

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica”. Napisał St. Kopczyński. (Dokończenie). Drgawki porodowe (Eklampsja) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 99. Sztuczny ślinotok, jako środek przeciwpuchlnowy. 100. Mors prae-cox ex haemorrhagia cerebri post coitum. 101. Masowe zatrucie kartoflami, zawierającymi nadmiar solaniny. 102. Rozpoznawanie i leczenie zapalenia oczów u noworodków. Katary oczów i zapobiegawcze odkażanie oczów u noworodków. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 28 listopada i 5 grudnia r. b — **ODCINEK.** Kwestyonaryusz w sprawie kapieli publicznych i czystości ludu. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Kopczyński — Contribution à la symptomatologie et anatomie pathologique de la syphilis du cerveau et quelques mots sur la „pseudoparalyse syphilitique”. 2) D-r W. Popiel — Nouvelles contributions concernant la nosologie de l'éclampsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Kopczyński — Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Gehirnsyphilis und einige Worte über die sogenannte luetische Pseudoparalyse 2) D-r W. Popiel — Die eklamptischen Convulsionen im Lichte der neueren Forschungen.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z PRACOWNI PROF. OPPENHEIM'a W BERLINIE.

Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu

oraz słów kilka o t. zw.

„Pseudoparalysis luetica“.

Napisał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI,

Ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha.

(Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 21 listopada 1899 roku).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 51).

Następnie pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę Szanownych Panów na dwa fakty ze stanowiska anatomo-patologicznego. Pierwszym, o którym chcę pomówić, są zmiany, jakie znalazłem w naczyniach.

W przypadku moim przeważnie był dotknięty układ tętniczy na podstawie mózgu; z żył znalazłem zmiany tylko w jednej. Zgadza się to ze spostrze-

żeniami innych autorów, którzy w przypadkach przymiotu mózgo-rdzeniowego w mózgu znajdowali zmiany przeważnie w układzie tętniczym, w rdzeniu zaś przeważnie w układzie żylnym (GREIFF). Wyjątek pod tym względem stanowi jeden z przypadków przymiotu mózgu, opisany przez SIEMERLING'a (l. c.), w którym i naczynia żyłne przedstawiały zmiany wybitne.

Co się tyczy charakteru zmian w naczyniach, to dotyczyły one zarówno błony wewnętrznej, jak i błony zewnętrznej, mieliśmy więc *endoarteriitis* i *periarteriitis*. Błona wewnętrzna podlegała silnemu bujaniu czyli rozrostowi, zwężając w stopniu znacznym światło naczynia; w niektórych z nich wybijała błona wewnętrzna w kilku miejscach pozrastając się, tworząc naczynie o kilku światłach. Podobne stany opisał i przedstawił na rysunkach ORŁOWSKI⁴⁹⁾ w swej wyczerpującej monografii o przymiocie rdzenia. Podobne rysunki, przedstawiające *art. basilarem* z wybijałą błoną wewnętrzną, z kilkoma światłami, wysłaniami śródbłonkiem, przedstawia MARSCHAND⁵⁰⁾. Zwężone światła w niektórych tętniczkach zamykały zakrzepy. W naczyniu, przebiegającym pod skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych, stwierdziliśmy krwotok wewnątrz i na zewnątrz wszystkich jego ścian. Wybroczyny krwawe w warstwach naczyniowych przy zmianach przymiotowych spotykamy niezbyt często. Szczegółowo opisał je i przedstawił na rysunku BRASCH⁵¹⁾. W wybującej prawie zupełnie i zakrywającej światło błonie wewnętrznej *art. basilaris* nastąpił znaczny wylew krwawy pomiędzy *m. intima* i *m. elastica*. Na pewnej przestrzeni błona elastyczna stawiała opór wylewowi, dalej zaś wylew krwawy przerwał błonę elastyczną i wdrążył do błony mięsnej i błony zewnętrznej.

Zgrubiałą błonę wewnętrzną niekiedy znajdowaliśmy pokrytą od wewnątrz błoną elastyczną. Warstwa śródbłonka na przekrojach poprzecznych zwykle nie była widzialna. Zdaniem HEUBNER'a, w tych warunkach błona ta wypada. Jedni badacze, jak HEUBNER, uważają błonę elastyczną, pokrywającą rozrosłą błonę wewnętrzną, za nowowytworzoną, inni, jak CORNIL i RUMPF, — za części rozszczepionej starej (patrz niżej). Stara błona elastyczna w wielu miejscach była nieco zgrubiała, poprzerzywana, mocno i nieprawidłowo pofalowana. O zmianach w błonie elastycznej wspomina bardzo wielu autorów. W przypadku SIEMERLING'a (l. c.) w tętnicy SYLWIUSZ'a była ona niezwykle zgrubiała, składała się z 3—4 blaszek (*Lamellen*) i przedstawiała wypukłe nabrzimienia (*buckelförmige Anschwellungen*). W jednym z przypadków GOLDFLAM'a⁵²⁾ „błona sprężysta w niektórych miejscach gorzej się barwiła, grubiała, rozszczepiała się i przyjmowała wygląd włóknisty“. Błona mięsna na moich preparatach prawie żadnych zmian nie przedstawiała. Inni autorowie, jak GOLDFLAM, RUMPF, opisują ścieńczenie jej; LANCEREAUX (l. c.) i RUMPF⁵³⁾ zanikowi błony mięsnej przypisują duże znaczenie: zdaniem ich od tego ma zależeć powstawanie drobnych tętniaków (*aneurysmata milliaria*). Wielu też autorów znajdowało nacieczenie błony mięsnej okrągłymi komórkami.

⁴⁹⁾ ORŁOWSKI. Syfilis rdzenia. Warszawa. 1898.

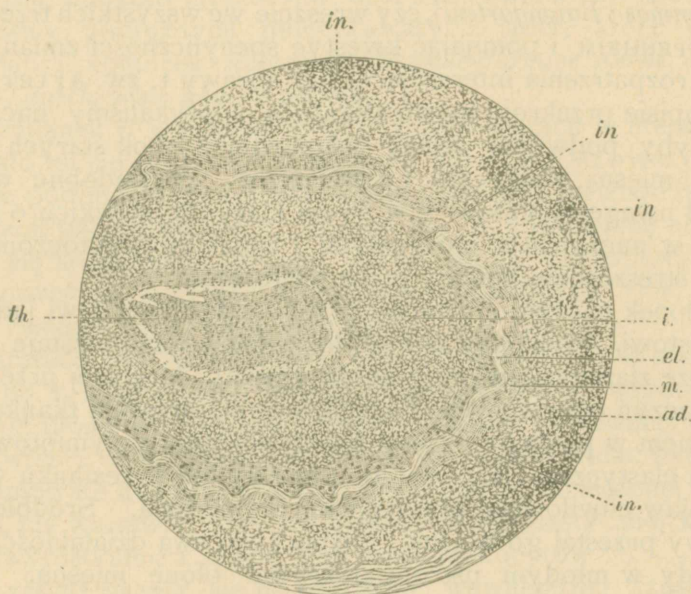
⁵⁰⁾ MARSCHAND. Real Encyclopedie Eulenbarga 1885. T. I. Arterien.

⁵¹⁾ BRASCH. Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. T. 8. Z. 5 i 6.

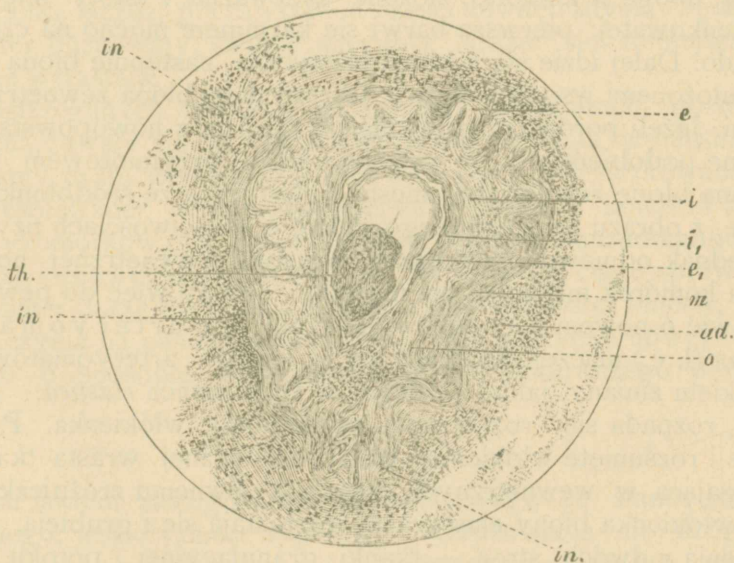
⁵²⁾ GOLDFLAM. O przymiocie rdzenia. Odczyty kliniczne. Warszawa. 1891. str. 19.

