

MEDYCYNA.

CIASOPISMO 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. Piąty przyczynek do nauki o zбочeniach mowy przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Dokończenie). — Przypadek przewlekłego wynicowania macicy wyleczonego sposobem Fries-Bockendahl'a podał K. Kraków. **Streszczenia i wyciągi.** 172. O uwalnianiu związków bakteryobójczych z białych ciałek krwi. — 173. Przyczynek do leczenia rzeżączki ostrej, zapomocą przedłużonych wstrzykiwań nowym przetworem srebra, protargolem. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 2 listopada r. b. — **Korespondencye Medycyny.** W sprawie prostowania garbów według Calot'a. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Ołtuszewski — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole 2) D-r K. Kraków — Un cas d'inversion de l'uterus traité par la methode de Fries-Bockendahl.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Ołtuszewski — Der fünfte Beitrag zur Lehre ueber Sprachanomalien. 2) D-r K. Kraków — Heilung eines Falles von chronischer Inversion des Uterus mit der Fries-Bockendahlschen Methode.

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

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

Piąty przyczynek do nauki o zбочeniach mowy

przez d-ra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 16 listopada r. b.

(Dokończenie. — Zob. N. 48).

Badanie na polu logopatologii obok wyświetlania mało znanych szerszym kołom lekarzy zбочeń mowy przyczynia się do rozwoju różnych gałęzi wiedzy lekarskiej, pozostających w związku z niemi, jak neuropatologii, otyatrii, rynolaryngologii i t. d. O tem wszystkiem wspominałem już niejednokrotnie. Obecnie mam zamiar poruszyć jedno z dość rzadkich cierpień krtani, opisywane dotychczas w podręcznikach pod nazwami **afonii spastycznej** (SCHNITZLER), skurczu głośni fonacyjnego (JURASZ, HACK), koordynacyjnego skurczu głośni (NOTHNAGEL) i wykazać stosunek jego do jąkania głosowego.

Pierwszy o tej chorobie u pewnej histeryczki wspomina TRAUBE. W 1875 roku SCHNITZLER opisał to cierpienie pod nazwą afonii spastycznej i dopiero

od tego czasu pojawiają się oddzielne kazuistyczne opisy przez SCHECH'a, FRITSCHÉ'go, NOTHNAGEL'a, HACK'a, LANDGRAF'a, MAYER'a, ONODI'ego, MICHEL'a i bardzo wielu innych. W naszej literaturze pierwszy opisałem to zбочenie w 1885 roku w „Gaz. Lek.” pod nazwą skurczu koordynacyjnego głośni⁵⁾. Przypadek ten dotyczył Piotra L., księdza z Wołynia, 50 lat liczącego. Pochodził on z rodziny zdrowej. Upřednio czując się dobrze, dopiero od kilku lat po stracie żony stał się bardzo nerwowym. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed trzema laty. Jako momenty przyczynowe chory podawał przeziębienie oraz nadużycia głosu. Mowa jego była niesłychanie charakterystyczna dla omawianego cierpienia, a mianowicie kilka wyrazów mógł mówić płynnie, następne zaś musiał wydławić z krtani z wielką trudnością. Jeżeli był zupełnie spokojny, mowę można było rozumieć jeszcze jako tako, przy jakimkolwiek jednak wzruszeniu stawiała się ona zupełnie niezrozumiała. Czytanie gorsze było od mowy. Szeptem mówił daleko lepiej, a przy śpiewie nie doznawał żadnych trudności. Oddech, kaszel i świst nie wywoływały napadu skurczu. Ciekawy okazał się wynik badania krtani, a mianowicie struny głosowe przy oddechaniu zachowywały się prawidłowo, przy wydawaniu zaś tonów w przednich częściach pozostawiały minimalną szparę, w tylnych zaś zupełnie się zaciskały, przyczem prawa struna czasami zachodziła na lewą, a czasami wciskała się w nią. Drżenie strun głosowych było bardzo słabe. Oprócz tego na miejscach odpowiadających wyrostkom głosowym znalazłem dwa symetryczne owrzodzenia o brzegach wyniosłych i dnie koloru szaro-czerwonego (nadżarcia z ucisku). Struny fałszywe nic godnego uwagi nie przedstawiały. Chorego tego przedstawiłem w Tow. Lek. 18. V. 1885 roku⁶⁾.

Na zasadzie licznie spostrzeganych w ciągu ostatnich 5 lat przypadków jąkania, podobnych zupełnie do nakreślonego powyżej obrazu, postaram się dowieść, że cierpienie opisywane pod powyżej przytoczonymi nazwami należy do kategorii jąkania głosowego. W tym celu rozpatrzmy się najprzód w obrazach skurczu koordynacyjnego, opisywanego przez różnych autorów, następnie opiszemy przebieg jąkania głosowego z przytoczeniem odpowiednich własnych spostrzeżeń, a porównyując obie katogorye spostrzeżeń, wyprowadzimy nasuwające się stąd wnioski.

Z objawów przytaczanych przez różnych autorów w omawianem cierpieniu zasługuje przedewszystkiem na wzmiankę, że skurczu doznawali chorzy jedynie przy mowie, lub przy aktach mniej więcej zbliżonych do czynności mowy, jak np. przy dmuchaniu i t. d., oraz że szept, w szczególności zaś śpiew usuwał lub znacznie łagodził kurcze. Skurcz ów krtaniowy przejawiał się albo pod postacią mowy wydławianej, lub też zupełnej niemożności mówienia, a więc w postaci przerwy. Cierpienie rozwijało się po większej części u ludzi nerwowych bez żadnej przyczyny, lub po nadużyciach głosu. W przypadku SCHECH'a skurcze krtaniowe występowały głównie przed wyrazami, rozpoczynającymi się od samogłosek i rozprzestrzeniały się na mięśnie szyi, a prócz tego było powtarzanie dźwięków. W przypadku znów SCHNITZLER'a skurcze zajmowały mięśnie warg i twarzy. Wszyscy autorowie zaznaczają po-

⁵⁾ Już wtedy zastanawiając się nad obrazami klinicznymi zajmującego nas obecnie cierpienia, opisywanymi przez różnych autorów, oraz rozczytując się w niezmiernie ubogiej, jak naówczas, literaturze jąkania, skłonny byłem do przypuszczenia pewnego związku między obiema temi sprawami, z powodu jednak braku własnego doświadczenia w tym względzie nie mogłem zaliczyć ich do kategorii jąkania

⁶⁾ Pomimo stosowania różnych środków leczniczych cierpienia tego nie udało mi się usunąć.

gorszenie skurczów przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach. Badanie lusterkiem krtaniowem dotyczyło tylko przypadków wydławiania głosu. Znajdowano przy fonacyi brak drżenia strun głosowych, zaciskanie się ich i zachodzenie jedna na drugą, a jak w moim przypadku owrzodzenia odleżynowe na obu wyrostkach głosowych; w innych znów przypadkach nie znajdowano żadnych zmian.

Z całego szeregu różnych postaci typu jąkania głosowego, występującego pod postacią skurczu zamykającego lub przerywanego (obu zależnych od skurczu ciągłego lub przerywanego mięśni zamykających głosnię) oraz skurczu mięśni strun głosowych ciągłego lub przerywanego, uwzględnię tu jedynie w paru słowach skurcz zamykający oraz ciągły strun głosowych (dwie postaci, które najczęściej opisywano dotychczas pod nazwą afonii spastycznej), odsyłając czytelników, interesujących się innemi postaciami jąkania głosowego, do mego Przyczynku I drukowanego w „Medycynie“.

Skurcz fonacyjny zamykający charakteryzuje się tem, że przy próbach mowy prąd wydechanego powietrza nagle się przerywa, wskutek czego następuje niemota zupełna. Przerwy te w mowie bywają najczęściej na początku wyrazów, mogą jednak przytrafiać się między zgłoskami, a nawet między oddzielnymi dźwiękami, rozrywając mowę na oddzielne zgłoski i dźwięki. Podczas takich przerw nie można zauważyć żadnego skurczu w narządach artykulacji a, twarz chorego pozostaje zupełnie spokojna. Skurcz ciągły strun głosowych objawia się silniejszym lub słabszem wydławianiem głosu. Towarzyszy mu zazwyczaj skurcz zewnętrznej muskulatury krtani, powodujący otwarcie ust i muskulatury wydechowo-wokalne, warunkujący skurcze szyi.

Należy tutaj zaraz nadmienić, iż aczkolwiek jąkanie głosowe stosunkowo rzadko występuje oddzielnie, a zazwyczaj łączy się z jąkaniem artykulacyjnem i oddechem, może jednakowoż przejawiać się jako jedyny objaw tej nerwicy i przybierać postać skurczu zamykającego lub ciągłego strun głosowych. Potrzeba również i o tem pamiętać, że mając nawet czysty typ jąkania głosowego, rzadko się przytrafia, aby występowało ono pod jedną postacią, gdyż zazwyczaj postaci te łączą się w najróżnorodniejsze kombinacje.

Dla ilustracyi obrazów jąkania głosowego szczególnie zaś tych jego postaci, które najwięcej zbliżają się do afonii spastycznej, z szeregu odnośnych bardzo licznych spostrzeżeń pozwolę sobie przytoczyć niektóre przykłady.

Spostrzeżenie I. Eleonora B, lat 16. Jąka się od lat 7. W narządach artykulacji oprócz przerostu muszel dolnych, które przed rozpoczęciem leczenia przypaliłem żegadłem, i resztek wyrosli adenoidalnych żadnych innych zmian wykryć nie można. Zaraz na pierwszy rzut oka uderzają przerwy w mowie, zjawiające się na początku wyrazu, w środku, a nawet między oddzielnymi dźwiękami. Przerwy te trwają bardzo długo, czasami parę sekund. Podczas takiej przerwy w narządach artykulacji nie można było zauważyć żadnych skurczów, a twarz chorej pozostawała zupełnie spokojna, prawie jak figura woskowa. Podczas przerwy chora mogła wdechać, wydechać, a nawet czasami wymawiać dany wyraz lub sylabę szeptem. Czytanie ani deklamacya nie zmieniały sprawy. Podobno przerwy miały zniknąć przy śpiewie. Chora ta lubo nie dokończyła leczenia, wynik jednak otrzymany był zadawalający, gdyż pomienione wyżej przerwy prawie w zupełności znikły.

Spostrzeżenie II. Karol W., lat 16 liczący, ulega wadzie jąkania od lat 5. W rodzinie jąka się brat jego. Nieraz może mówić parę słów bez za-

dnej przerwy, częściej jednak przed wyrazem, w środku jego, a nawet przy wymawianiu oddzielnej głoski występuje charakterystyczna nieraz kilka sekund trwająca przerwa, podczas której można widzieć bezskuteczną pracę narządów artykulacji i narządu oddechowego. Narządy artykulacyjne podczas napadu nie przedstawiały żadnych skurczów. W czasie skurczów chłopiec mógł swobodnie wdechać i wydechać, ale nie mógł wypowiedzieć danego wyrazu, sylaby, lub głoski nawet szeptem. Chłopca tego przedstawiłem w Tow. Lek. 14. II. 93 r. Po kilku miesiącach został zupełnie wyleczony.

Skurcz zamykający, jak już o tem wzmiankowałem, wikła się bardzo często z innymi typami jąkania, jak artykulacyjnym i oddechowym, czego liczne przykłady znajdzie czytelnik w moich Przyczynkach do zboczeń mowy.

Przypadki, gdzie mamy jedynie do czynienia ze skurczem ciągłym strun, najwięcej przyczyniły się do nadania omawianemu cierpieniu nazwy afonii spastycznej. Tu odnosimy spostrzeżenia następujące.

Spostrzeżenie III. Wacław S., lat 29. W rodzinie 7 dzieci, jedna siostra cierpi na histeryę. Zaczął bardzo późno chodzić, mianowicie w 7 roku i to nie o własnych siłach, lecz o kulach. Obecnie może chodzić bez kul jedynie w pokoju. Upřednio mowa jego przedstawiała zwykły obraz jąkania i dopiero od kilku lat przybrała jedynie postać głosu wydławianego. Wydławianie to było jednakowe zarówno przy mowie, jako też i przy czytaniu i dochodziło nieraz do zupełnego zaniku głosu. Badania krtani nie można było uskutecznić. Oprócz tego mieliśmy u tego chorego dość silnie wyrażone ruchy mimowolne w kończynach i na twarzy, zupełnie niezależne od mowy, oraz obustronną stopę szpotawą (*per varus*).

