cierpienia uważać należy jedynie drożdże, ponieważ w wydzielinie szyi macicznej wykryto znaczną ich obfitość przy braku innych pasorzytów i ponieważ po nieudanem stosowaniu leczenia pospolitego dopiero środki swoiste drożdżobójcze—kwas mleczny i salicylowy—zastosowane w postaci irygacji, usunęły sprawę. Drożdże powyższe wyhodowano, a hodowla wprowadzona do pochwy królika, wywołała dość obfity wpływ surowiczy, trwający około dwóch tygodni.

Bez porównania ciekawsze, niż oba powyżej przytoczone, są spostrzeżenia lekarzy włoskich. Z pomiędzy nich pierwszy SAN FELICE znalazł przy badaniu drożdży, wywołujących fermentację niektórych soków owocowych, pewien gatunek, wywołujący ciekawe zmiany anatomiczne u zwierząt. Drożdże te rozwijają się dobrze na wszelkich pożywkach sztucznych; białe, niekiedy z żółtawym odcieniem, mało

charakterystyczne hodowle, nie rozrzedzające żelatyny, przypominają najbardziej hodowle *sacch. elipsoideus*, wskutek zaś własności chorobotwórczych *S. nadai* im nazwę *s. neoformans*. Są one podobne do drożdży wyhodowanych w przypadku BUSSE'go. Po dokładnym opisie cech morfologicznych zaprzecza *S.* zgodnie z RAUMEM istnieniu jądra i sądzi, że pewne silnie błyszczące ciała w zarodki komórek, uważane przez niektórych to za jądra, to za zarodniki, to nawet za jąderka, mogą być uważane co najwyżej za szczątkowy równoważnik jądra, podobnie jak ziarna chromatynowe w bakterjach.

Drożdże te obdarzone są własnością chorobotwórczą bez względu na sposób hodowania; wprowadzone świnkom do tkanki łącznej podskórnej, do jąder, wątroby i jamy brzusznej wywołują śmierć mniej więcej po jednakowym przeciągu czasu. Nie udaje się tylko zarazić świnek przez przewód pokarmowy. Po zakażeniu pod skórę zjawia się w parę dni guz dochodzący stopniowo do wielkości orzecha, ulegający niekiedy owrzodzeniu; prawie jednocześnie zajęte zostają gruczoły pachwinowe i pachowe. Przy badaniu pośmiertnym (mniej więcej w miesiąc po zaszczepieniu) widać, że guz pierwotny składa się z tkanki podobnej do mięsa rybiego; guzy w gruczołach chłonnych są takie same; śledziona jest powiększona i usiana białymi guzikami i plamami na powierzchni i w głębi; wątroba zmienia się mało i niewiele na niej plamek; na nerkach plamek więcej; gruczoły kiszkowe i krezkowe silnie powiększone; płuca również powiększone, poczęści zwątrobiałe i pokryte plamami. W mózgu, sercu i nadnerczach zmian nie ma.

Przy zakażeniu do jąder następuje śmierć po 25 dniach; zmiany są podobne do poprzednich, lecz słabiej wyrażone; najsilniejsze zmiany widać w jądrach i przyjadrach charakterystycznie zwyrodniałych. To samo bywa u zwierząt zakażonych do wątroby, z tą naturalnie różnicą, że siedliskiem największych zmian jest wątroba. Największe zmiany występują po zakażeniu do otrzewny. Zjawia się wtedy ciężkie nowotworowe zapalenie otrzewny; cała jej powierzchnia pokrywa się mlecznym płynem, a w wielu miejscach otrzewny przysiennej widać wydatte guziczki wielkości od ziarnka owsa do ziarna grochu. Sieć wielka i większa część kiszek pokryta jest prawie cała takimiż guziczkami; gruczoły krezkowe silnie powiększone; w innych narządach zmiany takie, jak wyżej opisane, lecz znacznie silniej wyrażone.