⁵³⁾ RUMPF. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden. 1887. str. 66.

Błone zewnętrzną znajdowałem na swoich preparatach bardzo często naciezoną drobnymi komórkami.



Rys. 9. Tętnica średniej wielkości z pod *pulvinar thalami optici*; *th* — zakrzep, *i* — olbrzymio wybudowała błona wewnętrzna, *el* — błona elastyczna, *m* — błona mięsna, *ad* — błona zewnętrzna, *in* — nacieczenia drobnokomórkowe.



Rys. 10. Drobną tętnicą z okolicy *trigonum interpedunculare* o charakterze arteriomyomatu Heubner'owskiego. *th* — zakrzep w stanie organizacyi łącznotkankowej, *i* — część zewnętrzna m. intimae, *i1* — część wewnętrzna m. intimae, przypominająca swą budową błonę mięsna, *m* — błona mięsna, *e* — błona elastyczna mocno pofałdowana z przerwą w *o*; *e1* — błona elastyczna nowowytworzona, czy też powstała z rozszczepienia starej; *in* — nacieczenia drobnokomórkowe, (rysunki z preparatów, zabarwionych karminem i alunową hematoksyliną).

Nie wdając się bliżej w rozstrzygnięcie kwestyi, czy zmiany w naszych naczyniach miały punkt wyjścia w błonie wewnętrznej, jak tego chce Heu-

BNER, czy w błonie mięsnej i w naczyniach odżywczych (*vasa vasorum*), jak utrzymują RUMPF, KOESTER, ORŁOWSKI, czy w błonie zewnętrznej (t. zw. *periarteriitis gummosa Baumgarteni*), czy wreszcie we wszystkich trzech błonach, jak twierdzi OPPENHEIM, i pomijając kwestję specyficzności zmian, przechodzimy obecnie do rozpatrzenia interesującej nas sprawy t. zw. *arteryomatów*.

Przy opisie przekroju mostu WAROL'a spotykaliśmy naczynia, posiadające jak gdyby podwójne ściany mianowicie: obok starych — nową błonę zewnętrzną, mięsną, elastyczną i wewnętrzną. Na podobne obrazy przed 25 laty zwrócił uwagę HEUBNER⁵⁴⁾ w swym klasycznym szkicu o zmianach przymiotowych w naczyniach mózgowych i nadał im przytoczoną powyżej nazwę. Oto w streszczeniu podany przez niego opis:

Śródbłonek naczyń, drażniony przez krążący we krwi jad przymiotowy, ulega rozrostowi. Pomiedzy nim a błoną elastyczną powstaje warstwa tkanki o charakterze ziarniniakowym (granulacyjnym), do której przenikają komórki okrągłe z naczyń odżywczych. Pomiedzy nowopowstałą tkanką ziarniniakową a śródbłonkiem w pewnym okresie nowotworzenia przymiotowego zjawia się nowa błona elastyczna, jako wyraz przerwy lub przestanku w bujaniu śródbłonka i objaw chwilowego przynajmniej wyleczenia. Śródbłonek, kiedy jad przymiotowy przestał go drażnić, rozpoczyna swą działalność, jaką posiadał dawniej, gdy w młodym ustroju pokrywał błonę mięsną. Na zapytanie, skąd się wzięła nowa błona elastyczna, zdaniem HEUBNER'a, może być jedna tylko odpowiedź: ze śródbłonka lub z leżących pod nim komórek — jego derywatów czyli pochodnych. W wybującej błonie wewnętrznej rozróżniamy dwie warstwy: jedną wewnętrzną, złożoną ze zbitych komórek, przylegających gęsto jedna do drugiej, współśrodkowo do światła naczynia, drugą zaś zewnętrzną, ubogą w komórki, złożoną przeważnie z istoty międzykomórkowej, włókienkowatej; pierwsza barwi się karminem mocno na czerwono, druga zaś blado. Dalej idzie stara błona elastyczna, następnie błona miękka z komórkami, ułożonemi współśrodkowo, jeszcze dalej błona zewnętrzna ze swemi szczelinami. Jeżeli porównamy dawniejszą tętnicę z nowopowstałą, to uderzy nas wybitne podobieństwo: w nowotworzeniu przymiotowym widzimy zróżniczkowaną błonę zewnętrzną, mięsną i elastyczną ze śródbłonkiem. Trudno, wprawdzie, z obrazu anatomicznego sądzić o właściwościach fizyologicznych. *A priori* jednak odmawiać komórkom warstwy wewnętrznej nowotworzenia charakteru komórek mięsnych nie możemy. Mamy więc do pewnego stopnia prawo mówić o nowym naczyniu w naczyniu — o *arteryomatach* tętnic.

RUMPF (l. c.) inaczej zapatruje się na sprawę *arteryomatów*. Zaznacza on z naciskiem zmiany, jakim podlega w tych razach *elastica*. Grubiej ona kilka razy, rozpada się i rozszczepia na cieniutkie włókienka. Pomiedzy rozszczepione i rozsunięte włókienka błony elastycznej wrasta tkanka granulacyjna, ulegająca w wewnętrznych częściach pewnemu zróżniczkowaniu. Wewnętrzne włókienka błony elastycznej rozrastają się i grubieją, a pod wpływem ciśnienia z dwóch stron — tkanki granulacyjnej i potoku krwi — stają się bardziej zbitymi.

OBERMEYER (loc. cit.), opisując szczegółowo w pierwszym przypadku zmiany przymiotowe w naczyniach, zaznacza, iż spotykaną często nową błonę elastyczną uważa wraz z HEUBNER'em za wytwór śródbłonka, za objaw pewnego wstrzymania się sprawy zapalnej przymiotowej. Co się tyczy arte-

⁵⁴⁾ HEUBNER. Dieluetische Erkrankung der Hirnarterien. Lipsk. 1874. str. 148 i nast.

ryomatów Heubner'owskich, to mówi, iż w kilku naczyniach z silnie rozrosłą błoną wewnętrzną, naokoło niektórych drobnych światelek, spotykał współśrodkowe warstwy podłużnych pałeczkowatych jąder, które do złudzenia przypominały jądra komórek mięsnych (*Stäbchenförmige Kerne, die den Muskelkernen aufs Täuschen/ste ähnlich sehen*).

Innych wzmianek o Heubnerowskich arteryomatach w literaturze zagranicznej nie udało mi się spotkać. Z naszych autorów ORŁOWSKI w swej monografii opisuje podobne arteryomaty, kiedy „warstwa wewnętrzna wybijająca *intimae*, o jądrach pałeczkowatych, obleka się w nową błonę elastyczną, na której rozwija się śródbłonek, słowem, wśród starej, zamkniętej tętnicy powstaje nowa, powstaje naczynie o ścianach podwójnych“ (loc. cit. str. 102). Autor podaje rysunek, ilustrujący jego opis.

Na preparatach kol. KOZERSKIEGO, przedstawionych w Warsz. Tow. Lek. w dniu 6. IX. 98. r. z przypadku *endarteriitidis syphiliticae*, wspomnianego powyżej, wybijająca błona wewnętrzna zmienionych naczyń również przedstawiała dwa uwarstwienia: w warstwie, zwróconej ku światłu, widać było gęsto rozłożone wrzecionowate komórki tkanki łącznej, obficie nacieczonej leukocytami, w zewnętrznej zaś warstwie, przylegającej do błony elastycznej, komórki były gwiazdziste z wyrostkami, a wśród nich mało leukocytów⁵⁵⁾.

Kwestya zapatrywania się na charakter wewnętrznej części wybijającej *intimae* posiada znaczenie nie tylko teoretyczne. Jeżeli przyjmiemy charakter mięsny rozpatrywanych komórek, rokowanie co do powrotu czynności danego naczynia będzie inne, aniżeli, jeżeli przyjmiemy charakter ich łącznotkankowy: w pierwszym przypadku drożność naczynia przez dłuższy czas będzie zachowana, i nowa błona mięsna ułatwiać będzie krwiobieg, w drugim zaś nowa tkanka łączna, począwszy od części zewnętrznych, będzie przybierała charakter bliznowaty, światło naczynia będzie się zmniejszało, niedrożność będzie wzrastała.