Przypadek ten, obok pewnych pozostałości ruchowych zaburzeń wieku dziecięcego, łączących się, jak się o tem już niejednokrotnie przekonałem, z jąkaniem, ilustruje ciągle skurcz mięśni głosowych.

Spostrzeżenie IV. Anastazyja B., lat 20. Rodzina bardzo nerwowa. Ojciec umarł w zakładzie dla obłąkanych. Urodziła się bardzo mała i już wczesnie można było zauważyć mimowolne ruchy twarzy i kończyn. Zaczęła chodzić późno, gdyż dopiero w 5-ym roku i to przy pomocy otoczenia. Około tego czasu rozpoczęła się mowa nosowa i bełkotliwa oraz wydławianie głosu. Bełkotanie bardzo powoli zmniejszało się, mowa jednak nosowa i wydławianie głosu pozostały w jednakowym stopniu aż dotychczas. Prawidłowej budowy i dobrego odżywiania, bardzo słabo rozwinięta pod względem umysłowym. Na pierwszy rzut oka obok silnie wyrażonej mowy nosowej i wydławiania głosu uderzają mimowolne ruchy mięśni twarzy i karku, zupełnie niezależnie od mowy. Ruchy kończyn górnych jako też i chodzenie są bezładowe. Odruchy ścięgniste wzmożone, pewien słaby stopień niedowładu prawej połowy ciała oraz upośledzenie ruchów języka na prawo. W jamie nosogardzielowej przerost muszeli dolnych. Podniebienie miękkie przy wygłaszaniu tonów podnosi się w sposób prawidłowy. Lusterko krtaniowe wykrywa przy fonacji lekkie zaciskanie strun głosowych. Głos chorej przedstawia wysoki stopień wydławiania, co szczególnie ma miejsce przy czytaniu i opowiadaniu i czyni mowę zupełnie niezrozumiałą, a przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach prawie w zupełności znika. Mowie towarzyszą mimowolne ruchy mięśni twarzy i karku. Chora ta, uważana przez wielu lekarzy za nieuleczalną, po kilkomiesięcznem leczeniu w zupełności powróciła do zdrowia. W przypadku opisanym obok pewnych pozostałości ruchowych zaburzeń

pochodzenia mózgowego łącznie z niedorozwojem psychicznym, ustępującą niemotą i mową nosową mieliśmy ciągły skurcz mięśni strun głosowych.

Połączenie skurczu ciągłego z innymi postaciami jąkania głosowego lub z odmiennymi typami jąkania bynajmniej do rzadkości nie należy. Z szeregu licznych w tym względzie spostrzeżeń pozwolimy sobie przytoczyć następujący przypadek kombinacji skurczu ciągłego strun głosowych z klonicznym.

Spostrzeżenie V. P. M., handlarz, 43 lat liczący. Przed 15 laty chorował na zapalenie płuc, a 5 lat temu cierpiał na jakieś bliżej niedające się określić bóle w kończynach dolnych, trwające sześć tygodni, do czego wkrótce przyłączyło się jąkanie głosowe pod postacią ciągłego skurczu strun lub klonicznego, przypominającego beczenie. Badanie krtani wykazało w okolicy wyrostków głosowych dwa symetryczne zagłębienia owalnej postaci, podobne zupełnie do opisanych uprzednio w moim przypadku.

Połączenie skurczu ciągłego z jąkaniami artykulacyjnym i oddechem przedstawia nam

Spostrzeżenie VI. W. L. 17, lat liczący. W rodzinie jąka się siostra. Cierpienie trwa od dzieciństwa. Głównym objawem jąkania u tego chorego był skurcz ciągły strun głosowych, zjawiający się na początku lub w środku mowy i powodujący niesłuchanie utrudnioną emisję głosu pod postacią wydławiania. Jednocześnie mieliśmy tu objawy jąkania artykulacyjnego i oddechowego. Chorego tego przedstawiłem w Tow. Lek. 2. V. 93 r.

Porównyując opisy tak zwanej afonii spastycznej z objawami jąkania głosowego, łatwo dostrzedz, że obrazy są bardzo podobne i że nawet w spostrzeżeniach autorów, opisujących omawiane cierpienie pod tą nazwą, nie brak objawów przynależnych *par excellence* jąkaniami, jak występowanie napadu jedynie przy mowie, ustępowanie skurczu przy szepcie w szczególności zaś przy śpiewie, nasilanie go przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach, skłonność do cierpienia przeważnie ludzi nerwowych, różne zdawajania głosek, rozprzestrzenianie się skurczu na wargi i szyję i t. d. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy dokładnie zebrane wywiady niezmiernie ważne przy rozpoznawaniu jąkania, a wykazujące bądź istnienie jąkania w rodzinie (spostrzeżenie 2 i 6), bądź usposobienie neuropatyczne rodziny (spostrzeżenie 3 i 4), dalej wyprzedzanie jąkania głosowego pod postacią afonii spastycznej innymi, zwykłymi objawami jąkania (spostrzeżenie 3), lub powikłania go przez inne typy jąkania (spostrzeżenie 6), to łatwo przyjdziemy do wniosku, że cierpienie opisywane pod nazwą afonii spastycznej niczem innym nie jest jak jąkaniami głosowym, wyróżniającem się od zwykłych obrazów jąkania jedynie małą liczbą występujących objawów. Wyłączność objawów ze strony krtani przy tak zwanej afonii spastycznej bynajmniej nie stoi w sprzeczności z rozpoznaniem jąkania, gdyż, jak wiadomo, nerwica ta może umiejscawiać się tylko w jednym ze składników mowy. Nagłe występowanie cierpienia również nie przeszkadza nam w niczem zaliczyć go do kategorii jąkania, gdyż, mimo to że nerwica ta zazwyczaj stanowi cierpienie przewlekłe, może jednak mieć i przebieg ostry, jak tego dowodzą 3 moje spostrzeżenia zamieszczone w Przyczynkach do nauki o zboczeniach mowy. Sądzę, że jedynie mała znajomość autorów, piszących o afonii spastycznej, z przeróżnymi obrazami jąkania, może nam wyjaśnić, dla czego co do swej patogenezy nie znalazło ono dotychczas miejsca właściwego.

Na jedną jeszcze okoliczność pragnę zwrócić uwagę, mianowicie, że omawiane cierpienie, w szczególności u histeryczek, może się łączyć z kurczem wdechowym. O powikłaniu tem wspomina w swoim przypadku JURASZ. Tu odnosimy

Spostrzeżenie VII. Ruchla S., lat 27, zgłosiła się do mnie 15. IX. 1886, skarżąc się na mowę utrudnioną i napady nocne duszności. Rodzina jej zdrowa. Miesiącza zjawiała się po raz pierwszy w 16 roku i zawsze była prawidłowa, w ostatnich jedynie czterech miesiącach z bólami. Od 10 lat zamężna, rodziła 4 razy; przed 4 laty było poronienie. Po wyjściu za mąż zaczęła miewać napady histero-padaczki po kilka razy dziennie, co trwało 4 lata. Od 6 lat miewa tylko napad raz na rok około Zielonych Świątek. Obecna choroba rozpoczęła się około Zielonych Świątek zwykłym napadem histero-padaczki, do czego wkrótce przyłączyły się krwioplucie, wydławianie głosu i silne napady duszności w nocy. Chora udała się do szpitala żydowskiego, gdzie przebyła 6 tygodni. Wszystko to opowiedziała z wielkim wysiłkiem i zaledwie zrozumiale. Dobrze odżywiana, ruchy czynne prawidłowe, znieczulenie prawej połowy ciała, ból jajnika z prawej strony. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, barwy rozpoznaje dobrze, wzrok prawidłowy. Słuch osłabiony od 3 lat z prawej strony. Smak jednakowo prawidłowy z obu stron, węch lepszy z lewej strony. Narząd oddechowy i krążenia nie przedstawia nic godnego uwagi. Język obłożony, łaknienie mierne, wypróżnienia codzienne. Sen, jeśli chora nie ma napadu duszności, dobry. Badanie nosa wykazuje zmniejszone czucie z prawej strony, przerost muszli dolnej z tejże strony i obustronne przyleganie muszel średnich do przegrody. Przy użyciu zgłębnika nie znalazłem żadnych miejsc bolesnych i nie udało mi się wywołać żywszych odruchów. Błona śluzowa gardzieli prawidłowa, czucie z prawej strony zmniejszone, ruchy podniebienia zachowane. Przesuwanie się kęsa pokarmowego bywa nieraz utrudnione. Błona śluzowa krtani nie przedstawia nic godnego uwagi. Zmniejszone czucie lewej połowy nagłośni. Przy wydobywaniu tonów struny głosowe niezupełnie zbliżają się, pozostawiając eliptyczną szparę, poczem szybko się rozchodzą; przy oddechanu struny głosowe czasem szybko się rozchodzą, innym znów razem wcale się nie rozchylają, lub bardzo nieznacznie. Mowa bardzo trudno zrozumiała, przyczem chora jakby wyciska cicho wymówione wyrazy. W czasie mowy można zauważyć tak zwany *coulage*. Przytrafiająca się nieraz czkawka, jak również kaszel, połączone są z głosem.

Chorej zaleciłem w dużej dawce brom i zastosowałem faradyzację wewnątrzkrtniową. Pod wpływem tego leczenia wyżej pomieniona szpara eliptyczna pomiędzy strunami zupełnie znikła, pomimo to jednak mowa pozostawała równie niezrozumiała jak poprzednio. Od 21. IX. rozpocząłem galwanizację według metody SCHNITZLER'a. Po kilkunastu posiedzeniach mowa zaczęła się nieco poprawiać, chora jednak przestała się leczyć i znikła mi z oczu. Ponownie widziałem ją 27. XI. w zupełnie dobrym stanie.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z zaburzeniem mowy, mianowicie jakanem głosem tonicznym, z bezwładem dwu mięśni wewnątrzkrtniowych (*m. aryt. int. et lateralis*), ze skurczem wdechowym, nakoniec z zaburzeniem koordynacji mięśni krtani zdarzającym się często u histeryczek, a noszącą nazwę przewrotnego działania strun głosowych (*perverse Action der Stimmbänder*) ¹⁾.

¹⁾ Nawiasowo muszę tutaj dodać, że odosobnione skurcze wdechowe u histeryczek, zależne prze-
ważnie od skurczu mięśni ścieśniających głosnie, bynajmniej nie należą do rzadkości. W roczniku Gazety Le-
uarskiej z 1883 r. opisałem dwa podobnego rodzaju przypadki pod mylną nazwą porażenia mięśni oddecho-
wych krtani. Od tego czasu miałem sposobność spostrzegać kilkakrotnie odosobnione skurcze wdechowe
k histeryczek.

Wyjaśniona patogeneza tak zwanej afonii spastycznej pozostaje w związku z należytem leczeniem tego cierpienia. Wprawdzie wyleczenie samodzielne szczególnie u histeryczek może się przytrafić, jak o tem wspomina SCHECH, NOTHNAGEL i inni i jak to widzieliśmy w naszem spostrzeżeniu, istnieją jednak całe szeregi przypadków ciągłego lub zamykającego skurczu strun głosowych pochodzenia nie histerycznego, nie poddające się dotychczas zalecanym metodom leczniczym, jak używaniu bromu, elektryzacyi, zabiegom wodoleczniczym i t. d. ⁸⁾. W tych to właśnie przypadkach użycie metody leczniczej, jaką stosujemy dla usunięcia jąkania, daje nadspodziewanie dobre wyniki.

Jeżeli pogląd mój na zajmujące nas cierpienie jest słuszny, na co w szczególności pragnę zwrócić uwagę kolegów laryngologów, natenczas miano afonii spastycznej, przyjęte dotychczas ogólnie w podręcznikach, winno ustąpić miejsca słusznej nazwie jąkania, a możność usunięcia tego cierpienia zmieni niepomysłne dotychczas rokowanie.