We wszystkich tkankach zajętych sprawą opisaną znajduje się zawsze bardzo dużo komórek drożdżowych, mających tu zawsze postać kulistą. W niektórych szczegółach różnią się te komórki od hodowanych na pożywkach sztucznych, przybierają jednak na powrót postać pierwotną, skoro z narządów przenieść je np. na żelatynę. W tkankach widać też postaci zwyrodniałe drożdży, a niekiedy i zjawisko fagocytozy; łatwo także napotkać postaci pączkujące. Bardzo dobrze udaje się barwić skrawki podwójnie, np. tkanki karminem litowym, a drożdże płynem EHRlich'a, albo jednocześnie mieszaniną wodnej safraniny i alkoholowo-wodnej zieleni malachitowej. Drożdże są wtedy zabarwione zielono, a tkanki czerwono. Bardzo dobre są także metody, używane przez rozmaitych badaczy w celu barwienia pasorzytów raka. W każdym razie należy przedewszystkiem dokonać badania świeżych preparatów, albowiem niema wtedy żadnej obawy wywołania zmian sztucznych przez rozmaite sposoby preparowania; badanie na świeżo wykonać łatwo, pasorzytów bowiem spotyka się prawie wszędzie mnóstwo, nie tak, jak w pospolitych nowotworach u ludzi i zwierząt.

Badanie mikroskopowe prowadzi do wniosku, że drożdże powyższe wywołują u świnek zakażenie ogólne po wprowadzeniu ich czy pod skórę, czy do otrzewny. Zakażenie wyraża się wytworzeniem guzów złożonych bardziej z pasorzytów, niż

z komórek zajętej tkanki. Komórki drożdżowe roznoszą się za pośrednictwem dróg chłonnych i krwionośnych i nie wywołują wcale odczynu zapalnego w swem otoczeniu. Odwracając to twierdzenie, można powiedzieć, że sprawa nowotworowa może być wywołana przez drożdże. Spostrzeżenie to sprawia, że SAN FELICE porównywa badania różnych autorów nad pasorzytami nowotworów złośliwych u ludzi z wynikami swej pracy i przychodzi do wniosku, że pasorzyty owe zaliczane do najniższych ustrojów zwierzęcych (*sporozoa*, *psorospermia*, *coccidia*) są niewątpliwie drożdżami. W rzeczy samej i opisy i rysunki owych pasorzytów tak uderzająco zgadzają się z tem, co przedstawił i opisał SAN FELICE, że każdemu musi mimowoli przyjść do głowy to podobieństwo. Jedyną różnicą jest tylko, że gdy w nowotworach u ludzi trudno znaleźć pasorzyty, to po zakażeniu świnek widać je całemi masami. To też S. zbadał kilka nowotworów pochodzących od zwierząt i od ludzi, i przekonał się o zupełnem podobieństwie morfologicznem tworów zwanych kokcydiami do rozmaitych postaci komórek s. *neoformans*. Za podobieństwem tem przemawia jeszcze okoliczność, że metody barwienia pasorzytów nowotworowych nadają się doskonale do barwienia różniczkowego drożdży w tkankach, jak to wyżej było wspomniane.

Wkrótce po spostrzeżeniu poprzedniem ogłosili MAFFUCI i SIRLEO przypadek dotyczący świnki, która padła jakoby wskutek uwiadu po zaszczepieniu pod skórę wątroby płodu, pochodzącego od osoby chorej na gruźlicę. Część wierzchołka lewego płuca tej świnki zamieniona była na tkankę o własności śluzakowej, zawierającą płyn włóknisty; obrzękle też były gruczoły śródpiersiowe i zmienione w sposób podobny do powyższego. Zmian w innych narządach nie było. Przy badaniu guza w płucach przekonali się M. i S., że wiele komórek nabłonkowych zawierało w sobie ciała wielkości białego krążka krwi a nawet większe, ciała o podwójnym konturze, z ziarnistym czarnym jądrem i szklistą otoczką, oddzielającą podwójny brzeg od reszty zarodki; wiele z tych ciałek leżało luźno pomiędzy komórkami nabłonkowymi. W gruczołach widać było twory te same. Ciała te wyhodowano; były to drożdże nazwane przez M. i S. *sacch. niger*. Świnki, którym zaszczepiono kawałki płuca, dostały miejscowego obrzęku ulegającego później owrzodzeniu; jednocześnie zajęte bywały gruczoły pachwinowe i pachowe. Na zasadzie badań dokonanych twierdzą M. i S. że: 1) istnieje gatunek drożdży chorobotwórczy, wywołujący sprawę nowotworową o przebiegu przewlekłym; komórki nowotworowe mogą wędrować przez drogi chłonne; pasorzyt żyje wewnątrz i zewnątrz komórek i może wędrować razem z komórkami; 2) pasorzyt ten niszczy komórki, w których się zagnieździ, lecz zarówno może być niszczony przez nie; wskutek tego powstaje wytwór patologiczny, mogący wcale pasorzyta swoistego nie zawierać.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= STARCK wbrew zdaniu OPPENHEIMER'a, jakoby powiększenie śledziony przy krzywicy było jednym z jej objawów, twierdzi, że jest to objaw samoistny, niezależny od krzywicy. Dość częste spostrzeganie tego objawu (autor w 68% krzywicy, KOHN zaś w 70%) jest zależne od tego, że dzieci mające krzywicę są zazwyczaj dotknięte i inną chorobą, powodującą obrzmienie bardzo wrażliwej w wieku dziecięcym śledziony; przemawia za tem również fakt, że w nader ciężkich przypadkach krzywicy objawu tego niema. Przyczynę