Ze spostrzeganych obrazów na naszych preparatach, gdzie owe „arteryomaty“ znajdowały się na różnych stadyach rozwoju, wynieśliśmy przekonanie, iż mamy tu do czynienia jedynie z pewnem zróżniczkowaniem wybijającej błony wewnętrznej: w warstwach jej zewnętrznych komórki znikają, warstwa międzykomórkowa się zwiększa, ilość włókien łącznotkankowych wzrasta, ściągając i zniekształcając naczynie. W dalszym ciągu sprawa ta posuwa się ku wewnątrz dążąc do przeistoczenia całej wybijającej *intimae*, a następnie i całego naczynia na pas łącznotkankowy. Co się tyczy nowej błony elastycznej, to o sposobie powstawania jej nic stanowczego powiedzieć nie mogę⁵⁶⁾.

*

*

*

Drugim faktem, zasługującym na naszą uwagę ze stanowiska anatomiczno-patologicznego, jest obecność zupełnego skrzyżowania się dróg piramidalnych na naszych preparatach z różnych wysokości rdzenia. Nawet w górnych odcinkach szyjowych nie mogliśmy dostrzedz śladu zwyrodnień w pęcz-

⁵⁵⁾ KOZERSKI. Przedstawienie preparatów *Endoarteriitidis syphiliticae* w bardzo wczesnym okresie syfilisu. Pamiętnik W. T. L. T. 98. str. 818.

⁵⁶⁾ Prof. PRZEWOSKI, który łaskawie preparaty moje obejrzał, również podziela to zdanie co do charakteru wewnętrznych części wybijającej *intimae*; na nową błonę elastyczną zapatruje się, jako na część, powstałą z rozszczepienia starej.

kach, odpowiadających drogom piramidalnym przednim. Z tego też powodu chcielibyśmy na tem miejscu o drogach tych słów kilka powiedzieć

Drogi piramidalne, dzięki poszukiwaniom FLECHSIG'a, TÜRCK'a, HITZIG'a, BECHTEREW'a, FRITSCH'a i innych, należą do najgruntowniej zbadanych części układu nerwowego, mimo to jednak dużo szczegółów, dotyczących się tych dróg, pozostaje niewyjaśnionymi. Wiele światła rzuca na tę kwestję anatomia porównawcza. Okazało się, że u niższych zwierząt piramidy bynajmniej nie odgrywają tej roli, co u człowieka. WAGNER i STARLINGER⁵⁷⁾ przecinali zwierzętom drogi piramidalne pod opuszką, i zwierzęta te w ruchach swych prawie wcale nie odróżniały się od zwierząt zdrowych. Zdaniem BECHTEREW'a⁵⁸⁾, u niektórych zwierząt niższych (psa, kota) piramidy przednie wcale nie istnieją, u niektórych kręgowców są one bardzo słabo rozwinięte lub brak ich zupełnie, u innych wreszcie piramidy biegną w tylnych pęczkach rdzenia. Ten słaby rozwój dróg piramidalnych u zwierząt w porównaniu z człowiekiem należy prawdopodobnie od tego, że ruchy ich są przedewszystkiem automatyczne, nie zaś dowolne.

Co się tyczy przebiegu dróg piramidalnych w rdzeniu człowieka, to, jak wiadomo, drogi te w rdzeniu przedłużonym na wysokości drugiego nerwu szyjowego ulegają t. zw. skrzyżowaniu, t. j. większa część włókien z pęczków przednich przechodzi do pęczków bocznych strony przeciwnej rdzenia, (t. zw. piramidy boczne czyli skrzyżowane), pozostała część biegnie dalej w przednich pęczkach (t. zw. piramidy przednie czyli nieskrzyżowane, słupy TÜRCK'a) Piramidy boczne biegną do najniższych odcinków rdzenia kręgowego; piramidy przednie, co do których ostatecznego skrzyżowania się zdania są jeszcze podzielone, znikają na różnej wysokości: niekiedy w części szyjowej rdzenia, niekiedy w grzbietowej, a nawet spotykano je w części lędźwiowej (przypadek DÉJÉRINE'a, cyt. u BECHTEREW'a). Stopniowo, jak twierdzi OBERSTEINER, przechodzą one na stronę przeciwną; zdaniem niektórych badaczy mają one opłatać swojemi ostatecznemi rozgałęzieniami komórki ruchowe rdzenia po tej samej stronie.

Co się tyczy stosunku skrzyżowanych piramid do nieskrzyżowanych, to wielu ścisłych obliczeń pod tym względem dokonał FLECHSIG (cyt. u OBERSTEINER'a)⁵⁹⁾, które ze względu na nasz przypadek w krótkości przytaczamy.

W większości rdzeni (75%) poniżej skrzyżowania piramidy boczne zajmują 91 - 97% wszystkich włókien piramidalnych, piramidy przednie 3—9%. Zupełne skrzyżowanie się piramid, kiedy wszystkie ich włókna biegną w pęczkach bocznych, zdarza się, zdaniem FLECHSIG'a, w 11% przypadków. Tu więc zaliczyć wypada i mój przypadek. Zdarza się również, że $\frac{9}{10}$ wszystkich włókien piramidalnych biegnie w przednich pęczkach, które wtedy na przekroju poprzecznym rdzenia przedstawiają się bardzo pokaźnie, pozostała $\frac{1}{10}$ część włókien stanowi wąski sznurek w pęczkach bocznych.

Zupełne skrzyżowanie dotyczyć może jednej tylko strony rdzenia. Rozkład symetryczny, t. j. jednakowy stosunek piramid przednich do bocznych po obu stronach rdzenia, zdarza się tylko w 60% rdzeni.

57) STARLINGER. Die Durchschneidung der Pyramiden beim Hunde. Neurologisches Centralblatt. 1895. Nr. 9.

58) BECHTEREW. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Lipsk. 1898.

59) OBERSTEINER. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Lipsk i Wiedeń. 1896, str. 340 i nast.

W okolicy, przedstawiającej zwyrodniałe piramidy, spostrzegaliśmy liczne zdrowe włókna, rozrzucone między zwyrodniałemi. Są to po części ocalałe od zwyrodnienia włókna piramidalne, po części zaś te drogi, które, zdaniem RIEDEL'a i WASILEWSKIEGO (cyt. u BECHTEREW'a), biegną od mózdzku ku dołowi w kierunku odśrodkowym.

Przy jednostronnych odpowiednich ogniskach w mózgu spostrzegano wielokrotnie w rdzeniu kręgowym, oprócz zwyrodnienia piramid przednich po stronie ogniska i piramid bocznych po stronie przeciwnej, również zwyrodnienie piramid bocznych po stronie ogniska. Fakt ten stwierdzano również na drodze doświadczalnej (PROBST)⁶⁰⁾. Faktem tym objaśniano spostrzegany nieraz objaw, że w porażeniach połowicznych zwiększenie odruchów ścięgniastych, a nawet *Fusclonus* daje się zauważyć i po stronie zdrowej. Prawdopodobnie więc część zwyrodniałych piramid biegnie i w pęczkach bocznych po stronie przeciwnej porażeniu kończyn. W ten również sposób wytłumaczyć możemy to, iż na naszych preparatach, pomimo wybitnej różnicy w stopniu zwyrodnienia dróg piramidalnych obu stron w odnodze mózgowej i w rdzeniu przedłużonym, różnica w rdzeniu kręgowym po stronie prawej i lewej była względnie bardzo nieznaczna.

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsja*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 51).

Rzeczona operacja wogóle może i powinna być wykonywana tylko w specjalnych zakładach. Jest jeszcze jedna okoliczność, która trochę ochładzająco wpłynie zapewne na zwolenników tego zabiegu. W założeniu zwolennicy cięcia cesarskiego przy drgawkach domagają się szybkiego ukończenia porodu, co dla każdego, bliżej znającego te rzeczy, stanowczo przedstawia się mocno problematycznym. Wiemy dobrze, wiele czasu potrzeba na odpowiednie przygotowania nawet w najlepiej urządzonych klinikach, a mocno jest wątpliwem, czy zechciałby ktokolwiek przystępować do tak poważnej operacji, nie zabezpieczywszy się zupełnie w jaknajdrobiazgowszej dokładności poczynionych przygotowań.

Co zaznaczywszy, najwłaściwszem, zdaje się, będzie uważać cięcie cesarskie przy drgawkach, jako ostateczność, do której udamy się w celach uratowania już tylko życia dziecka (BECKMANN, KUESTNER, RUNGE)¹²⁾.

⁶⁰⁾ PROBST. Zur Kenntniss der Pyramidenbahn. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Sierpień. 1899.