Z ODDZIAŁU CHORÓB KOBIECYCH D-r. FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

Przypadek przewlekłego wynicowania macicy wyleczonego sposobem Fries-Bockendahl'a

podał K. KRAKÓW.

pierwszy asystent oddziału.

Józefa N., lat 25, zgłosiła się do mnie o poradę dnia 26 maja 1897 roku, skierowana przez kol. KĘPIŃSKIEGO, skarżąc się, iż od ostatniego porodu, który odbyła przed 16 miesiącami nie może wrócić do zdrowia i słabnie coraz bardziej z powodu częstego i obfitego krwawienia z narządów rodnych.

Chora podaje, iż dawniej była zupełnie zdrowa i żadnych chorób nie przechodziła. Miesiączka pojawiła się w 16 roku życia, była prawidłowa i niebolesna, trwała 3—4 dni co 4 tygodnie. Chora wyszła za mąż przed 4-ma laty, rodziła dwoje dzieci pomyślnie, po raz ostatni przed 16-tu miesiącami.

Podczas tego porodu po urodzeniu się dziecka łożysko nie odchodziło. Akuszerka, chcąc ułatwić oddzielenie się łożyska, zaczęła pociągać jedną ręką za pępowinę, drugą zaś silnie cisnąć na dno macicy przez ścianę brzuszną.

Podczas tego rękoczynu chora nagle straciła przytomność. Powróciwszy do przytomności była tak osłabiona, że ani się ruszać, ani nawet słowa przemówić nie mogła, zauważyła tylko, że leży na łóżku w kałuży krwi i czuła pomiędzy udami jakieś ciało kuliste owinięte mokremi szmatami. Od otaczających dowiedziała się chora, iż ciałem leżącym pomiędzy jej udami był guz,

⁸⁾ W ostatnich czasach, a mianowicie w 1895 r., d-r JANQUIER w Monat. für Ohrenheilkunde do uprzednio opisywanych trzech spostrzeżeń afonii spastycznej, wyleczonych zapomocą ucisku jajników, załącza jeszcze dwa, gdzie zapomocą tegoż rękoczynu osiągnął wynik pożądaný. Optimistyczne zapatrywanie się autora co do wyleczalności afonii spastycznej zapomocą ucisku jajników traci na wartość wobec powszechnie stwierdzonego dziś faktu, że cierpienie to u histeryczek może ustępować bez żadnego leczenia.

który wyskoczył, gdy akuszerka pociągala za pępowinę i że wówczas nastąpił tak silny krwotok, że chora straciła przytomność. Akuszerka czempredzej owinęła wypadły guz szmatami, zmaczanemi w occie i opuściła chorą, tłumacząc otaczającym, że chora jest stracona bez ratunku i że niema już tu co robić.

Pomimo tej zapowiedzi chora stopniowo powracała do sił, guz zmniejszał się stopniowo, tak że po dwóch tygodniach chora, aczkolwiek osłabiona, wstała jednak z łóżka, a guz w tym czasie skrył się w pochwie; obecność jego chora tylko palcem wyczuć mogła. Chora po dziś dzień do sił powrócić nie może, słabnie nawet, gdyż ją wycieńczają częste krwotoki i obfity śluzotok z narządów płciowych w czasie wolnym od krwotoku.

Chora jest wzrostu średniego, odżywiania względnie dobrego, przedstawia obraz silnej niedokrwistości, jak o tem świadczy jej marmurowo - biała cera.

Badanie narządów wewnętrznych zmian nie wykazało z wyjątkiem lekkiego szmeru skurczowego w okolicy wierzchołka serca, który tłumaczyłem sobie ogólną niedokrwistością chorej i przyjąłem za szmer anemiczny.

Na zasadzie słów chorej mogłem przypuścić, że podczas porodu nastąpiło całkowite wycisowanie macicy, co też stwierdziłem w zupełności przez badanie ginekologiczne. Po ułożeniu chorej w położeniu grzbietowem przystąpiłem do badania narządów rodnych. Z pochwy sączył się dość obficie brudny płyn śluzowy z domieszką krwi. W pochwie wyczuć można było guz podługowaty i okrągławy, zlekka spłaszczony, twardawy i nieco sprężysty o gładkiej powierzchni. Objętość guza przewyższała nieco wielkość macicy prawidłowej. Guz ten wypełniał dwie trzecie części pochwy i wierzchołkiem swoim zwrócony był ku dołowi i ku tyłowi, częścią zaś swą osadową, stanowiącą jakby krótką szypułę, grubą mniej więcej na cal, był przyczepiony do sklepienia pochwy. Szypulastą ową osadową część guza okrężał wałek twardawy, oddzielony od niej dosyć głębokim kolistym rowkiem.

Przy badaniu dwuręcznem chorej przez odbytnicę i ścianę brzuszną obecności ciała macicy w jamie miednicy wykryć nie byłem w stanie.

Wobec tych danych rozpoznałem przewlekłe zupełne wycisowanie macicy, zapisałem chorą do naszego oddziału, gdzie nazajutrz po jej przybyciu dokonałem wspólnie z d-rem NEUGEBAUREM ścisłego badania.

Po ułożeniu chorej w raczka (*à la vache*) i wprowadzeniu do pochwy wziernika trójramiennego L. NEUGEBAURA zauważyliśmy w pochwie guz barwy sino-czerwonej, gładki, ze szklistą powłoką, łatwo krwawiący. Długość ściany przodowej guza wynosiła 6 cm., tylnej $4\frac{1}{2}$ cm.; szerokość guza na wysokości dna wynosiła 3,6 cm., a obwód jego 10,8 cm.; nadto na powierzchni guza stwierdziliśmy obecność dwóch wąskich otworów, które stanowiły wyloty jajowodów i do których bardzo łatwo można było wprowadzić zgłębnik; odstęp pomiędzy tymi wylotami wynosił 3,5 cm. Jak wiadomo, objaw ten, t. j. możność stwierdzenia obecności wylotów trąbek na powierzchni guza stanowi niezbity dowód, że guz znajdujący się w pochwie jest wycisowaną macicą. Objaw ten jako najpewniejszy w rozpoznawaniu różniczkowem cierpienia ma znaczenie rozstrzygające, inny zaś objaw, na który zwracają uwagę w podręcznikach wszyscy niemal autorzy, a mianowicie obecność lejka w jamie miednicy w miejscu, w którym powinien się znajdować trzon macicy jest niepewny, gdyż lejek ten nie zawsze wyczuć można. Z punktu widzenia teoretycznego obecność tego lejka jest konieczna lecz wyczuwalność jego jest zale-

zna od wielu okoliczności, a więc od grubości ściany brzusznej, od jej podatności, a także od głębokości samego lejka. W przypadku moim żaden z obecnych przy badaniu chorej kolegów lejka wyczuć nie mógł, pomimo to, że chora badana była pod chloroformem, gdyż w drugim dniu pobytu chorej w szpitalu usiłowaliśmy ręcznie odnicować macicę w uspianiu chloroformowym, lecz bezskutecznie.

Co się tyczy leczenia danego przypadku, zastosowałem tu sposób FRIES-BOCKENDAHL'a, t. j. sposób polegający na rozszerzaniu pochwy oraz wywieraniu ucisku przez czas dłuższy na wycinowaną macicę zapomocą pęcherza gumowego napełnionego wodą. Sposób ten dla leczenia świeżo powstałego wycinowania macicy podał FRIES w roku 1804, zaś w roku 1858 TYLER SMITH i w roku 1859 BOCKENDAHL zastosowali go do leczenia wycinowania macicy zadawnionego z tą różnicą, że SMITH napełniał pęcherz powietrzem, BOCKENDAHL zaś zgodnie z zaleceniem FRIES'a wodą. Dla tego też sposób ten znany jest jako sposób FRIES-BOCKENDAHL'a.

Leczenie rozpocząłem 29 maja. Po ułożeniu chorej w położeniu grzbietowym i po dokładnem wymyciu jej narządów rodnych zewnętrznych i pochwy założyłem do pochwy duży pęcherz gumowy, t. zw. kolpeurynter BRAUN'a i napełniłem go letnim roztworem sublimatu 1 : 4000 w ilości 250 gm. Tegoż samego dnia wieczorem dodałem jeszcze 100 gramów płynu. Chora tę ilość płynu zniosła bardzo dobrze. Rurkę gumową pęcherza zaopatrzyłem w mocny kranik, po napełnieniu pęcherza umieściłem ją na brzuchu chorej i przymocowałem ją zapomocą tasiemki opasującej chorą. Chorej zaleciłem, by leżała spokojnie w łóżku, a w razie silnego parcia na pęcherz moczowy lub kışkę stolcową, by upuściła nieco wody przez kranik, lub też by poprosiła siostry miłosiedzia o wypuszczenie moczu zapomocą cewnika. Chora nie miała potrzeby upuszczać wody z pęcherza, gdyż sama bardzo łatwo oddawała mocz w podstawione naczynie, nie zmieniając przytem położenia w łóżku.

Pęcherz gumowy codziennie rano wyjmowałem z pochwy, obmywałem i znowu zakładałem, powiększając codziennie ilość płynu, wprowadzanego do pęcherza. Zwiększając tak codziennie ilość płynu, doszedłem do 550 gm. Pomimo tak dużej ilości płynu chora oddawała mocz dobrowolnie, co można sobie wytłomaczyć tem, że pęcherz gumowy, rozciągnięty tak znacznie płynem, ciężarem swym wywiera ucisk przeważnie na tylną ścianę pochwy. Przed oddawaniem stolca chora zazwyczaj upuszczała pewną ilość płynu.

Muszę tu jeszcze zaznaczyć, że po każdym wyjęciu pęcherza gumowego z pochwy chora silnie krwawiła, a w trzecim dniu leczenia krwotok był nawet bardzo obfity. L. NEUGEBAUER (ojciec), opisując swój przypadek przewlekłego wycinowania macicy wyleczony sposobem hydrostatycznym, wspomina, że w kilka dni po rozpoczęciu leczenia zauważył u chorej bardzo obfite krwawienie z pochwy i sądząc że nastąpiła miesiączka, przerwał na kilka dni leczenie. Ja w moim przypadku nie przerwałem leczenia, gdyż uważałem, że pęcherz gumowy napełniony płynem i założony do pochwy w zupełności powstrzymywał krwawienie.

Leczenie trwało dni 10. Dziesiątego dnia rano chora uczuła gwałtowny ból w brzuchu. Ból ten był tak silny, że na razie zastrzyknięto chorej pod skórę gram roztworu morfiny (1 : 100).

Ból trwał niedługo, a po kilku minutach chora doznała znacznej ulgi w porównaniu ze swym stanem poprzednim. Tegoż dnia usunąłem z pochwy pęcherz i po zbadaniu chorej stwierdziłem, iż macica została odnicowana,

gdyż nie znalazłem guza w pochwie. Wypełniłem więc pochwę gazą jodoformową i zaleciłem chorej sporysz do wewnątrz; czwartego dnia po odnicowaniu macicy chora jako zupełnie wyleczona wypisana została z oddziału. Badanie chorej dwuręczne wykonane wówczas wykazało macicę prawidłową w przodozgięciu, dobrze zwiniętą; ujście zewnętrzne macicy przepuszczało za ledwie mały palec. Krwawienia z macicy nie było, wydzieliał się tylko w niewielkiej ilości brunatno zabarwiony śluz.

W przypadku tym zastosowałem hydrostatyczny sposób leczenia, gdyż ten daje najlepsze wyniki. Kol. WARSZAWSKI z d-r Fr. NEUGEBAUEREM w pracy o „Wynicowaniu macicy“ zebrał znane z piśmiennictwa 32 przypadki wynicowania macicy, a w tej liczbie 19 przypadków wynicowania przewlekłego. Z tych 8 przypadków leczono z dobrym wynikiem sposobem hydrostatycznym, w 1 przypadku odnicowano macicę ręcznie, w 10 zaś przypadkach stosowano sposób aerostatyczny SMITH'a; z nich 4 zostały niewyleczone.