krzywicy upatruje S. zgodnie z VIERORDT'em w złem odżywianiu i niehigienicznych warunkach życia, obok czego gra pewną rolę skłonność europejczyków do krzywicy, w krajach bowiem zwrotnikowych krzywica jest chorobą nader rzadką. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. B. 57).

= PARROZZANI dokonał zeszycia rany serca z bardzo dobrym wynikiem. Chory został zraniony sztyletem w siódmym międzyżebżu wzdłuż linii sutkowej lewej i w chwili przyniesienia do szpitala oddechał powierzchownie, tony serca nie były słyszalne, rana silnie krwawiła. Po otwarciu klatki piersiowej, usunięciu skrzepów krwi z worka opłucny i przecięciu osierdzia uwidoczniła się tuż przy wierzchołku serca rana szerokości 2 cm., przez którą podczas każdego skurczu serca tryskał strumień krwi. P. nałożył cztery szwy na mięsień sercowy, sześć na osierdzie i zeszył ranę na klatce piersiowej. Operacja wykonana była bez uspienia, choremu zastrzykiwano kamforę, kofeinę i pół litra fizyologicznego roztworu soli. W godzinę po operacji tętno polepszyło się, a po 19-tu dniach stan chorego był zupełnie zadowalający. (Semaine méd. Nr. 23. 1897).

= MARIE stosował błękit metylenowy w jednym przypadku cukrzycy, gdzie ilość dobową cukru wynosiła 37,0. Po 15-to dniowym stosowaniu tego środka w dawce dziennej 0,6—1,2 cukier znikł zupełnie. Chory przestrzegał przytem ścisłą dyetę. (Soc. méd. des hopit. S. 7. V. 97).

= Przy padaczkę radzi POULET stosować obok dużych dawek bromu (5,0 — 8,0 *pro die*) ezerynę lub pikrotoksynę w dawce 0,001. (Med. Neuigk. Nr. 5. 97).

= Badając wpływ snu na trawienie pokarmów znajdujących się podówczas w żołądku, znalazł SCHUELE, co następuje: 1) kwaśność zawartości bywała zwiększona wogóle, większa niż podczas trawienia na jawie, samo zaś leżenie w łóżku tego nie wywoływało; 2) czynność ruchowa żołądka, (mianowicie wydalanie zawartości) było podczas snu zmniejszone prawdopodobnie wskutek zwiększonej kwaśności i skurczu odźwiernika. Nie należałoby więc kłaść się do łóżka z pełnym żołądkiem, jak nas zresztą poucza codzienne doświadczenie. (Berl. klin. Woch. 50 i 51. 1895).

= O nowym środku ściągającym, nozofenie i jego solach antynozynie i endo-

ksynie wyraża się ROSENHEIM pochlebnie, gdyż widział dobre skutki stosowania go w nieżytach przewlekłych przewodu kiskowego. Ciała to nie trujące i nie obciążające żołądka; działanie ich trwa po zaprzestaniu stosowania; na nieżyt gruźliczy i wrzody nie wywierają żadnego wpływu. Z 17 przypadków nieżytu przewlekłego kiszki 9 razy działał ten środek skutecznie. (Berl. klin. Woch. 30. 1895).

= FELDMANN spostrzegał 10-letniego chłopca, który połknął kostkę kurzą długości dwóch cm. Ponieważ bolesność przy łykaniu znikła następnego dnia, autor zaś nie mógł odnaleźć kostki, żaden zabieg przedsięwzięty nie był. Po upływie pięciu miesięcy wystąpiło w przedniej dolnej części szyi pomiędzy przyczepem obu mięśni sutkomostkoobojczykowych bolesne owrzodzenie wielkości jabłka; po otwarciu ropnia wypłynęła obficie ropa a wraz z nią i kostka. Chory wyzdrowiał zupełnie. (Wien. med. Presse. Nr. 2. 1897).