¹²⁾ Jako pojedynczy dotychczas przypadek, należy zanotować spostrzeżenie A. N. NOLST'a, który przedsięwziął sectio caesarea z powodu wybuchu drgawek i dokonał go przed porodem. Chora wyzdrowiała, ilość białka już w dwa dni po operacji z 8‰ spadła do zera.

W ostatnich czasach DUEHRSEN poleca w tych przypadkach pochwowe cięcie cesarskie, które, rzecz prosta, stoi pod względem trudności technicznych i niebezpieczeństwa znacznie wyżej od klasycznej operacji.

Aby przyspieszyć opróżnienie macicy, zwolennicy terapii czynnej uciekają się do głębokich nacięć na nieotwartej dostatecznie szyi macicy aż do sklepień (DUEHRSEN), poczem stosują kleszcze lub obrót. Jeżeli zaś szyja jeszcze nie jest wygładzona, to zalecają kelpuryzę.

Jak widzimy, DUEHRSEN jest zatem wskrzesicielem zarzuconego i zapomnianego *accouchement forcé*. Technika samego sposobu jest, według DUEHRSEN'a, następująca: po nałożeniu łyżek wzierników, umocowujemy szyję dwoma kulociągami i prowadzimy głębokie cięcia ścian szyi przy pomocy nożyczek SIEBOLD'a. Zwykle wystarczają dwa nacięcia przedniej i jedno tylnej ściany, krocze, jeśli zachodzi potrzeba, nadcinamy z obu stron w kierunku guzów siedzeniowych. Jeżeli rozcięcia okażą się niewystarczającymi, to można je później przedłużyć przy pomocy noża. Po wydobyciu płodu D. zostawia zwykle rozcięcia szyi bez zeszywania, ale starannie za to zszywa rozcięcia krocza.

Przy wykonywaniu opisanego zabiegu mamy zwykle do czynienia z bardzo silnymi krwotokami, nie mówiąc już o możliwości przedłużania się nacięć i o pochodzących ztąd powikłaniach, nie zawsze dla chorej bezpiecznych. Wogóle sposobu DUEHRSEN'a nie można zalecać lekarzowi, nieobeznanemu dostatecznie z techniką operowania w pochwie. Kto wie, czy technicznie nie jest łatwiejsze klasyczne cięcie cesarskie od metody DUEHRSEN'a. Chcąc ułatwić zadanie i zatrzymać krwotok, ZWEIFEL radzi robić nacięcia szyi między dwoma na szyję macicy nałożonemi szczypczykami PÉAN'a.

O ile się zdaje, to ta modyfikacja jest w praktyce prawie że nie wykonalna. Obecność sześciu (większych) pincet hemostatycznych w pochwie znacznie utrudnia operację wydostania płodu, usunięcie może dać nam znów krwotok, a długie ściśnięcie tkanki macicy szczypczykami bardzo łatwo może spowodować obumarcie odpowiednich części szyi wraz z dalszemi tegoż powikłania następstwami. Raz jeszcze powtarzamy, że ten sposób postępowania dostępny jest tylko dla wyszkolonego specjalisty, operującego według najsurowszych zasad aseptyki i bez obawy nie opanowania mogącego zjawić się krwotoku.

Co do wyników, to posiadamy pewne wskazówki, oparte na 161 przypadkach, zebranych przez B. FRIEDEMANN'a.

Sposób postępowania	% śmiertelności	
	Matek	dzieci
<i>Sectio caesarea</i>	38,9	37,5
<i>Incisiones Colpeuryxis</i>	20,7	56,4
Wyczekujące	37,5	75,4

Według zaś CHARPENTIER'a, śmiertelność matek wynosi przy porodach drgawkowych ukończonych *sua sponte* 18,96%, *Acc. forcé* 40,74% ¹³⁾. Wyniki niezbyt zachęcające, tembardziej jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przy nacięciach według

¹³⁾ Wyjątkowo świetne wyniki otrzymał KROENIG w Lipsku, który na 18 wykonanych *Accouchement forcé* podczas drgawek stracił tylko jedną chorą, t. j. 5,5%.

metody DUEHRSEN'a częściej mamy do czynienia z zakażeniem tkanki łącznej przymacicznej.

Zestawiając wszystko, co było powiedziane o leczeniu drgawek, przychylić się trzeba do zdania BUÉ, który dzieli przypadki drgawek na lżejsze i cięższe. W pierwszych stosować będziemy mleko, środki przeczyszczające, wanny, później morfinę, chloral, *veratrum*, a u sinicowych chorych — upust krwi. W przypadkach cięższych dla przyspieszenia porodu można zalecić kolpeuryzę, poczem kleszcze lub obrót.

Na zakończenie przypomnimy, że podczas drgawek najmniejsze nawet i najłżejsze rękoczynny wykonywać należy w zupełnej narkozie, która, zmniejszając ilość i częstość napadów, pozwala tem samem lekarzowi swobodniej i spokojniej pracować i dokładniej a ściślej stosować przepisy antyseptyki i aseptyki. Wogóle zaniedbanie narkozy podczas operacji przy porodach drgawkowych uważa się jako błąd zawodowy (Kunstfehler). Co do środka usypiającego, to jak wyżej już było nadmienione, chloroform stoi wyżej od eteru, aczkolwiek ten ostatni mniej szkodliwie wpływa na serce i nerki. Eter przy wielu dobrych swych własnościach, ma ujemną stronę swego działania, tem jaskrawiej podczas drgawek występującą. Mowa tu o pobudzającym wpływie tego środka na działalność wydzielniczą ślinianek i gruczołów oskrzelowych. Pamiętać także należy, aby, stosując zbyt energicznie środki przeciwnie (karbol, sublimat), nie dopuścić choćby chwilowego zatrucia, co przy upośledzonej czynności nerek łatwo zdarzyć się może (OUI, SOŁOWIEW).

Co do leczenia następczego, jest ono dość proste: spokój, mleko, później lekko strawne pożywienie i ścisła antyseptyka — oto wszystko. Przez dłuższy czas należy jeszcze sprawdzać, czy nie ma białkomoczu — i odpowiednio do tego postępować.

L I T E R A T U R A.

1) Acconci. Patogenesi della eclampsia puerperale. La Clinica moderna. 1895. p. 318. 2) Ahlfeld. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1893. 3) d'Andon. Etude sur l'emploi en Amérique du *veratrum viride* dans le traitement de l'éclampsie. These de Paris. N. 430. 4) Antuszevicz. K kazuistiki puerperalnoj eklampsii. Med. odozr. 1891. p. 572. 5) Appleby. Guajacol for treatment of eclampsia. Med. and. Surg. Journ. 1897. 6) Arnaud J. Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chlorale longtemps continué. Gaz. des hop. Paris 1891. p. 219. 7) Aschoff. Ueber capilläre Embolien von riesenkernhaltigen Zellen. Virch. Arch. 1893. 8) Auvard et Daniel. Albuminurie gravidique chez une femme grosse de un mois et demie. Eclampsie. Arch. de Gyn. et de Tocol. vol XXIII. p. 675. 9) Ayres Douglas. Some remarks on the treatment of puerperal eclampsia, from practical experience. N. York. Medic. Journal. 1892. 10) Bar et Guyeisse. Lesions du foie et des reins chez les éclamptiques et les foetus issus des femmes éclamptiques. L'obstétr. Paris. 1897. p. 263. 11) Bar et Rénon. Examen bactériologique dans trois cas d'éclampsie. Compt. rend. Soc. de biol. Paris. 1894. 12) Baskin. O wlianii operatiwnawo wmieszatielstwa pri rodach osložniennych eklampsiej. Ruskaja Medicina. 1893. Nr. 47—48. 13) Bétrand. De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Paris. 1884. 14) I. H. Bennet. A case of eclampsia, with albuminuria, treatment. Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1888. 15) Bidon. Amnésie postéclamptique. Journ. d. Soc. scient. 1891. N 38. 16) Bidder. Ueber 455 Fälle von Eklampsie aus der St. Petersburger Gebäranstalt. Arch. f. Gyn. B. XLIV. H. 1. 17) Blanquinque. Deux observations d'éclampsie puerpérale. Guérison par les injections hypodermique de pilocarpine. 18) E. Blanc. Pathogénie de l'éclampsie. Arch. de Tocologie, 1890, p. 747. 19) E. Blanc. Action pathogénie d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptique. Arch. de Tocologie. 1889. p. 182—285. 20) Blanc E. Pathogénie de l'éclampsie. Arch. de Tocologie. 1890. Nr. 747. 21) Blanc. De la toxicité urinaire chez la femme enceinte. Ann. de Gynécologie. 1891. VII. p. 15. 22) Blot.