Nie będę tu powtarzał wszystkich sposobów leczenia wynicowania macicy, gdyż te zostały szczegółowo opisane przez prof. L. NEUGEBAUERA w jego pracy „Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy“, ogłoszonej w „Medycynie“ w roku 1886. W pracy tej autor monograficznie opracował sposoby leczenia wynicowania macicy. Fr. NEUGEBAUER syn wraz z kol. WARSZAWSKIM uzupełnili tę pracę, gdyż oprócz monograficznego opracowania leczenia uwzględnili jeszcze i etyologię wynicowania macicy oraz zestawili kazuistykę z naszego piśmiennictwa w pracy drukiem ogłoszonej w „Kronice Lekarskiej“ w roku 1896.

Przypadek przemennie podany jest interesujący z dwóch względów. Po pierwsze przyczyną, która spowodowała wynicowanie macicy, było bez wątpienia pociąganie przez akuszerkę za pępowinę z jednoczesnym uciskiem dna macicy przez ścianę brzucha. Nie wszyscy autorzy uznają, by pociąganie za pępowinę z jednoczesnym uciskiem dna macicy mogło spowodować wynicowanie macicy. Szkoła francuska zaleca nawet pociąganie za pępowinę jako rękoczyn, ułatwiający wydalenie łożyska z macicy.

Po drugie, przypadek ten jest interesujący dla tego, że chora po takim obfitym krwotoku, jaki bywa przy świeżo powstającym wynicowaniu macicy, powoli wróciła do sił; pozostając bez opieki lekarskiej, po dwóch tygodniach po porodzie wstała z łóżka; okoliczność ta potwierdza raz jeszcze to przekonanie, że wogóle kobiety znoszą względnie dobrze nawet bardzo obfite krwotoki.

Przy świeżo powstającym wynicowaniu macicy chore giną zwykle skutkiem wstrząsu lub też wskutek powietrznego zatoru żylnego. Wstrząs ten może mieć miejsce zarówno przy wynicowaniu jako też przy odnicowaniu macicy.

Co do śmiertelności przy wynicowaniu macicy, to CROSSE podaje w roku 1847, iż na 109 przypadków wynicowania było 80 zejść śmiertelnych; z tych w 72 przypadkach śmierć następowała już po kilku godzinach.

Przy świeżo powstającym wynicowaniu macicy wszyscy autorzy radzą macicę ręcznie odnicować. Zabieg ten jednak nie zawsze się udaje, a gwałtowne odprowadzenie może być niebezpieczne. Wtedy należy powstrzymać krwotok w jakikolwiekby sposób. W tym celu jedni radzą wytrzeć całą powierzchnię krwawiącą wynicowanej macicy watą, napojoną chloroformem, a Kocks zmuszony był w jednym przypadku w celu powstrzymania krwotoku, gdy odnicowanie macicy się nie udało, przewiązać wynicowaną część

macicy tasiemką na razie od fartucha akuszerki urwaną. Gdy krwotok ustał, Kocks po 6 godzinach zdjął tasiemkę, a następnie z łatwością macicę odnicował. Przypadek ten uczy, by w razie niemożności natychmiastowego odnicowania macicy przy świeżo powstałym jej wycinowaniu nie odprowadzać narządu gwałtownie, lecz zastosować sposób Kocks'a, a więc przewiązać wynicowaną część macicy przewiązką gumową¹⁾ i po kilku godzinach zdjąć ją, czyli ze świeżo powstającego wycinowania macicy wytworzyć przewlekłe. Z wycinowaniem takim chora żyć może, a z czasem łatwo da się ono wyleczyć sposobem FRIES-BOCKENDAHL'a, jak tego dowodzi przypadek przeze mnie opisany.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

172. BAIL. **O uwalnianiu związków bakteryobójczych z białych ciałek krwi.** W roku 1894 van de VELDE wykazał, że gronkowiec złocisty wytwarza jad, leukocydynę, która w charakterystyczny sposób zabija białe ciała krwi. Jeżeli zastrzykniemy królikowi do opłucny bardzo jadowite gronkowce, przekonamy się, że w takim wysięku białe ciała krwi są w szczególny sposób zmienione. Przedstawiają się one jako zupełnie okrągłe, o wyraźnych zarysach, bezbarwne krążki, zawierające wewnątrz często, ale nie zawsze, 1—3 małych przezroczystych pęcherzyków, jako pozostałość jądra. Ziarenka albo całkowicie znikają, albo znajdują się w zwyrodniałych białych ciałkach krwi tylko w małej ilości.

Jeżeli taki wysięk uwolnimy od komórek zapomocą centryfugi lub filtrowania, zabijemy w nim gronkowce przez dodanie eteru, który następnie należy odparować, wreszcie w kropli takiego wysięku będziemy badali żywe białe ciała krwi na ogrzonym stoliku, znajdziemy w nich zmiany następujące. Ruchy ameboidalne znikają, nibynóżki wciągają się, jądra przyjmują kształt przezroczystych pęcherzyków; ziarenka, które często znajdują się w szybkim ruchu, znikają przeważnie na obwodzie, przyczem często można zauważyć, jak ziarenka wychodzą wprost z białego ciała, które ostatecznie przyjmuje postać napęczniałego próżnego pęcherzyka. Przy odpowiednich warunkach wszystkie te zmiany, które dla krótkości można nazwać zwyrodnieniem pęcherzykowatym, mogą się zakończyć w ciągu kilku minut.

Zmiany te robią wrażenie, jakoby białe ciała krwi częściowo się rozpuszczały; powstaje więc pytanie, czy i bakteryobójcze własności białych ciałek krwi giną wraz z ich śmiercią, czy też białe ciała krwi wydzielają w tych warunkach bakteryobójcze związki w stanie wolnym? Dla rozstrzygnięcia tego pytania autor postawił sobie za zadanie otrzymać z izolowanych białych ciałek krwi związki o własnościach bakteryobójczych.

Dzięki pracom BUCHNER'a i jego szkoły możemy otrzymać leukocyty w dużej ilości, mianowicie, wstrzykując do opłucny dużego królika mleczankę z aleuronatu, która w ciągu 24 godzin wywołuje obfity wysięk. Autor zbierał taki wysięk do probówek wyjałowionych, rozcieńczał równą ilością wyjałowionego rozczyynu soli kuchennej, poddawał następnie działaniu centryfugi, wreszcie zlewał płyn z osadu, otrzymując izolowane leukocyty. Tym jednak sposobem nie można usu-

¹⁾ Przewiązki gumowej nie należy nakładać zbyt mocno, by nie uległa zgorzeli wskutek ucisku część wynicowana macicy.

nać całego płynu, który z jednej strony pozostaje w osadzie między komórkami, z drugiej zaś strony trzeba mieć na uwadze i to, że płyn ten może przenikać do samych komórek. Żeby usunąć pierwszą niedokładność, SCHATTENFROH skłócał izolowane leukocyty w roztworze soli, osadzał je zapomocą centryfugi i zlewał płyn z osadu; ale metoda ta nie uwalniała białych ciałek krwi od przenikającego je płynu przesiękowego, a z drugiej strony zbyt szkodliwie wpływała na same leukocyty. Dlatego to autor w swoich doświadczeniach dodawał do każdej próby kontrolnej tyle czynnego płynu wysiękowego, ile w osadzie mogło pozostać. Przy wyżej opisanem rozcieńczeniu nigdy nie występowało działanie zabójcze.

Do izolowanych białych ciałek krwi dodawana była rozcieńczona leukocydyna, mianowicie, do jednych czynna, do drugich bierna, t. j. taka, która przez ogrzewanie do 60° straciła własność niszczenia leukocytów. Nierozcieńczonej leukocydyny nie można było używać wskutek bardzo silnego działania bakteryobójczego.

Niszczenie (właściwie zwyrodnienie pęcherzykowe) białych ciałek krwi odbywało się przy 37° i w krótkim czasie wydzielaly się bakteryobójcze związki. Kiedy białe ciała krwi uległy zupełnemu zwyrodnieniu, co było sprawdzane pod drobnowidzem, do każdej probówki dodawana była w ilości 1—1½ cm. sz. pożywka przeważnie w postaci zubożonego rozcieńczonego płynu wysiękowego, niekiedy także zwykłego bulionu, potem komórki były usuwane.

Do każdego doświadczenia używano po 4 probówki kontrolujące. Pierwsza probówka zawierała 1—½ cm. rozcieńczonej leukocydyny i 1—½ cm. zubożonego płynu wysiękowego wraz z resztką czynnego płynu zatrzymanego w komórkach i między komórkami, wreszcie przypuszczalne związki wyciągowe z samych leukocytów.

Druga probówka zawierała 1—1½ cm. rozcieńczonej zubożonej leukocydyny, 1—½ cm. biernego płynu wysiękowego wraz ze wspomnianą już pozostałością czynnego płynu. Ponieważ komórki w tej probówce nie podlegały zwyrodnieniu, nie zawierały więc związków bakteryobójczych.

Trzecia i czwarta probówka nie zawierała leukocytów, lecz jednakowe ilości czynnej, względnie zubożonej leukocydyny i biernego płynu wysiękowego z dodatkiem 5 kropeł czynnego płynu, t. j. znacznie skuteczniejszego płynu, niż mógł zawierać osad z komórek.

Po zasianiu bakterii do tych probówek w pierwszej występowało silne działanie bakteryobójcze, we wszystkich pozostałych najczęściej zaraz ujawniało się rozmnażanie drobnoustrojów. Bakteryobójcze działanie trwało zwykle 6 do 8 godzin, nim bakterie zdążyły zniszczyć szkodliwe wytwory białych ciałek krwi. Wszystkie badane bakterie (*staphylococcus pyogenes, aur.*, *b. typhi*, *prodigiosus*, *pyocyaneus*, *b. coli comm.* i *vibrio cholerae*) ulegały działaniu, najwięcej *b. typhi*, najmniej *bac. pyocyaneus* i *prodigiosus*. Po 6 godzinach ilość kolonii z jednego uszka drucika platynowego na płytkach żelatynowych zmniejszyła się z 1984 do 0 dla lasecznika tyfusu, z 928 kolonii gronkowców do 49, z 1708 kolonii lasecznika okrężnicy do 65, z 1368 kolonii wibryonów cholery do 696, dla lasecznika zielonej ropy a szczególnie dla *b. prodigiosus* wystąpiło tylko wstrzymanie rozwoju. Przeciwnie, wszystkie doświadczenia kontrolujące dały taki rozwój bakterii, że często nie można było obliczyć ilości kolonii.

Doświadczenia te wykazują, że niszczenie bakterii zależec mogło jedynie i tylko od wytworów zwyrodnienia białych ciałek krwi. Na to jednak mamy jeszcze inny dowód. Jak wykazali przeważnie DENYS i HAVET, wysięk bogaty w białe ciała krwi traci wiele swoich bakteryobójczych własności, jeżeli uwolnimy go od leukocytów zapomocą centryfugi albo filtrowania. Lecz jeżeli zastrzykniemy kró-

likowi aleuronat i wywołany tym sposobem wysięk opłucny bogaty w białe ciała krwi, a po 24-ch godzinach po pierwszym zastrzyknięciu wstrzykniemy jeszcze jad niszczący białe ciała, to w ustroju zwierzęcym występuje zwyrodnienie białych ciałek krwi i wydzielanie się z nich związków bakteryobójczych i tym sposobem znika różnica co do siły niszczenia bakterii pomiędzy wysiękiem zawierającym białe ciała krwi i wolnym od nich.

Otrzymane tym sposobem płyny zwierzęce odznaczają się silnymi własnościami.

Przy tak obfitym zasiewie bakterii cholery, że często nie można było zliczyć kolonii metodą NEISSER'a, zasiew z próbek, zawierających białe ciała krwi i niezawierających ich, po 3 godzinach nie dał ani jednej kolonii; takie wyniki można było osiągnąć po 6 i 8 godzinach. Przeciwnie wysięk królika po zastrzyknięciu zobojętnionej leukocydyny dał po 6 godzinach zmniejszenie się kolonii z ∞ do 6124 w próbkach zawierających białe ciała krwi i do 13952 w próbkach nie zawierających tych ciałek, rozmnażanie się zaś bakterii występowało dopiero po 9-iu godzinach. W doświadczeniach z lasecznikiem okrzężnicy w wysięku, wywołanym leukocydyną i uwolnionym od białych ciałek krwi zapomocą centryfugi, jeszcze po 20 godzinach otrzymana była jałowość.