= TABURET i GAIDE stwierdzili zaporobiegawcze działanie chininy przy zimnicy. Praktykując w jednej z najbardziej błotnistych miejscowości Sudanu, stosują oni codziennie dawkę 0,2—0,3 jednorazowo i zawsze z dobrym wynikiem. (Journ. de méd. et chir. 25. III. 1897).

= APPLEBY spostrzegał dwa przypadki drgawek porodowych, gdzie jednokrotne wcieranie w powłoki brzuszne 50 kropli gwajakolu spowodowało natychmiastowe i trwałe wyzdrowienie. (Boston Journ. Berl. klin. Woch. Nr. 15).

= SAENGER stosuje od lat sześciu w nieżycie oskrzeli przewlekłym oraz ostrym, gdy płwocina staje się ropnośluzową, również i w gruźlicy płuc, *extr. fluid. hydrastis canad.* i z otrzymanych wyników jest bardzo zadowolony. Środek ten zmniejsza kaszel, ułatwia wykrztuszanie, czyni płwocinę bardziej śluzową i zmniejsza fizyczne objawy nieżytku. Badania porównawcze nad tym środkiem doprowadziły autora do wniosku, że działanie wykrztusne i przeciwnieżytkowe tego środka przewyższa działanie najbardziej rozpowszechnionych środków wykrztusnych, złagodzenie zaś kaszlu występuje wprawdzie później, niż po zażyciu preparatów makowca, jest jednak trwalsze. Dawka wynosi 20—30 kropli cztery razy dziennie w osłodzonej wodzie; ze względu na nieszkodliwość środka, stosować można i większe dawki. Żadnych pobocznych przykrych obja-

wów S. nie spostrzegał; u osób chorych na serce oraz wycieńczonych należy unikać dużych dawek. (Ctbl. f. innere Med. I. V. 1897).

= KLINGMUELLER i WEBER zbadali w jednym przypadku dżumy wszystkie wydzieliny i wydaliny chorego, krew, włosy, nabłonek skóry i zawartość sztucznie wywoływanych na skórze pęcherzy. Wynikiem tych badań było znalezienie swoistych drobnoustrojów prawie w każdym preparacie, we krwi, nabłonku, skrawkach skóry, pocie. Wobec tego obcowanie z chorymi wymaga wielkiej ostrożności. (Dtsch. med. Woch. Nr. 8. 1897).

= BLUMENTHAL spostrzegał przypadki duru brzuszego, gdzie przy prawidłowym zupełnie przebiegu choroby odczyn VIDAL'a wystąpił dopiero podczas zdrowienia. STADELMAN spostrzegał podobny przypadek. ujemny zatem wynik odczynu VIDAL'a nie zawsze wyłącza dur brzuszny. (Verein f. inn. Med. S. 12. IV. 1897).

= BOARI dokonał sześciu laparotomii przy gruźliczym zapaleniu otrzewny; pięciu chorych wyzdrowiało, jeden zmarł na gruźlicę płuc w 8 miesięcy po operacji. (Il. Policlin. 2. I. 1897).

= GLORIEUX przekonał się o skuteczności *bals. copaivae* przeciw nerwobólom nerwu kulszowego. Autor stosował go w dawce 40—50 kropli dziennie u trzech chorych, leczonych poprzednio bezskutecznie różnymi środkami. (La Sem. méd. 24. III. 1897).

= MAGAGNINI obala twierdzenie VICARELLI'ego, jakoby acetonuria u kobiet ciężarnych była pewną oznaką śmierci płodu. Autor spostrzegał ją w takich przypadkach stale, lecz znalazł ją również u 32% ciężarnych i prawie zawsze przy ciąży bliźniętami. (Gaz. degli Osped. Nr. 19. 1897).

= BROCCQ stosuje u chorych na dnę *extr. colchici* w dawce 0,02—0,03 *pro die*. Skutek następuje szybko, lecz aby otrzymać dobry wynik był trwały należy stosować lekarstwo czas dłuższy i postępująco zmniejszać dawkę. (Gaz. des hopit. Nr. 53. 1897).