De l'albuminurie chez les femmes a Paris. 1849. 23) Bösch. Beiträge zur Eclamp. puerp. Basel 1882. I. D. 24) Bouffe de Saint Blaise. Autointoxications gravidiques. Annales de Gynécologie. 7898. p. 342. 25) Bouffe de Saint Blaise. Des lésions anatomiques que l'on trouve dans l'autointoxication gravidique à forme convulsion. Annal. de gyn. et d'obst. Bd. XL. pg. 61. 26) Bouffe M. Foie et éclampsie puerpérale. Annal. de Gynécol. XXXV p. 48. 27) Braun. Ueber Eklampsie u. Albuminurie. Zeitschr. d. Wien. Aerzte 1851. 28) Braun. Ueber 27 Fälle von Eklampsie. Ctrbl. f. Gyn. 1891. p. 603. 29) Brocard M. La glycosurie de la grossesse. Paris. Carré, these. 30) Bouchard. Leçons sur les antointoxications. Paris. 1887. 31) Butte L. De l'urée du sang dans l'éclampsie, déduction pronostiques. Ann. de la policlin. de Paris Bd. III. p. 164. 32) Busch. Lehrbuch d. Geburtskunde. 1836. 33) v. Bué. Pathogénie et traitement des acces éclamptiques. Arch. de Gyn. et de Toc. T. XXIII. p. 641. 34) W. Byers. Traitement de l'éclampsie. Congr. internat. de Geneve. 35) Carus. Lehrbuch der Gynaekologie. 1820. 36) Catto W. M. Puerperal Eclampsia. The Amer. Gyn. and Obstetr. Journal, Vol IX. N. 4. 1896. 37) Chambrelent. Recherches expérimentales et bactériologiques sur trois cas de l'éclampsie puerpérale. Gaz. hebdom. de sc. med. de Bordeaux. V. XIV. p. 148. 38) J. Chambrelent. Toxicité du sérum maternel et foetal dans un cas d'éclampsie puérpérale. Arch. clin. de Bordeaux. 1894. 39) Charles N. Traitement de l'éclampsie. Congr. internat. de Genève. 40) Charpentier. Traitement de l'éclampsie, Congr. internat. de Genève. 41) Charpentier. Traité de l'accouchement. 1889. 42) L. Cheynisse. Sem. méd. 1898. Nr. 31. 43) Chennet et Queun. Eclamp. puerper. hémorrh. visceralis Progres méd. 1877. 44) Cianciosi. Nuovo contributo alla patogenesi eausa dell' eclampsia gravidica. Bull. delle scienze mediche. 1897. p. 836. 45) Clark-Skelton. Acetone in eclampsia. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. XXXV. p. 196. 46) Coen G. La cura della eclampsia puerperale mercé le iniezioni endovenose di acqua salata. Rivista di Ost. Gin. e Pediatria. 47) Combemal et Bué. Pathogénie de l'éclampsie puerpérale fondée sur sa nature microbienne. Bull. med. du nord. Lille. 1892 p. 273. 48) Crosti G. La fisiopatologia del rene e la genesi dell eclampsia. Gazzetta medica Lombarda. 1895. p. 327. 49) Danger T. Contribution a l'étude du traitement obstétricale de l'éclampsie puerpérale. Montpellier. Thèse. 1899. 50) Davis S. D. A case of post partum eclampsia, multiple atheroma and death. N. York. M. J. 1891. p. 334. 51) Dederichs. Zur Behandlung der Eklampsie. In. Diss. Bonn 1886. 52) Devilliers et Regnault. Recherches sur les hydropsies chez les femmes enceintes. Arch. gén. de méd. 1848. 53) Depaul. Eclampsie avant l'accouchement. Gaz. hop. 1867. 54) Dohrn. Ein Fall v. Ekl. ohne uraem. Intoxication. Monatsschr. f. Geb. 1864. 55) Domanow W. N. O patológico-anatomiczeskich izmienieniach sietczatoj oboloczkii pri eklampsii. Wracz. 1897. str. 620. 56) Döderlein. Zur Frage der Eklampsiebacillen. Ctrbl. f. Gyn. 1893. Nr. 1. 57) Döderlein. Zur Therapie der Eklampsie. Münch. med. Woch. 1894. 58) Dubost F. Contrbution a l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale. diss. Paris. 1891. 59) Dührssen. Ueber Eclampsie. Arch. f. Gyn. Bd. XLIII. 60) Dührssen. Ueber die Behandlung der Eclampsie. Arch. f. Gynaek. Bd. XLII. 61. Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin. 1896. 62) Ehrlich M. Trzy przypadki drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom. Medycyna 1878. str. 17. 63) Eljaszewicz. Śluczai eklampsii rożenic s amawrozom. Protokoł. zasiedan. Obszcz. wraczei wostocznoj Sibiri. 1895. str. 73. 64) Ehrlich N. S. K woprosu ob embolii pociecznych arterij, kak priczynie eklampsii. Medic. obozren. 1888. p. 827. 65) K. Eskelin. 150 fall af eklampsi. Finska Läkarellskaps Handl. B. XXXIX. p. 38. 66) Fabre. Dictionnaire des dictionnaires de médecine 1840. 67) O. Falk. Partielle hydropische Degeneration der Placenta bei einer Eklamptischen. Ctrblt. f. Gyn. 1897. Nr. 36. 68) Favre A. Vorläufige Mittheilung ueber eine bakteriologisch-experimentelle Untersuchung zur Frage der puerperal-Eklampsie. Arch. f. Path. Anat. 1891. p. 376. 69) Favre A. Weitere vorläufige Mittheilungen ueber puerperale Eklampsie mit Berücksichtigung et caet. Arch. f. Pathol. Anat. 1891. p. 628. 70) A. Favre. Ueber puerperaleklampsie. Arch. f. Path. Anatomie. 1891. str. 177. 71) Fehling. Die Physiologie und Pathologie des Wochenbattes. 72) Ferré. Etude du traitement de l'éclampsie puerpérale. L'obstétrique. 1896. Nr. 6. 73) Finisse. Puerperal eclampsie treated by hypodermic injections of nitrate of pylocarpine. The Austral. medical gazette. 1887. 74. Frankenthal. A case of eclampsia. Trans. of the Chicago gyn. Soc. 1897. 18. VI. 75) Frerichs. Die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung. 1896. 76) Fritz Ch. Quelques considérations