Zaznaczyć jeszcze musimy wpływ ciepłoty 55—65° C na związki bakteryobójcze otrzymane z białych ciałek krwi. Używając wyciągów przygotowanych w opisany wyżej sposób, t. j. z wielką ilością soli kuchennej, przekonywamy się, że 1 lub 2-godzinne ogrzewanie przy 58—60° nie znosi zupełnie bakteryobójczych własności, które giną tylko po 1—1½ godzinem ogrzewaniu przy 65°. Wpływ szkodliwy, jaki wywiera już ciepłota około 60° C. a także zupełne zobojętnienie związków, wytworzonych z białych ciałek krwi w samym ustroju zwierzęcym, t. j. bez dodatku soli kuchennej, przy ciepłocie 55° C., która wystarcza do zniszczenia związków ochronnych osocza krwi, wykazuje, że tylko zawartość soli ochrania związki bakteryobójcze komórek, zupełnie tak samo, jak to BUCHNER dowiódł dla aleksyn.

Sumując wyniki swoich doświadczeń, autor przychodzi do wniosków następujących: białe ciała krwi królika zawierają związki bakteryobójcze, które w pewnych warunkach mogą być z nich wydzielane. Napewno wykazać można takie wydzielanie przez poddanie białych ciałek krwi działaniu leukocydyny, jadu wytwarzanego przez gronkowce.

Wskutek działania tej toksyny występuje zamieranie białych ciałek krwi w postaci zwyrodnienia pęcherzykowatego, przyczem wydzielają się związki bakteryobójcze. Chociaż pozornie przy tem następuje śmierć komórek, nie można jednak twierdzić, że to samo powinno odbywać się i w żywym ustroju zwierzęcym.

Przypuszczenie, że wydzielanie związków ochronnych jest czynnością fizyologiczną białych ciałek krwi, jest zbyt pociągające, żeby je można było odrzucić. I inne związki czynne, jak np. enzymy zwierzęce, wytwarzają się w komórkach i wydzielają się z nich stopniowo, mogą się jednak w niektórych warunkach wydzielić odrazu.

Ważne znaczenie w patologii, jakie w swoim czasie VIRCHOW wywalczył dla białych ciałek krwi, skłoniło do badań nad własnościami tych ciałek, które wykazały ich ważną rolę fizyologiczną. Można jednak twierdzić, że wskutek uwstecznienia innych komórek ustroju mogą powstawać związki czynne, które dostawszy się do krwi wytwarzają ochronną jej własność.

(Berl. Klin. Wochenschrift. N. 41. 1897).

J. Weber.

173. A. NEISSER (Wrocław). **Przyczynek do leczenia rzeżączki ostrej, zapomocą przedłużonych wstrzykiwań nowym przetworem srebra, protargolem.** Ze względu na wielkie trudności, jakie się następcząją tak przy leczeniu rzeżączki przewlekłej jak i usuwaniu jej następstw, usilnie dążyć powinniśmy do szybkiego usunięcia choroby w samym jej początku, t. j. w ostrym jej okresie. Nie mniej wymagają tego względy higieniczne, jak równie i niewątpliwe fakty, że rzeżączka przewlekła stanowi najgłówniejsze źródło niezmiernego rozprzestrzenienia rzeżączki i to najczęściej przez osoby, które, niewiedząc, że są chore, stają się bezwiednymi krzewicielami zarazy.

A zatem w planie naszego leczniczego i zapobiegawczego postępowania leżeć powinno jak najszybsze zabicie na błonie śluzowej zarazka t. j. gonokoka. Wyczekiwanie wydaje nam się błędne. Szybkie i energiczne działanie jest nie tylko teoretycznie usprawiedliwione, lecz stanowi najpewniejszą i najszybszą metodę leczenia, jaka dotąd przez doświadczenie stwierdzona została.

Zapuszczenie kilku kropli 2% roztworu azotanu srebra do otworu cewki moczowej zaraz po podejrzanem spółkowaniu, zalecone na wzór metody CRÉDÉ'go przez BŁOKUSZEWSKIEGO, niestety trudno daje się dla łatwo zrozumiałych przyczyn wykonać. Gdyby jednak powyższa metoda zapobiegawcza została odpowiednio w zainteresowanych kołach zareklamowana, to wielka liczba zarażeń rzeżączkowych zostałaby niewątpliwie w samym zarodku stłumiona.

Postępowanie JANET'a, którego działanie lecznicze więcej polega na energicznym i obfitem przepłókiwaniu, niż na swoistem działaniu nadmanganianu potasu, doprowadza często do szybkiego wyleczenia rzeżączki i to nawet wtedy, gdy dopiero w kilka dni po pojawieniu się zapalenia i ropienia zastosowane zostało. Lecz należy tu zauważyć, że: 1) tylko niewielu chorych rozpozna rzeżączkę w dość wczesnym i dla metody JANET'a odpowiednim okresie choroby i uda się do lekarza; w późniejszym kwitnącym, ropnym okresie metoda powyższa najczęściej zawodzi; 2) codziennie, a nawet 2 razy dziennie wykonywane irygacje JANET'a są za ambarasowne zanadto dla chorego i dla lekarza utrudniające, aby mogły się stać metodą powszechną, zwłaszcza w tak rozgałęzionej jak rzeżączka chorobie.

Co do przepłókiwania cewki w ogólności, to autor, na mocy swego 15-letniego doświadczenia, nie przyznaje tej metodzie szczególnej wartości leczniczej i przytacza następujące ujemne jej strony: 1) z powodu niedogodności i trudności przy stosowaniu irygacji w wyjątkowych tylko razach można powierzyć ich wykonanie samemu choremu, co tembardziej musi się odnosić do przepłókiwań metodą JANET'a; 2) podczas irygacji łatwo mogą być zawleczone gonokoki powyżej pierwotnego miejsca choroby i wskutek tego powstają powikłania, którym nie możemy zapobiedz wcześniejszem zabicem gonokoków, gdyż nie jest nam wolno użyć do irygacji odpowiednio stężonych płynów (dopiero 2% roztwór azotanu srebra szybko zabija gonokoki), ani też dostatecznie długo zatrzymać ich w cewce moczowej.

Przyznać jednak należy, że przez przepłókiwanie możemy dokładnie oczyścić rozszerzyć i wygładzić błonę śluzową cewki, co jednak tylko przy silnym i nienaruszonym zwieraczu cewki (*m. compressor urethrae*) może przyjść do skutku, w przeciwnym bowiem razie płyn przejdzie do tylnej części cewki i do pęcherza moczowego. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że powyższy cel dokładnego oczyszczenia i rozszerzenia cewki może być osiągnięty — i to daleko łatwiej i dogodniej — przez częstsze wstrzykiwania, jeżeli do nich użyjemy większej niż zwykle strzykawki i dla tego to autor nie przyznaje irygacyom szczególnej wyższości nad dobrze

wykonaniami wstrzykiwaniami, lecz przeciwnie te ostatnie poczytuje za jedyny do powszechnego użycia, dogodny i łatwy do wykonania przez samych chorych środek.

Użycie irygacji ogranicza autor do przypadków wyjątkowych, w których zwykłe zastrzykiwania trudno lub wcale nie dają się zastosować (jak np. przy nieprawidłowym położeniu lub znacznym zwężeniu otworu, za długim napletkiem lub opatrunku tamującym przystęp do ujścia cewki i t. p.) lub jako środek pomocniczy w razach nagłych, gdzie idzie o bardzo prędkie wyleczenie.

Dla otrzymania dobrego skutku z zastrzykiwań niezbędne jest i dokładne ich wykonanie przez chorego, o czem lekarz osobiście przekonać się powinien, użycie większej niż zwykłej strzykawki (10—15 cm. sz.) i wybór odpowiedniego środka któryby, nie wywołując zbytniego podrażnienia błony śluzowej, nie zwiększając zbytecznie zapalenia i ropienia, zabijał napewno gonokoki. Do dość licznego zastępu takich środków (*argent. nitric.*, argentamina, argonina, itrol, ichtyol, *hydrarg oxycyanat.*) przybywa obecnie nowy, znacznie od nich skuteczniejszy protargol. Środek ten, przygotowany przez firmę F. BAYER w Elberfeldzie, jest chemicznym związkiem srebra (8.3%) z ciałem białkowym i przedstawia żółtawy, delikatny proszek, który łatwo rozpuszcza się w zimnej i gorącej wodzie. Roztwór nie łączy się przy silnem ogrzaniu. Najgłówniejszą jednak zaletą tego środka, której nie posiada w tym stopniu żadna ze znanych soli srebra, jest ta, że z jego roztworu wodnego nie można stracić srebra ani białkiem, ani rozcieńczonymi roztworami soli kuchennej, kwasu solnego i ługu sodowego. Siarek amonu zabarwia roztwór na ciemno, lecz bez strącenia srebra.

Na zasadzie powyższych własności możliwe jest nierównie głębsze przenikanie protargolu do tkanek, niż innych soli srebra. Nad najbliższą stojącą pod tym względem argentaminą ma protargol tę wyższość, że jego roztwory o słabem stężeniu ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ — 1%) wywołują nadzwyczaj rzadko i to tylko nieznaczne podrażnienie, co dla nas — zwoleńników jak najwcześniejszego leczenia środkami przeciwpasorzytniczymi każdej rzeżączki — ma niesłychane znaczenie.

Prace doświadczalne nad odkażającymi własnościami protargolu nie zostały dotąd ukończone. Praktyczne jednak zastosowanie tego środka przy leczeniu rzeżączki daje jak najlepsze wyniki, w niczem nieustępujące najlepszym znanym środkom.

Przy leczeniu protargolem możemy zaprowadzić niektóre zmiany w zwykłej używanej metodzie zastrzykiwań, przez co otrzymamy daleko lepsze wyniki lecznicze. A więc możemy przedłużyć działanie roztworu na błonę śluzową, nie zmniejszając jego stężenia, przyczem nie ma obawy, aby osłabiło jego głębokie działanie, gdyż, jak to wyżej powiedziano, nie mogą tu nastąpić żadne zmiany chemiczne. Jak ważne jest to przedłużenie działania środka, łatwo zrozumieć choćby z zestawienia innych spraw analogicznych a mianowicie: ktoby np. mógł marzyć o wyleczeniu szankra niekkiego lub pryszczycy przez trzykrotne codzienne polewanie środkiem odkażającym, pozostawiając chorobę przez resztę czasu samej sobie. Dlatego autor zaleca zastrzykiwać rzadziej, lecz z at r z y m y w a ć p ł y n przez minut 30.

Gdyby chory zastrzykiwał kilka razy rzędu, zatrzymując płyn za każdym razem po 5—10 minut, aby otrzymać działanie 30-minutowe, to zdarzyć się często może takie osłabienie zwieracza cewki, że płyn przedostanie się do tylnej części cewki i tym sposobem otrzymamy lecznicze działanie na rzeżączkę

tylnej części cewki moczowej. Całą metodę postępowania streszcza autor w sposób następujący:

1) Należy rozstrzygnąć, czy istnieją gonokoki i gdzie mianowicie, czy w zupełnie ostrych przypadkach w części przedniej, czy też w dłużej trwających i w przedniej i w tylnej?

2) We wszystkich tych razach należy zaraz rozpocząć wstrzykiwania protargolu.

3) Zastrzykiwać należy 3 razy dziennie zaraz po oddaniu moczu. Po pierwszych 2 zastrzygnięciach płyn ma pozostać w cewce przez 5 minut, po 3-ym zaś przez minut 30. Im obfitsza jest wydzielina, tem częściej (do 6 razy) należy zastrzykiwać, co chorzy wykonywają chętnie, gdyż to zastępuje dłuższe nad 5 minut zatrzymywanie płynu, które zbyt utrudza palce.

4) Wkrótce—często już po kilku dniach—można ograniczyć leczenie do jednorazowego, przedłużonego zastrzyknięcia protargolu; do dwóch innych zastrzyknięć można używać roztworów ściągających lub zawiesin np: $2\frac{1}{2}\%$ zawiesiny *bismuti subnitrici*, $2\frac{1}{2}\%$ tioformu lub 2% kseroformu. Do zawiesiny może być użyta woda lub 3% roztwór kwasu bornego, albo $1\frac{1}{4}\%$ roztwór siarczanu cynku z 20% gliceryny.