= CICOGNANI chwali stosowanie itrolu i aktolu w chirurgii chorób nosa i uszów. W 9 przypadkach jednostronnego ropnego zapalenia ucha średniego, sprawa chorobowa znikła pod wpływem tych środków w przeciągu 16 do 25 dni. W 6

przypadkach obustronnego ropnego zapalenia ucha średniego C. z jednej strony stosował preparaty srebra, z drugiej zaś jodoform, kwas salicylowy, kwas borowy i t. d. Okazało się, że strona leczona zapomocą preparatów srebra goiła się znacznie szybciej, aniżeli strona przeciwna. C. widział również dobre działanie przy wydłutowaniu wyrostka sutkowego. Autor stosował zarówno itrol jako proszek, jako też i roztwory aktolu 2% — 1% i uważa preparaty te za najlepsze z dotychczasowych środków odkażających. (Centr. f. Chir. N. 28. 1897).

= GRADENIGO uważa ograniczoną bolesność przedniej ściany zatoki czołowej, występującą przy opukiwaniu palcem lub młotkiem za jeden z najważniejszych objawów rozpoznawczych ostrego zapalenia jamy czołowej. Na teje ograniczonej przestrzeni zauważyć można często nadczułość skóry. Przy badaniu rynoskopowem można zauważyć nieznaczne obrzmienie lub wydzielanie się kropli śluzu lub ropy z *hiatus semilunaris*. (Mon. f. Ohrenh. N. 4. 1897).

= DANZIGER, opierając się na 14 przypadkach z literatury i na 2 własnych spostrzeżeniach, przychodzi do wniosku, że pierwotne zapalenie ochrzestnej przegrody nosowej nie istnieje. W przypadkach, w których sprawa chorobowa powstaje niepostrzeżenie, bez ciężkich objawów ogólnych, zawsze przedtem istniała choroba nosa, wskutek której na przegrodzie rozwija się zakażenie błony śluzowej z następczem zajęciem chrząstki. Jeżeli zaś obrzmienie przegrody rozpoczyna się przy groźnych objawach ogólnych, to ropień, zdaniem D., jest następstwem grypy i wytworza się z wylewu krwi, który nierzadko spostrzegamy i w innych okolicach w przebiegu grypy. Tak samo jak przy zapaleniach ochrzestnej pochodzenia urazowego możemy przy operacji otrzymać tylko krew lub krew zmieszana z ropą; zależy to wyłącznie od tego, jak prędko po wytworzeniu się obrzmienia przegrody wykonana została operacja.

(Mon. f. Ohrenh. N. 1. 1897).

= HUOHARD zaleca następujące krople przeciw brakowi łaknienia, niezależnemu od chorób żołądka. Rp. *tinct. chinæ*, *tinct. colombo*, *tinct. gentian. aa* 5,0, *tinct. rhei* 3,0, *tinct. nucis vom.* 2,0. MDS. 20 kropli przed jedzeniem. (Gaz. des hopit. 6. IV. 1897).

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa
" acid. arsenicos	0,001
" aleos	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " muriatici	0,05
" " sulfurici	0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5
" " rhei comp.	0,05
" " rhei simpl.	0,05
" " Valerianae spir.	0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " carbonici-Blaudii minor aa	10,00 =
	100
" " " Blaudii major aa	15,00 =
	100
" " " Valleti	
" " dialisati peptonati	0,05
" " lactici	0,05
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pili.	
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód VICHY
Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą.

ilustrowano franko.

ADMINISTRACJA

MARIENBADZKICH WÓD MINERALNYCH W CZECHACH.

Poleca uwadze Panów Lekarzy marienbadzką sól naturalną, w kryształach i w proszku, zastępującą zupełnie wodę naturalnych źródeł Krzyża i Ferdynanda (1 gram sproszkowanej soli = 116 gramom wody). Życzący sobie otrzymać próby i broszury raczą zwracać się do następujących firm:

W Wilmie: Dom Handlowy I. B. Segal.

W Warszawie: G. Kucharzewski, D-r T. Heinrich, Lili Treutler, L. Ziemiński.

W Kijowie: Południowo-Russkie Tow. Aptek. A. Zeidel.

Zamówienia na wody i sole uprasza się adresować bezpośrednio do Administracji: An die Marienbader Mineralwasser Versendung, Marienbad (Böhmen) lub do wymienionych firm, gdyż tylko w tym razie Administracja przyjmuje odpowiedzialność za autentyczność i dobroć preparatów.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowo chorych

otwarty będzie w Sierpniu b. r. w Lublinie
Zgłaszać się Lublin. D-r Olechnowicz ordynator oddziału chorób umysłowych przy szpitalu Ś-go Wincentego.

Pracownia rozbiorowa
D-ra ALEKSANDRA ŻURAKOWSKIEGO

przeniesiona została na ul. Wspólną № 37.