sur la pathogénie de l'éclampsie. In. Diss. Strassburg. 1870. 77) Friedemann B. Ueber die Behandlung der Eklampsie ante partum. Dissert. Königsberg. 1897. 78) Froriep. Handbuch der Geburtshülfe. 1810. 79) Froger. Du traitement de l'éclampsie par l'hydrate de chlorale. 80) Fry H. D. Prevention of puerperal eclampsia by the induction of prematour labor. J. Am. M. S. 1891. p. 875. 81) Gattorno S. Un caso di taglio cesareo per eclampsia. Gazzetta medica di Torino. 1892. N. 11. 82) Gamulin. L'allaitement chez les albuminuriques. Thèse de Paris. 1896. 83) Geyl A. Eclampsie voor de Geboorte. Med. Weekbld. v. Noord-e Zuid-Nederland. 1896. N. 27. 84) Gerdes E. Zur Aethiologie der Puerperal-Eklampsie. Ctrbl. f. Gyn. 1892. N. 20. 85) Gerdes E. Ueber den Eklampsiebacillus und seine Beziehungen zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. Deutsche med. Woch. 1892. Nr. 10. 86) Izycki. Sluczaj poslerodowej uremii bez pristupow uremii. Żurnal Akusz. i zenskich bolezy. 1897. str. 1138. 87) Goldberg. Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fällen. Arch. f. Gyn. Bd. XLI, XLII. 88) Graham. Puerperal Eclampsia. The N. York. M. J. Vol LIV, p. 696. 89) L. Gürich. Der Werth des Morphins bei der Behandlung der Eklampsie. Inaug. diss. Breslau. 1897. 90) S. Haegler. Zur Frage „Eklampsiebacillus“ Gerdes. Centrblt. f. Gyn. 1892. N. 51. 91) Halbertsma. Traitement de l'éclampsie. Congr. internat. de Genève. 92) Halbertsma. Operative Behandlung bei Eklampsie. Verhdlg. des X inter. Kongr. Bd. III. p. 250. 93) Halbertsma. Ueber die Aetiologie der Eclampsia puerperalis. Samml. klin. Vortr. 1882-94) Hanemann. Zwei Fälle puerperaler Eclampsie bei Zwillingschwestern. Münch. med. Wochenschr. 1896. N. 20. 95) J. Mc. Hardy. Venesection in puerperal eclampsie. Brit. med. journ. 1889. 96) Hagopoff. Contribution a l'étude de la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. Thèse de Paris. 97) Haultain. Treatment of eclampsia during pregnancy. Edinb. med. Journ. 1891. p. 126. 98) I. F. Heady. Eclampsia treated with large doses of morphia hypodermatically. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. XXXVI p. 229. 99) J. D. Hefting. Nogleno sectio caesarea by eclampsia gravidarum. Med. Weekbl. 1897. N. 29. 100) v. Herff O. Ueber operative Behandlung bei Eklampsia gravidarum. Berl. klinik. 1891. p. 1—16. 101) v. Herff. Ein Beitrag zur Theorie der Eklampsie. Münch. med. Wochenschr. 1891. p. 99. 102) v. Herff. Zur Theorie der Eklampsie. Ctrblt. f. Gyn. 1892. N. 12. 103) Van der Hoeven. Die Aetiologie der Eclampsie. Diss. inaug. Leiden. 1896. 104) Hermann G. F. Five cases of puerperale eclampsia especially illustrating the temperature and urine in this disease. Tr. Obst. Soc. London. 1891 p. 17—71. 105) Herzfeld. Ueber das Wesen und die Therapie der Eklampsie. Cntrblt. f. Gyn. 1891. p. 603. 106) Herrgot. Pathogénie de l'éclampsie. Annal de Gyn. et d'obst. Bd. XXXVII. p. 365. 107) Herrgott A. Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris. V. XXXIX. p. 1, 109. 108) Hensen H. Ueber den Einfluss des Morphimus und des Aethers auf die Wehenthatigkeit des Uterus Arch. f. Gynaek. 1898. pag. 129. 109) Hofmeister. Zur Eklampsiefrage. Fortschritte der Med. 1892. N. 22, 23. 110) Imbert-Gourbeyre. De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie. 1856. (I. B. Bailliere Paris). 111) Inverardi G. Sulla cura della eclampsia. Annali di ost. e. Gin. 1896. 112) S. Jaccoud. Rzucawka i mocznica (tłum. O. Schrejbera). Wykłady kliniczne. N. 2. 1874. 113) Jevette. Puerperal eclampsia. Tr. of the N. 7. Obst. Societ. 1897. 16. III. 114) Jocqs. Eclampsie puerperale, glycosurie, cécité verbale, guérison. France médicale. 1887. N. 52. 115) Johnston C. H. Puerperale eclampsia. Ann. of Gyn. and ped. Boston. Vol. X. p. 544. 116) Jones S. Eclampsia puerperalis. Med. Record. 1896. 25. VI. 117) Jagodzinskij A. E. Patologo anatomickieskija izmienienia golownawo mozga pri poslerodowej eklampsii. Wracz. 1895. p. 267. 118) Kaltenbach. Zur pathogenese der puerperalen Eklampsie. Ctrblt. f. Gyn. 1892. N. 20. 119) Kettlitz M. Ueber Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Inaug. Dissert. Halle. 1897. 120) Knapp. Klinische Beobachtungen über Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. III. H. 5—6. 1895. 121) Koffer. Eklampsie. Geb. Ges. zu Wien. 1891. Febr. 122) Koffer und Kundrat. Fall von Eklampsie. Wien. klin. Wochenschr. 1891. p. 20. 123) Kollmann. Zur Aetiology und Therapie der Eklampsie. Centrbl. f. Gyn. 1897. p. 341. 124) Krantz. Zur Morfiumbehandlung der Eklampsie. In. Diss. Bonn. 1892. 125) B. Krönig. Eklampsie. Verhdlg. d. internat. Congr. Rom. 1894. 126) Labadie-Lagrave, Boix et Noé. De la toxicité urinaire dans la grossesse. Société de biologie Séance du 12. XII. 96. p. 1044 refer. l'obstetr. 15. I. 97. p. 58. 127) Launois et Merlin. Néphrite gravidique grave Urémie et éclampsie. Journ. des praticiens. 1897. p. 563. 128) de Lauradour. Contri

bution a l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerperale Thèse. 1890. Paris. 129) Lantos Emil. Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie. Arch. f. Gynaek. 1888. Bd. XXXII. 130) Lapeyre. Sur un cas d'éclampsie puerperale. Bullet. général de therap. 1887. 131) Lang G. Syphilis et eclampsie. Arch. de tocol. 1892. p. 792. 132) Lange W. Ein Fall von puerperaler Eclampsie im welchem die Transfusion angewendet wurde und Genesung erfolgte. Prager Vierteljahrschr. 1868. 133) Leduc L. Recherches sur les sucres urinaires physiologiques des femmes en état gravidopuerpérale. Paris. Steinheil. 1898. These. 134) Lehmann. Beitrag zur Lehre von der Eklampsie. Inaug. diss. 1894. Marburg. 135) Lebediew M. Sluczaj eklampsii pri 3 mies. wykidyszie. Trudy akusz.-gin. obszczestwa w Moskwie. God I. N. 2. 136) Lindfors A. O. und Sundberg C. Bidrag till Puerperal-Eklampsiens klinik och patologiska anatomi. Nordiskt medicinsk arkiv. Bd. XXX. N. 21. 137) Löhlein H. Häufigkeit, Prognose und Therapie der puerperalen Eklampsie. Gyn. Tagesfragen, Wiesbaden. 1891. H. 2. 138) Lubarsch. Ueber parenchymzellenembolie. Fortschr. d. Med. 1893. N. 20. 139) Lubarsch. Zur Lehre der Parenchymzellenembolie. Fortschritte der Medicin. 1892. S. 805. 140) Lubarsch. Ueber Knochenmarksgewebe-Embolie. Virch. Arch. 1898. Bd. 151. 141) Lubelski vide Majkowski. 142) G. Maggi. Eclampsia post partum per albuminuria gravidica, curata con alte dosi di idrato di cloralio. Gazzetta degli ospitali. 1887. N. 4. 143) Majkowski. Sprawozdanie lekarskie ze szpitala św. Piotra w Grójcu. Pam. Tow. Lek. 1876. T. 72. str. 523. 144) Mangiagalli. Traitement de l'éclampsie. Congr. internat. de Genev. 145) Marianczik. Zamietki o poslerodowoi eklampsii. Medic. Obozr. 1897. II. 146) Massen W. N. K patogenezu eklampsii. Żurn. Akusz. i Żensk. bol. 1893. 147) Massen W. N. Dalniejszija dannija k woprosu o patogenezie eklampsii. Żurn. Akusz. i Żensk. bol. 1894. 148) Massen W. N. Promeżutocznyje produkty obmena w kaczestwiepriczyny eklampsii. Żurn. Med. chimii, 1896. 149) N. N. Masłowski. Piłokarpin pri Eclampsia puerperalis. Med. obozr. 1888. str. 712. 150) Maygrier. Eklamps. post partum. Revue d'obst. et de gynécol. 1897. 151) A. Maximow. Zur Lehre von der Parenchymzellen-Embolie der Lungenarterien. Virch. Arch. 1898. B. 151. 152) Merkel F. Zur Behandlung der Eklampsie. Münch. Med. Woch. 1893. N. 1. 153) Merletti. Sulle antointossicazioni gravidiche, Il Morgagni. part. I. N. 11. 154) Mercier. Cyt. podl. ref. w Medycynie. 1898. st. 335. 155) Mieczkowski. 50 Faelle v. Eklampsie. Berlin. 1869. 156) Molas. Contributions a l'étude des hémorragies liées a l'éclampsie. Paris 1877. 157) R. Newton. Veratrum viride in Eclampsia. N. York med. Journ. 1895. p. 761. 158) Nikiforow M. N. K woprosu o puerperalnoj eklampsii. Medic. Obozr. 1893, str. 287. 159) D. P. Nikolskij. Pozdniaja poslerodowaja eklampsia. Russk. medicina. 1891. p. 760. 160) Nolst Trenité. Eclampsia gravidarum naar aanleiding vaan een geval. Med. Weekbl. v. Noord- e Zuid-Nederland. 1896. N. 23. 161) Olshausen. Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell der nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI. 2. 162) Osthoff. Beitræge zur Lehre von der Eklampsie und Uraemie. Sammlung klin. Vortr. N. 266. 163) Oui. Puerperale Eklampsie. Abeille méd. 1897. N. 24. 164) Palmer C. D. Puerperal eclampsia. Am. Journ. Obst. N. York. 1891. p. 822. 165) Papillon et Andain. Un cas d'éclampsie icterique. Annal. de gynécol. et d'obst. XXXVI, p. 211. 166) Pavletti. Un altro caso di eclampsia in gestazione trattato col metodo Bossi. Gazz. degli Ospedali N. 46. 167) Paupertow. Eklampsia rożenic i rodilnic. Dokład s IV siezda ruskich wraczej. Wracz. 1891. p. 116. 168) Pazzi M. Studio storico critico sopra la eclampsia puerperale e casistica. Bologna. 1897. 169) Pestallozza. Sul moderno concetto e sulla cura della eclampsia puerperale. La Settimana medica dello sperimentale 1896—97. 170) Pels-Leusden. Beitrag zur Pathologischen Anatomie der Puerperaleklampsie. Virchows Archiw. B. 142. H. 1. 171) Pfannenstiël. Apoplexie als toedtllicher Ausgang von Eclampsie. Ctrbl. f. Gyn. 1887. 172) Pinzani Erm. Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale. Rivista clinica. 1886. N. 6. 173) Plique. Therapie der Eclampsie. Progres méd. 1893. 174) Popiel W. O wpływie upustów krwi. Kronika lekarska. 1893. 175) W. Potter. Odczyt w Medical Society of the State of N. York. Cyt. ref. Frauenarzt. 1897. H. VI. 176) Przewoski E. Zmiany anatomo-patologiczne przy eklampsyi. Pam. Tow. Lek. 1897. pag. 198. 177) Prutz. Ueber Eklampsie. Deutsche med. Woch. 1897. N. 40. 178) Prutz W. Ueber das anatomische Verhalten der Nieren bei der Puerperalen Eklampsie. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XXIII. 179) Prutz W. Ueber das anatomische Verhalten der Leber bei der Puerperalen Eklampsie. Koenigsberg. 1892. Liedtke. 180) P. Pnec. La foie des éclamptiques. Nouveau Montpellier Medicale