5) Niesłychana dogodność powyższej metody leczenia sprawia to, że chorzy wcale nie sprzeciwiają się 3 i 4-tygodniowemu jej trwaniu, co znacznie się przyczynia do otrzymania pomyślnego skutku leczenia. Zasada i celem leczenia nie powinna być szybkość, lecz trwałość leczenia i dla tego nawet w przypadkach, w których już po 24—48 godzinach nie znajdowano gonokoków, autor zaleca robić przedłużone wstrzykiwania przez całe tygodnie raz na dzień.

6) Dopiero po kilkakrotnych ujemnych badaniach na gonokoki można zaprzestać zastrzykiwań. Gdy jednak wielu lekarzy nie może osobiście skutecznie badać na gonokoki, to tembardziej należy im zalecać zastrzykiwania przeciw pasorzytnicze jak obecnie najwłaściwiej protargolu, bardzo starannie i długo, choćby do przesady.

7) Najlepiej rozpoczynać leczenie $\frac{1}{4}\%$ roztworem protargolu i wkrótce podwyższać do $\frac{1}{2}\%$ i 1% .

8) W przypadkach przewlekłych zapewne nie obejdzie się bez sztucznego wywołania zapalenia ostrzejszego w celu usunięcia długotrwałych nacieczeń, ku czemu najlepiej posłużą zastrzykiwania argentaminy (1 : 4000—3000—2000), lecz i w tych nawet razach protargol może się okazać bardzo skutecznym z powodu swego głębokiego i bakteryobójczego działania.

W końcu autor, opierając się na swoich dotychczasowych doświadczeniach, poczynionych w klinice, poliklinice i praktyce prywatnej, wypowiada zdanie, że po żadnym z dotąd używanych środków nie otrzymał tak stale pomyślnych, pewnych i szybkich wyników jak po protargolu i dlatego ma nadzieję, że i dalsze i przez innych lekarzy przedsięwzięte próby to jego zdanie potwierdzą.

Sprawozdanie z już przedsięwziętych badań bakteryologicznych i farmakologicznych nad tym nowym i ze wszech miar godnym uwagi przetworem chemicznym, jak również dalsze swoje kliniczne spostrzeżenia obiecuje autor podać później.

(*Dermatologisches Centralblatt* Nr. 1. 1897).

J. Majkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 listopada r. b.

TREŚĆ. 1) SOŁOWIEJCZYK — Przedstawienie chorego z mięsakiem kończyny dolnej. 2) KĘPIŃSKI — Przedstawienie chorego po wydobyciu ciała obcego z oka. 3) BIERNACKI — Etiologia i istota nerwicy czynnościowych.

1) Chory kol. SOŁOWIEJCZYKA zauważył w marcu r. b. zgrubienie części miękkich nad prawem kolaniem; zwiększając się stopniowo, uniemożliwiło mu ono użycie kończyny. Obecnie widać zgrubienie przechodzące parokrotnie rozmiary prawidłowe od połowy wysokości uda poniżej kolana; skóra jest niezmieniona. Kol S. rozpoznaje mięsak części miękkich i zaleca amputację.

2) Kol. KĘPIŃSKI przedstawił robotnika, któremu w oku lewem uwiązał kawałek żelaza. Przy badaniu wykryto otwartą ranę twardówki w miejscu przyczepu *m. recti ext.*, zatkaną skrzepem i zaciągniętą zagojoną łącznicą. Przy pomocy wizernika wykryto skrzep krwi zajmujący dolną i zewnętrzną część gałki. Po znieczuleniu oka wydobyto zeń kawałek żelaza długości około 2 cm. Chory ma się dobrze; siła wzroku powróciła do normy. Przy sposobności wspomniął kol. K. o przypadku *panophthalmitidis*, leczonym obecnie z wynikiem pomyślnym zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej.

3) Treść odczytu kol. BIERNACKIEGO jest następująca. We krwi histeryków i neurasteników, badanej przy pomocy sedymentacji, istnieją stałe wahania szybkości sedymentacji, a więc zawartości fibrynogenów. Stąd można wnioskować o zaburzeniach w utlenianiu w tych chorobach. Potwierdzeniem tego wniosku jest często spostrzegane jasne zabarwienie krwi żyłnej (u LUXENBURGA 10 razy na dwadzieścia kilka przypadków) pomimo prawidłowej zawartości wody i hemoglobiny; oczywiście w takiej krwi jest więcej tlenu. Zaburzenia w utlenianiu uważa kol. B. za pierwotne, a nie za wtórne na zasadzie faktów następujących. Histeria i neurastenia może występować wtórnie, w zależności od błednicy, usposobienia moczanowego, choroby BASEDOW'a, przewlekłego zapalenia nerek i t. d.; histeria zjawia się jako równoważnik dziedziczny cierpien, polegających na nieprawidłowym utlenianiu, jak otyłości, dny, cukrzycy i t. d.; histeria wreszcie występuje u osób usposobionych często pod wpływem czynników działających przede wszystkim na sprawę utleniania, mianowicie zatruc przewlekłych, chorób zakaźnych, poronień i t. d. Wszystko to skłania kol. B. do mniemania, że histeria i neurastenia są wtórnymi zbiorami objawów w układzie nerwowym wskutek zatrucia go wytworami utleniania nieprawidłowego, że są one chorobami tego rodzaju, co otyłość, cukrzyca, dna i t. p. Takie przypuszczenie lepiej objaśnia niż teoria dotychczasowa istnienie niektórych objawów fizykalnych jak *hypaciditas*, *anaciditas*, *hyperidrosis*, *prostaterrhoea* u neurasteników, gorączka histeryczna i t. p. Niektóre z tych objawów przypominają działanie alkaloidów np. pilokarpiny. Niektóre przypadki histeryi są bardzo podobne w przebiegu do przebiegu podagry: są okresy zaburzeń i przerwy nawet kilkoletnie. Takie wahania zależą prawdopodobnie od samoistnego wyrównania sprawy utleniania w ustroju.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę na oryginalność poglądów mówcy i sądzi, że krytyka ich jest przedwczesna. Nie zgadza się na utożsamianie histeryi i neurastenii, choćby się zdarzały przypadki skombinowane, ponieważ nie pozwala na to symptomatologia i etiologia. Gdy w histeryi widać usposobienie wrodzone, niema go w neurastenii, stanowiącej wyczerpanie układu nerwowego, czego potwierdze-

nie znajdujemy w tem, że ostatnią spotykamy tylko w pewnych warstwach, gdy pierwsza żadnych nie oszczędza. Choroba BASEDOW'a, pomimo niektórych objawów wspólnych z nerwicami, jest postacią odrębną. W blednicy nie bywa często wcale objawów nerwowych, w przypadkach zaś, gdzie one występują wybitnie, zależą od tejże przyczyny, co objawy ze strony np. choćby układu mięśniowego, t. j. od nieprawidłowego odżywiania wskutek wadliwego wytwarzania krwi. Co do zmian we krwi w nerwicach nie jest jeszcze rozstrzygnięte, co tu jest skutkiem, co przyczyną, a pokrewność zmian nie może służyć za powód do utożsamiania obu wzmiankowanych nerwic.

Kol. BIERNACKI zwraca uwagę, że nie uważa histeryi i neurastenii za choroby krwi. Wynik badania krwi jest wskazówką, że utlenianie nie jest takie, jak u ludzi zdrowych; to samo znalazłoby się przy badaniu innych narządów jak mięśni lub wątroby.

Kol. DĄDŃSKI przypisuje nerwicom pochodzenie toksyczne tylko tam, gdzie jest ono niewątpliwe, a więc w razie alkoholizmu, chorób zakaźnych i t. d.; w większości przypadków niema go, nerwice omawiane bowiem powstają samodzielnie tak jak psychozy, od których nie jesteśmy w stanie dokładnie ich wyróżnić. Najważniejszą rolę gra tu dziedziczność pojęta jako dziedziczenie usposobienia psychicznego.

Kol. SOKOŁOWSKI uważa hipotezę prelegenta za ciekawą i głęboką, nie zgadza się jednak na utożsamienie blednicy z neurastenią, istnieje bowiem cały szereg przypadków blednicy bez objawów neurastenicznych. Neurastenia zresztą, jak słusznie uważa kol. B., jest nieuleczalna, czego o blednicy powiedzieć nie można.

Kol. JANOWSKI uważa, że, by dowieść, iż zaburzenie w utlenianiu jest przyczyną nerwicy, należy wykazać nie współistnienie tych zjawisk, lecz dowieść, że zaburzenia we krwi występują pierwiej, niż zaostrenie sprawy nerwowej. Współistnienie zmian nie wyłącza wniosku odwrotnego, t. j. że właśnie układ nerwowy podrażniony wywołuje zmiany w utlenianiu. To, co kol. B. przytacza w przewidywaniu tego zarzutu, że objawy wtórne nie są stałe, nie jest słuszne, bo np. zwyrodnieniu wtórnemu ulegają stale pęczki krzyżujące się dróg piramidalnych przy chorobach odpowiednich mózgowia, stale przerasta ta lub owa komora przy tej lub owej wadzie serca i t. d.

Kol. BIERNACKI odpowiada, że pogląd jego jest hipotezą, a nie faktem. Sprawa byłaby tylko wtedy rozstrzygnięta, gdyby można było histeryę wywołać sztucznie i badać zaburzenia w utlenianiu przed i po doświadczeniu. Badanie zwykłe przemiany materii sprawy nie rozstrzygnie.

Kol. OŁTUSZEWSKI wypowiada przekonanie, że ponieważ momentem najważniejszym w genezie chorób jest zmiana tkanek, a w nerwicach dziedziczność gra bardzo ważną rolę, należy więc zapatrywać się na nie jako na następstwo zmienionego składu krwi, przyczem czynnik najważniejszy stanowi dziedziczność. Badania kol. B. zgadzają się z wynikami prac innych autorów.

Kol. FLAUM przedstawia trudności następujące się przy badaniach sprawy utleniania, nie wiemy bowiem, gdzie mianowicie jest ono zmniejszone, a gdzie wzmożone. W stanach nawet chorobowych uznanych za następstwo osłabionego utleniania jak dna, cukrzyca i otyłość nie stwierdzono dokładnie owego osłabienia. Zresztą utlenianie odbywa się nie we krwi, a w tkankach, co jeszcze bardziej zwiększa trudność badania.

Kol. BIERNACKI odpowiada, że bynajmniej nie sądzi, iż w histeryi istnieje utlenianie wzmożone, a w neurastenii zahamowane tembardziej, że dokładne badania wykazały, iż ilość zużytego w stanach chorobowych tlenu i wydzielonego

bezwodnika węglanego nie przekracza normy, a niekiedy tylko ulega wzmożeniu. Tu chodzi o to, że w nerwicach utlenianie odbywa się inaczej, niż u ludzi zdrowych i powstają wytwory, mające wpływ szczególny na układ nerwowy, tak jak przy dnie kwas moczowy działa elekcyjnie na stawy. Szczegółów jednak brak zupełny. Utlenianie jest w ustroju zjawiskiem wielce złożonem, obok bowiem zjawisk rozszczepienia istnieją zjawiska syntetyczne, zmiany więc mogą odbywać się w rozmaitych kierunkach.

Kol. JANOWSKI podnosi zgodność hipotezy autora z obecnym kierunkiem w nauce sprowadzania cierpień ogólnych do zatrucia ustroju. By jednak rozstrzygnąć, czy rzeczywiście nasilenia w przebiegu nerwic zależą od kierunku przemiany materii, potrzeba długotrwałych, być może, lata trwających badań na tych samych osobnikach. Wtedy jedynie możnaby rozstrzygnąć, czy rzeczywiście zaburzenie w przemianie ogólnej poprzedza zawsze nasilenie choroby. Nim to nastąpi, nie można wyłączać i odwrotnego związku zjawisk.

Kol. WOLBERG zwraca uwagę, że po usunięciu przyczyny wywołującej neurastenię objawy jej znikają, czego nie byłoby, gdyby nerwica ta zależała od zaburzeń w utlenianiu. Przyczyn neurastenii szukać należy w mózgu i nerwie współczulnym, od cierpienia którego zależy np. łysienie. Kol. W. zaprzecza, by neurastenia była nieuleczalna, co zaś do histeryi, to ta ma przyczyny sobie właściwe; tak np. mówca spostrzegał histeryczkę, zmarłą nagle wskutek guza w mózgu.