1892. 181) Pnech. Eclampsie grave au sixième mois de la grossesse. Guérison continuation de la grossesse. Nouv. Montpel. méd. 1892. p. 615. 182) Pnech. Le foie des élamptiques. Nouv. Montpel. méd. 1892. p. 669. 183) F. Rapczewski. Przyczynę do symptomatologii drgawek porodowych. Gazeta Lekarska. 1894. 184) Régy. Des hémorrhagies visceral. dans l'éclampsie puerpérale. Paris. 1879. 185) Riviere. Pathogénie et traitement de l'autointoxication élampt. Paris. 1888. 186) Roderwald. Zur Kritik der Theorien der Eclampsie. Halle. 1889. 187) Rosenstein. Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. Berlin. 1870. 188) J. Rogowicz. Przypadek wyleczenia eklampsyi morfiną po bezskutecznych upustach krwi. Klinika. 1870. str. 189. 189) Rosenblat. Pokazan li chloroform pri eklampsii? Żurn. Akusz. i ženskich bol. 1896. 190) Rouvier. Eclampsie postpuerpérale. Arch. de Tocologie. V. XIX. p. 2. 191) St. Rybicki. Przyczynę do badań nad eklampsyą. Medycyna. 1881. 192) St. Rybicki. Dwa przypadki drgawek porodowych. Klinika. 1871. str. 113. 193) St. Rybicki. Przypadek drgawek porodowych bez białkomoczu. Medycyna. 1881. str. 1. 194) St. Rybicki. Kilka uwag o eklampsyi rodzących. Pam. Tow. Lek. 18 2. 195) Saft. Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und von ihrem Verhältniss zur Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. LI. H. 2. 196) Scarlato. Un caso di eclampsia consecutiva a scarlatina in una donna al 6. mese di gravidanza. Gazzetta degli ospedali. 1895. p. 1298. 197) Schreiber. Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. LI. H. 2. 198) Schmid M., Eklampsie bei Mutter und Kind. Ctrblt. f. Gyn. 1897. Nr. 25. 199) Schmorl. Pathologisch-anatomische Untersuchungen ueber puerperal-Eklalmpsie. Leipzig. 1893. 200) Schmorl. Pathologisch-anatomische Befunde bei Eklampsie. Verhdn. des IV. Gyn. Kongr. zu Bonn. 1891. 201) Seeger W. Ueber Symptomatologie und Therapie der Eklampsia gravidarum, parturientium et puerperarum. Berlin. 1890. G. Schade. 202) Sourel. Contribution a l'étude des accès élamptiques et plus particulièrement de leur pathogénie. Paris. G. Steinhel. 1894. 203) Shober John. A case of Eclampsia succesfully treated with large doses of Veratr. virid. Americ. Journ. of Obstetr. 1897. 204) O. Schaeffer. Rückblick auf die Aetiologie der Eklampsie sonst und jetzt. Ctrblt. f. Gyn. 1892. N. 39. 205) I. K. Szmukler. K woprosu o suscżności eklampsii. Eżenedielnik. 1896. str. 313. 206) Sorokina-Szczerbina. Ob albuminurii u rożenic i rodilnic. 207) J. Stypiński. Przyczynę do nauki o drgawkach porodowych. Gazeta Lek. 1886. 208) Stewart R. W. Toxicity of urine of last month of pregnancy. Amer. journ. of obstetr. 1897. p. 339. 209) Stumpf. Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eklampsie. Münch. Med. Woch. 1887. 210) Stumpf. Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eklampsie. Münch. Med. Woch. 1887. p. 161. 211) H. Święcicki. Cięćie cesarskie z powodu eklampsyi. Nowiny Lekarskie. 1891. 212) Sinajskij. Słuczaj eklampsii u rodilnicy i noworożdiennago. Russ. medicina. 1888. str. 8. 213) Seifert. Zur Lehre von der Eklampsie. Ctrblt. f. Gyn. 1897, p. 219. 214) Staudé. Ueber die Beziehung d. engen Beckens zur Eklampsie. Berlin. 1869. 215) Spiegelberg Otto. Ein Beitrag zur Lehre von der Eklampsie. Ammoniak im Blute. Arch. f. Gynaek. 1870. 216) Tarnier et Chambrelent. Note relative a la recherche de la toxicité du sérum sanguin dans deux cas de l'éclampsie puerpérale. Compt rend. Soc. de biol. Paris. 1892. B. IV. p. 179. 217) Tissier. Eclampsie dix-sept jours apres l'accouchement. Un. méd. 1869. 218) Thomasen H. Eclampsia. Journ. Amer. Med. Assoc. 1896. 219) La Torre. Cura dell'eclampsia. Gazzetta degli ospedali. 1896. p. 127. 220) G. K. Toch-tamyszew. Słuczaj Eclampsiae post partum. Rusk. medicina. 1891. p. 347. 221) Tonelli. Eclampsia puerperale. Cilindruria senza albuminuria. Gazzett. med. di Torino. 1897. Nr. 24. 222) Turazza. Sopra un caso di eclampsia. Rivista Veneta di scienze mediche Fasc. 4. p. 170. 223) Turazza. Eclampsia in sopra parto segnita di mania puerperale. Gazzetta degli Ospedali. 1895. p. 858. 224) Turedy. Eclampsia with special reference to its treatment. Dublin Journ. of Med. Sciences. 1896. III. 225) W. Tyrchowski. Rys położnictwa praktycznego. Kraków. 1861. 226) Urfey. Die Behandlung der Ekl. Diss. In. Bonn. 1895. 227) Weigert. Ueber einige Bildungsfehler der Uretheren. Virch. Arch. Bd. 70. 228) West. Case of epileptiform convulsions in the third week of the puerperale state. Trans. of the obstetr. Soc. of London. 1862. 229) J. Wigura. Przypadek drgawek bez białkomoczu. Gazeta lek. 1881. 230) Wiggins. Blutegel bei Eklampsie. Brit. med. Journ. 1897. 13. III. 231) Wiegand. Die Geburt des Menschen in physiologisch-diätetischer et caet. 232) Wiedow. Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankung. Zeitschr f. Geb. u. Gyn. B. XIZ zu 1888.