Kol. DĄBROWSKI Witosław uważa za niesłuszne tak ściśle wiązanie nerwic ze zmianami w przemianie materii. Nerwice wszak urazowe powstają pod wpływem wyraźnej przyczyny zewnętrznej, etyologia więc kol. B. jest równoważna z innymi przyczynami tych chorób. Na uwydatnienie natomiast zasługuje to, że kol. B. przenosi punkt ciężkości nerwic czynnościowych na ośrodki nerwowe.

Kol. ZIELIŃSKI Edward przytacza badania nad moczem obłąkanych, gdzie wykazano zmiany w przemianie materii; potwierdza to badania kol. BIERNACKIEGO.

Kol. KRYSIŃSKI sądzi, że hipoteza kol. B. tak jak każda inna, ma tę doniosłość że daje bodziec do nowych badań. Co do samego wniosku, to można doń dojść *a priori*, z góry bowiem łatwo przewidzieć, że narząd taki jak mózg nie może prawidłowo odżywiać się i działać przy wadliwej przemianie ogólnej. Prawdopodobieństwo hipotezy jest małe, za mało bowiem dokonano badań, aby można było dojść do jakiegokolwiek wniosku, a i w tej liczbie badań są wypadki dwuznaczne, bo zmiany przy nerwicach są np. takie same jak przy gościu stawowym. Badania te wreszcie nie rozstrzygają najważniejszej okoliczności, a mianowicie, czy upośledzenie czynności mózgu jest następstwem upośledzenia odżywiania, czy też odwrotnie.

KORESPONDENCYA „MEDYCyny“.

Petersburg, listopad, 1897.

W SPRAWIE PROSTOWANIA GARBÓW WEDŁUG CALOT'A.

Bis dat qui cito dat. W myśl tej zasady nie mam zamiaru sprawy tak ważnej i tak na czasie będącej wyczerpująco omawiać, ani wchodzić w krytyczne roztrząsanie wszystkich *pro i contra*, nasuwających się na każdym kroku myśli. Dzisiaj, gdy

okrzyk „il n' a pas plus des bosses“ rozbrzmiał daleko poza mury skromnego szpitala w Berck sur Mer, arenie działalności d-ra F. CALOT'a i zainteresował cały świat lekarski na obu półkulach, zdaje mi się, będzie na czasie i niejednego z kolegów zainteresuje opis tej stosunkowo dość znacznej liczby przypadków, które zdążyłem spostrzegać w krótkim czasie w tutejszym Instytucie Klinicznym. Nim przystąpię jednak do opisu samego postępowania, przyjętego w Instytucie, a różniącego się cokolwiek od postępowania autora tej metody, pozwolę sobie zrobić kilka uwag wstępnych, objaśniających myśl i szkołę, do której należał CALOT, nim zaczął „prostować garby“, jak mówi publiczność, a raczej ulepszył dotychczasowe sposoby leczenia choroby POTT'a.

Pomijam historyczne wstępy; zacznę od odczytu samego CALOT'a, wygłoszonego w sekcji chirurgicznej XII Kongresu lekarskiego w Moskwie w r. b. Oto słowa jego: „o ile inni chirurgowie nożem i dłutem starają się leczyć zachorzenia kręgów, ja staram się jaknajwięcej zachowawczo postępować; nie chcę działać bezpośrednio na ognisko gruźlicze w kręgach i krwawymi rękoczynami leczyć bezwłady, zależne od choroby POTT'a.

Wszelkie zabiegi chirurgiczne (*stricto sensu!*) są w danym przypadku często groźne w swoich następstwach i chirurg-konserwatysta o wiele świetniejsze wyniki osiągnie, niż chirurg czynny. Przy ropniach opadowych (zimnych) nigdy nie robię nacięcia ani skrobania, a przekłóćie z następem wstrzykiwaniem eterowego roztworu jodoformu albo *solut. naphtholi camphor.* robię li tylko wtedy, gdy mam do czynienia z wielce obszernymi ropniami, mogącymi się *sua sponte* otworzyć...“

Sapienti sat, aby zrozumieć, jaka myśl przewodnia doprowadziła CALOT'a do jego metody; najwięcej chyba zachowawcze skłonności przebijają w każdym słowie jego odczytu. „Dziwię się tylko, mówi autor dalej, że wielu chirurgów, zdecydowanych już na walkę ze wszystkimi objawami gruźlicy kręgów, zwracało tak mało uwagi na garb, który nieleczone prędko rośnie i fatalnie szpecić zaczyna danego osobnika. Starajcie się zniszczyć garb z jego bliższymi i dalszymi skutkami, a choroba POTT'a przestanie być jedną z najstraszniejszych w swoich skutkach“.

Gdy CALOT zaczynał wykonywać swój rękoczyn, mniemał on, iż użycie siły i jednorazowe forsowne wyprostowanie wpłynie korzystnie na sprawę chorobową; stąd też powstała pomiędzy publicznością bajka „łamania garbów“, lecz wkrótce ¹⁾ autor sam zmienił swój sposób i wyłożył go treściwie na kilku zaledwie stronicach, lecz dodał do nich wyborne fotografie, objaśniające plastycznie szereg rękoczynów, niezbędnych przy wykonaniu jego „wyprostowania“. Teraz zaś, nim przystąpię do opisu tego, co spostrzegałem, niech mi będzie wolno dodać od siebie słów kilka. Szablon, jak wszędzie tak i tutaj, nie może być stosowany w przypadkach rozpaczliwych i zadawnionych, jakie się nieraz w praktyce natrafiają. Na przykład w przypadku kol. ZIEMACKIEGO ²⁾, opisanym szczegółowo w swoim czasie, w którym istniała wyraźna gruźlica 10, 11, 12-go kręgów piersiowych i 1, 2, 3, 4 kręgów lędźwiowych z dużym już uformowanym garbem, a prócz tego gruźlica stawu kolanowego (*gonitis fungosa*) ze znacznym przykurczeniem mięśni i dwa ropnie zimne, jeden powyżej więzów POUPART'a, a drugi na zewnętrznej powierzchni uda, u 9-io letniej dziewczynki—następcze wyprostowanie metodą CALOT'a poprzedzono całym szeregiem rękoczynów wykonanych na jednym posiedzeniu, aby zwalczyć rozpaczliwy stan, w jakim się dziecko znajdowało. W lekkiej narkozie

¹⁾ Note sur quelques modifications apportées à la technique du redressement des maux de POTT, du d-r CALOT. Paris. 1897.

²⁾ Patrz „Wrzec 1897 Nr. 32. Trzy przypadki... J. F. ZIEMACKIEGO.

z bromku etylu a następnie chloroformu 1) przekłóto obydwą łącznie trójkątnym, 2) zastrzyknięto 5 cm. sz. 10% roztworu eterowo-oliwnego jodoformu do jamy łąpnej, 3) wykonano *brisement forcé* stawu kolanowego aż do zupełnego wyprostowania kończyny, 4) zastrzyknięto pod okostną w okolicach *caps. artic. genus i condyli ext. et interni femoris* w 15-tu miejscach po kilka kropli 10% wodnego roztworu *zinci hydrochlorici*. Odczyn rzeczywiście był dość silny; stan gorączkowy (do 39° C.), nawet bredzenie trwały po tych zabiegach około doby, lecz po upływie tego czasu stan się znacznie poprawił; we dwa tygodnie później wykonano zabieg CALOT'a. O ile się dało, wyprostowano kątowe skrzywienie kręgosłupa i założono jeszcze opatrunek gipsowy na porażony staw kolanowy. Już wieczorem tego samego dnia gdy zrobiono operację, dziecko, że tak powiem, zamurwane w gipsie, przestało skarżyć się na ból; następnych dni sen i łaknienie znacznie się polepszyły, a w tydzień po operacji dziecko próbowało już chodzić, co jednak ze względu na sztywne opatrunki udawało mu się z trudnością. Widzimy więc, że szablonowe stosowanie wyprostowania siłą nie wystarcza, lecz jest ono w zestawieniu z innymi środkami leczniczymi bardzo ważnym czynnikiem w sprawie leczenia gruźlicy kości, a *par excellence* gruźlicy kręgów. Co pomaga? czy bezwzględny spokój („*quies*“ dawnych autorów), czy zmiana w krążeniu krwi wokoło zachorzałych kręgów, czy środki wewnętrzne (np. *ol. jecor. aselli, guajacol. carbonic.* i t. p.), których nikt nie zaniedbuje—trudno rozstrzygnąć, lecz jeżeli rzucimy okiem na wszystkie dotąd znane i stosowane zabiegi przy gruźlicy kręgów i ocenimy ich wartość leczniczą, to każde nowe odkrycie, każde ziarno, że tak powiem, dorzucone do leczenia, niezbyt, co prawda, bogatego w plony, dające jakkolwiek rękojmię przyniesienia ulgi choremu, ma rację bytu i powinno być stosowane, a wyniki dodatnie przy stosowaniu sposobu CALOT'a nie przedstawiają wątpliwości.

Sposób postępowania jest następujący. Rękoć czyn cały dzielimy na 4 okresy z przygotowaniami do 1-go polegającymi na starannem obmyciu całego ciała w mydlanej ciepłej wannie, krótkiem ostrzyżeniu lub nawet i ogoleniu włosów na głowie; następnie na twardym i wąskim stole operacyjnym układamy chorego do narkozy; gdy ta nastąpi, delikatnie i powoli obracamy chorego i kładziemy go na brzuch, na głowę zaś zakładamy taśmy flanelowe na 4—5 palców szerokie, a 80—90 cm. długie w ten sposób, iż jedna z nich przechodzi przez okolicę potylicową poniżej *protuberantia occip.*, a druga przez podbródek, opierając się na dolnej szczęce. Nad uszami obie taśmy łączą się i krzyżują w ten sposób, że tworzą powyżej coś na kształt osłich uszu; miejsce skrzyżowania wzmacnia się mocnymi agrafkami. Końce obu taśm przywiązują się do poprzecznej sztaby żelaznej (wziętej od zwykłej maszyny wyciągowej zaopatrzonej przeto uszkiem do zawieszenia). Następnie każdy z czterech pomocników, nie licząc już trzymającego i wyciągającego głowę, bierze za jedną z kończyn chorego (górne kończyny biorą się za *brachium* i *antibrachium* a dolne za *femur*) i jednocześnie, jakby na komendę i powoli (co podkreślam!) zaczyna wyciągać w swoją stronę. Poduszczałka z waty grubości 2—3 palców, przymocowuje się na brzuchu dziecka; narkoza trwa przez cały czas.

Jest to pierwszy okres operacji, innemi słowami „wyciąganie na stół“; trwa ono najwyżej 5 minut, siła zaś jego jest bardzo znaczna i czasami zupełnie wystarcza, aby już po tym przeciągu czasu istniejące skrzywienie zupełnie się wyrównało. Lekki trzask, który często przy wyciąganiu daje się słyszeć, pochodzi wskutek naderwania i rozciągnięcia skróconych i ściągniętych więzów i zrostów. Okres drugi rozpoczyna się wielce ostrożnem uniesieniem chorego ze stołu w tem samym położeniu (t. j. twarzą na dół obróconą, przyczem pomocnicy starają się wyciągu ani na jotę nie osłabić, chloroformujący klęka i podtrzymuje narkozę z do-

łu) operator zaś przystępuje do bezpośredniego wyprostowania garbu; zapomocą dłoni i palców obydwu rąk uciska on z całej siły wystające *proc. spinosi*. Aby uchronić się od przełamania kolumny, jeden z asystentów rękami złożonemi w pięście zaczyna od strony brzucha t. j. z dołu uciskać kręgosłup, starając się siłą przeciwdziałać uciskowi operatora. Trzask i odgłos jakby pęknięcia bywa czasem głośny i kilkakrotny, a garb znika czasem w mgnieniu oka. Okres ten trwa 3—5 minut. Okres trzeci polega na starannem założeniu gipsowego opatrunku. Głowę i tułów okłada się grubą warstwą zwykłej (nie higroskopijnej) waty; poduszczerka na brzuchu pozostaje na miejscu; zapomocą miękkich bandaży gazowych, osypywanych gipsem i zwilżonych w letniej wodzie, zaczyna operator umocowywać warstwę waty na trzymanym ciągle w powietrzu chorym. Gdy tułów i części dolne szyi są już zawinięte, chorego niosą pod ramę wyciągową i zawieszają ją taśmami flanelowemi za sztabę górną, już nie podtrzymując narkozy. Ostatnie troskliwe wielce zagipsowanie (okres 4) odbywa się w położeniu wiszącym chorego, przyczem jeden z asystentów bacznie śledzi aby taśmy nie zmieniły kierunku pierwotnie im nadanego. Gipsowe bandaże przechodzą przez czoło, ciemię, boczne ściany szyi a cały tułów tworzy jeden ogólny i gruby pancerz gipsowy. Gdy opatrunek stężeje, chorego ostrożnie przenosi się na stół i zapomocą mocnych nożyc i noża na grubym trzonku wycina trochę gipsu około żuchw i stawów barkowych, aby ruchy kończyn górnych i szczęk były wolne; tem się kończy cała operacja. Chory zamieniony w taką mumię powinien w gipsie przebyć 2—3 miesiące a czasami i dłużej, lecz zwykle po 5—6 tygodniach trzeba zdjąć opatrunek i powtórzyć cały zabieg na nowo. Jak się przekonano, przeciąg trzech miesięcy jest zwykle wystarczający, aby zgasło ognisko gruźlicze.

Przechodzę teraz do wyników. Ponieważ każdy chory, poddawany wyprostowaniu, jest kilkakrotnie fotografowany przed operacją i po zdjęciu każdego opatrunku, kontrola jest wielce łatwa, a wyniki jak dotąd otrzymane są wprost wspinałe. Wprawdzie nie widziałem garbów prostowanych, jak to CALOT opisuje, u chorych 20-letnich, wydziałem tylko prostowane dzieci w wieku lat 6—10-łu, u których wyżej wspomniana operacja jest znacznie łatwiejsza, lecz to, co widziałem, wystarczy, aby wyrobić sobie zdanie, które zamknę w kilku słowach: jeżeli kiedy, to dzisiaj stoimy, być może, u podwoi doszczętniej i pewnej metody leczenia cierpienia, które dotąd opierało się wszystkim metodom skierowanym przeciwko niemu. Kol. ZIEMACKI (*loc. cit.*) w artykule swoim opisuje szczegółowo 3 przypadki spostrzegane od maja r. b. do końca czerwca, tam też odsyłam ciekawego czytelnika. Niektórych chorych miałem sposobność widzieć jako prawie prostych; u jednego z nich opatrunek i operację powtarzano po raz drugi i trzeci.

Nowych widziałem 5 przypadków; u niektórych garb znikał prawie zupełnie pod uciskiem operatora. Dotychczas oprócz podmiotowo stwierdzonego polepszenia nic powiedzieć nie można, gdyż opatrunki jeszcze nie są zdjęte; dalsze losy chorych omówię w następnej korespondencji.

Jeszcze słów parę: 27-go października na posiedzeniu Towarzystwa pedyatrów tutejszych ordynator szpitala dla dzieci św. Elżbiety, d-r ANDERS, miał odczyt o 12-tu operacjach wykonanych przez siebie według sposobu CALOT'a; jeden z chorych zmarł w 3 tygodnie po operacji, reszta czuje się dobrze i oczekuje zdjęcia gorsetu.

E. K.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== ALTHILL stosuje u kobiet skłonnych do krwotoków połogowych, poczynając od 35-go tygodnia ciąży, następującą mieszaninę: *Rp-Inf. secal. corn.* (3,0) 120,0 *extr. ergot. liq.* 11,0. *liq. strychn.* 3,75 DS. 3 razy dziennie łyżkę stołową. Leczenie to jest zupełnie nieszkodliwe zarówno dla matki jak i płodu, zapobiega zaś krwotokom połogowym i przyspiesza zwijanie się macicy. (*Brit. med. Journ.* 6. III. 97).

== SMYLY opisuje przypadek rozejścia się rany po cięciu brzuszem po zdjęciu szwów. W przypadku tym po wykonaniu cięcia brzusznego i wycięciu torbielowato zwyrodniałych jajowodów z powodu krwawienia miąższowego wprowadzono do jamy miednicy tampon z gazy, a górną część rany brzusznej zeszyto. Nazajutrz gazy w ranie brzusznej już nie znaleziono. Aby więc gazę odszukać, usunięto szwy i powtórnie jamę brzuszną otwarto. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, powikłany ostrym nieżytem oskrzeli; 8-go dnia szwy zdjęto. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Nazajutrz rano brzegi rany na całej przestrzeni rozeszły się, a pętle jelit wypadły na zewnątrz. Po uśpieniu chorej jelita opłókanano ciepłym roztworem kwasu bornego i wprowadzono je do jamy brzusznej, ranę zaś brzuszną zaszyto po raz trzeci. Nastąpiło wyleczenie.

Fr. N.

== PORCHER stosuje miejscowe leczenie tlenem w cuchnącym katarze nosa, przewlekłym wypływie z ucha, wrzodach goleni; leczenie polega na przepuszczaniu nad chorem miejscem tlenu w przeciągu 4—6 godzin. Tlen działa przeciwnie, znieczulająco i współdziała utworzeniu się nowej tkanki, dzięki czemu powierzchnie ropiejące szybko się oczyszczają, wypływ ropny ustaje i rany się zablizniają. (*Therap. Woch.* 12. IX. 1897).

== CHEWEY opisuje przypadek wPOCHWIENIAJELIT u 6-cio miesięcznego dziecka. Nagle wystąpiły silne bóle brzucha, wymioty i biegunka śluzowokrwawa, tężno 140, śmierć w przeciągu jednej doby. Badanie zwłok wykazało wPOCHWIENIE telita czczego wjelito ślepe i ponad wPOCHWIENIEM pewną ilość płynu zawierającego sernik. (*Ctrbl. f. inn. med.* Nr. 34. 1897).

== BABIŃSKI spostrzegał przypadek teżca, szybko wyleczony zapomocą zastrzykiwań dużych dawek morfiny; ponieważ chora była morfinistka, dawki były wyższe od dozwalanych (*Soc. de biol. Par.* 19. VI. 97).

== POLAK w jednym przypadku zakażenia połogowego trwającego trzy tygodnie dokonał wycięcia macicy przez pochwę; chora wyzdrowiała. (*Med. News.* 24. IV. 97).

== CASSAUSTOSOWAŁ w klinice DELBET'a airol w nieżycie błony śluzowej macicy; z 13-u leczonych dziewięć wyzdrowiało, utrzech nastąpiła poprawa, w jednym przypadku wynik był ujemny. Airol był wprowadzany w tamponach (*airol* 5,0, *glycerini* 20,0) do macicy po uprzednim rozszerzeniu ujścia macicznego; tampony zmieniano co drugi dzień w przeciągu 2—3 tygodni. (*Thèse de Paris.* 97).

== NICOLAS spostrzegał przypadek kamicy trzustkowej, nierozpoznanej za życia wskutek braku wszelkich objawów; w przewodzie WIRSUNG'a znaleziono około dwudziestu kamieni, śródkową część trzustki zajmowała jama wypełniona ropą; trzustka była zrosnięta ze wszystkimi narządami sąsiednimi. (*Gaz. hebdom. de méd.* Nr. 12. 97).

== RICHTER robił doświadczenia nad zaleconym przez FLORENCE'a sposobem wykrycia nasienia męskiego w plamach (wyciąg wodny płam daje z roztworem trójjodku potasu kryształki podobne do kryształów heminy) i przekonał się, że kryształki te daje wytwarzająca się przy rozkładzie lecytyny cholina, otrzymać zaś je można również z soku jąder dzieci nie zawierającego nitek nasiennych, ze śluzu pochwowego i soku mózgowego. (*Wien. Klin. Woch.* Nr. 24. 97).

== PIRETTI na podstawie badań nad osobami chloroformowanymi dochodzi do wniosku, że białkomocz występujący u 1/3 tych osób jest wynikiem zmian nabłonka nerkowego, nie zaś krwi, prędko przechodzi i nie ma wpływu na rokowanie; ilość białka nie jest w związku z trwaniem narkozy. (*Centrbl. f. Gyn.* Nr. 30. 97).

== TREBITSCH spostrzegał w klinice SCHROETTER'a przypadek choroby ADDISON'a stwierdzony przy badaniu zwłok, różniący się zabarwieniem skóry: brązowy kolor nie był rozlany; lecz istniały

tylko ograniczone plamy, głównie na twarzy. (Ztschr. f. klin. Med. T. 32).

— **TANNALBINA** zapobiega zaburzeniom narządów trawienia, występującym przy stosowaniu bardzo tłustych leków, mianowicie tranu. Stwierdził to **ROEMHELD** w klinice **VIEBORDT'a** na 50-ciu chorych dotkniętych krzywicą, którzy reagowali poprzednio na podawany im tran fosforowy silną i uporczywą biegunką. Dzieci do roku, otrzymując obok zwykłej dawki tranu [$\frac{1}{2}$ łyżeczki (0,01: 100,0) trzy razy dziennie] 2,0 do 4,0 tannalbiny, znosiły go zupełnie dobrze. Ró-

wnież skutecznie działa tannalbina przy stosowaniu u dzieci dotkniętych przymiotem kalomelu. (Münch. med. Woch. 7. IX. 97).

— **DOMINO** wyleczył trzy przypadki nerwobólu nasiennego (*irritable testis*) błękitem metylenowym. W przypadkach tych jedynie zastrzykiwania morfiny przynosiły chwilową ulgę, po zażyciu zaś środka tego w dawce 0,1 co dwie godziny nerwoból ustawał już po piątym proszku. Żadnego pobocznego działania błękitu autor nie spostrzegł. (Berl. klin. Woch. 27. IX. 97). **M. B.**

Wiadomości bieżące.

— We Lwowie w dniu 30 listopada odbył się akt uroczysty odsłonięcia tablicy pamiątkowej i biustu Jędrzeja **ŚNIADECKIEGO**.

— Kol. **Józefowi POŁAKOWI** na posiedzeniu Rady Warszawskiego Uniwersytetu w dniu 25 b. m. przyznano stopień doktora medycyny.

— **Stosunki sanitarne w Krakowie.** Z ogłoszonego sprawozdania biura statystycznego miejskiego z trzeciego kwartału r. b. wyjmujemy szczegóły następujące: ludność wynosiła 81,406, w czem chrześcian 60,000, żydów 21,406. Małżeństw zawarto w lipcu 67, w sierpniu 68, we wrześniu 62, razem przeto 197. Urodziło się w tych miesiącach po kolei 411, 241, 178, razem 830 dzieci, zmarło zaś 218, 223, 200, razem przeto 641 osób. Cyfra śmiertelności miejscowej po wyłączeniu obcych — 20,64 na 1000, jest zatem wiele korzystna. Z ważniejszych chorób zmarło tutejszych (obcych): na gruźlicę 54 (49), zapalenie płuc 38 (12); na błonicę i dławiec 2 (11), na płonicę 3 (3), na dur wysypkowy 1 (0), na dur

brzuszny 11 (1), na czerwonkę, o której mylnie głoszone, że pojawiła się epidemicznie, 9 (11). Na ospę nie było ani jednego przypadku śmierci. Śmiercią samobójczą zginęło 7 mężczyzn i 1 kobieta. W szpitalach zmarło 343 osób czyli 53,5% ogółu zmarłych; z nich przypada na szpital św. Łazarza 238, na szpital wojskowy 23, na szpital św. Ludwika 61, na inne szpitale 21 osób.

— **Zmarli.** W Lublinie w dniu 26 b. m. zmarł d-r Jan Wacław **SAWICKI**, były lekarz kolejowy w Grajewie, w 42 roku życia. Zmarły był wychowancem uniwersytetu Warszawskiego, gdzie wśród kolegów cieszył się wielką sympatią i uznaniem, jako jeden z najzaciejszych kolegów. **S. p. SAWICKI** zostawił po sobie kilka prac z dziedziny fizjologii nerwów.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1898 i o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cyrkularz „Dom Zdrowia“ d-ra **Konrada DOBRSKIEGO**.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 20 Поября 1897 г. Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8