233) Wild. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt und die Anzahl der rothen und weissen Blutkörperchen bei Schwangereu und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. LIII. p. 363. 234) Windscheid F. Neuropathologie und Gynaekologie. 1896. 235) Winkler K. Beiträge zur Lehre von der Eclampsie. Virch. Arch. 1898. p. 188. 236) E. Wolski. Przypadek drgawek u ciężarnej, usunięty za pomocą upustu krwi ogólnego. Medycyna. 1881. 237) W. Woff. Med. otczet akuszerskawe otdielenia kliniki prof. Sławianskawo 1884—1891. 238) Vaquez et Nobécourt. Pression artérielle dans l'éclampsie puerperale. Soc. méd. des Hop. 1897. I. 29. 239) Vet. Ueber die Behandlung der puerperalen Eklampsie. Volkm. Samml. klin. Vorträge. Nr. 304. 240) Veit J. Ueber die Behandlung der Eclampsie. Festschr. f. C. Ruge. Berlin. 1896. 241) Van de Velde. Eclampsia puerperalis tardiforma. Nederl. Tydsch. v. Verlosk. en Gyn. VIII. Afl. 4. 242) Van de Velde. Experimentee le onderzoekingen over de auto intoxicatie der Zwangerschap. Nederlandsch. Tydsch. v. Verlosk. X. 243) Virchow R. Fetteimbolie und Eclampsie. Berlin. klin. Woch. 1886. 244) Vicarelli G. Sulla esistenza dei trombi ialini nei vasi cerebrali del feto o della madre colpita da eclampsia puerperale. Rivista di Ost. e Gin. e pediatri. 1896. 245) Volhard. Experimentelle kritische studien zur Pathogenese der Eklampsie. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V. H. 5. 246) Zanardi U. Sopra un caso di eclampsia puerperale tardiva. Gazzetta degli Ospedali. 1896. Nr. 92.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

99. LEUBE. **Sztuczny ślinotok, jako środek przeciwpuchlinowy.** Autor spostrzegł niedawno przypadek, wykazujący wyraźnie usługi, jakie w leczeniu puchlin może okazać obfite wydzielanie śliny. Szło mianowicie o osobnika, cierpiącego na puchlinę brzucha (*ascites*), który, dostawszy nagle, bez widocznej przyczyny, bardzo obfitego ślinotoku, pozbył się zupełnie swej puchliny.

Fakt ten poddał autorowi myśl zwalczania puchlin wodnych za pomocą sztucznego ślinotoku, wywoływanego żuciem kauczkowych tabliczek. Środek ten był dotąd wyprobowany przez autora u 5 osobników z wysiękiem opłucny i w dwóch przypadkach puchliny brzusznej. U 4 chorych pierwszej grupy i u jednego z drugiej płyn wessał się wskutek samego tylko sztucznego ślinotoku.

Sztucznie wywołany ślinotok zdaje się zatem stanowić sposób leczenia przeciwpuchlinowego, który z korzyścią możnaby przeplatać ze środkami moczopędnymi i napotnymi i który zasługuje na wyprobowanie, gdy inne sposoby pozostają bez skutku.

(*La semaine médicale. Nr. 36. 1899.*)

Stanisław Roslan.

100. GUMPRECHT. **Mors praecox ex haemorrhagia cerebri post coitum.** 32-letnia kobieta, opuszczona przez męża, miała 22-letniego kochanka, który schodził się z nią raz, dwa razy na tydzień. W ostatnich czasach z powodu bólei w brzuchu u kobiety przez ośm dni para ta nie miała stosunków płciowych, poczem młodzieniec odwiedził ją, i, po spożyciu kolacyi, mieli z sobą do 10¹/₂ w nocy stosunki (nie powiedziano wielokrotnie. Spr.). Następnie młodzieniec udał się do drugiego pokoju i zasnął na kanapie. O 12-ej w nocy kobieta wołaniem obudziła go, oświadczając mu, że jej niedobrze, że zwymiotowała, i prosząc o lekarza. Młodzieniec udał się po tegoż, lecz nie mógł się go dobudzić. Powróciwszy sam, zauważył, że kobieta leżała spokojnie i cichym głosem prosiła go o wodę, którą jej

podał, poczem, nie podejrzewając niebezpieczeństwa, położył się na nowo, usnął, a obudziwszy się o siódmej zrana, przekonał się, że kobieta owa jest już zimnym trupem.

Zmarła odznaczała się wielką podniecalnością płciową, po stosunku bywała bardzo zmęczona, bardziej od niego, nadto doznawała duszności po akcie płciowym. Naczynia jej krwionośne bardzo nieznacznie były stwardniałe; z napojów wysokowych używała tylko wina węgierskiego, i to nie więcej nad jeden kieliszek przy obiedzie i przy kolacyi.

Badanie pośmiertne wykazało wylew krwawy w moście, tuż pod mózdzkiem. W czwartej komórce tkwił skrzep krwawy.

GUMPRECHT, po szczegółowem zbadaniu analogicznej literatury, bezwarunkowo utrzymuje, że przyczyną pęknięcia naczyń krwionośnych w mózgu w danym przypadku — był stosunek płciowy. Zdaniem jego, przypadki podobne częstsze bywają w rzeczywistości, niż w literaturze, lepiej przeto są znane policyi, niż lekarzom.

(*Deut. med. Woch. 1899. Nr. 45*).

L. Wolberg.

101. PFUHL. **Masowe zatrucie kartoflami, zawierającymi nadmiar solaniny.** Nad trującym działaniem solaniny, zawierającej się normalnie w kartoflach, robili doświadczenia na ludziach i psach: CLARUS, FRONMUELLER, v. SCHROFF i PERLES; podawane przez nich dawki, wynoszące 0,2—0,4, wywoływały objawy zatrucia. Zupełnie podobne objawy powodują same kartofle, mianowicie wyrośnięte, kiełkujące, lub stare, pomarszczone i zczerniałe. Pierwsze z nich zawierają 0,58%, drugie aż 1,34% solaniny.

O masowych zatruciach kartoflami nie było dotychczas wzmianki w literaturze lekarskiej. Przypadki, opisywane przez PFUHL'a, dotyczyły 56 żołnierzy pewnego pułku, konsystującego w Berlinie. Wszyscy ci ludzie spożywali w pierwszy dzień Zielonych Świąt kartofle ze solą w dosyć dużej ilości, a jednocześnie wieprzowinę gotowaną i suszone śliwki. Już we dwie godziny po obiedzie zachorowało kilku, następnego dnia kilkunastu, a trzeciego i czwartego dnia reszta. U wszystkich zauważono dreszcze, ciepłota 38—39,5°, bóle głowy, silne bóle w brzuchu, rozwołnienie, osłabienie, u wielu były wymioty, u niektórych omdlenia, a u jednego omdlenie i drgawki. Większość była senna i apatyczna. U siedmiu żołnierzy wystąpiło żółte zabarwienie łącznicy oczów, a u jednego ogólna żółtaczka. Tętno nie było zwolnione. U jednego z chorych wystąpiły pęcherzyki na wargach (wyprysk), u innego ślinotok. Wielu narzekało na drapanie w gardle, a błona śluzowa gardzieli była lekko zaczerwieniona. Głos nie był zmieniony. Żrenice nie rozszerzone. Gorączka trwała do czwartego dnia, opadając rano, a wznosząc się wieczorem. Ilość wypróżnień na dobę wynosiła 4—6; w kale znajdowano resztki niestrawionych śliwek, kawałków zaś kartofli nie widywano.

Leczenie polegało na spoczynku w łóżku, pęcherzu lodowym na głowę, okładzie ciepłym na brzuch, kalomelu wewnętrznie, a potem podawano chorym miętę sparzoną i nalewkę z makowca. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Kartofle, spożyte przez chorych, pochodziły z dostawy, świeżo dla danego oddziału wojskowego dokonanej. Sposób ich przygotowania, jakoteż naczynia, w których je gotowano, nie mogły być powodem zatrucia. W samych kartoflach, badanych przez d-ra SCINNELI'ego, aptekarza pułkowego, znaleziono 0,38% solaniny (w surowych nieobrabianych), a 0,24% w obrabianych gotowanych, gdy

w zdrowych kartoflach ilość solaniny, wedle MEYER-SCHMIEDEBERG'a, wynosi za-
ledwie 0,06%.

(*Deut. med. Woch. 1899. Nr. 46*).

L. Wolberg.

102. v. AMMON. **Rozpoznawanie i leczenie zapalenia oczów u noworodków.**

CRAMER. **Katary oczów i zapobiegawcze odkażanie oczów u noworodków.**

Długi czas mniemano, że katary i ropienia oczów noworodków są zawsze po-
chodzenia rzeżączkowego, spowodowane przez gonokoki, dostające się do worka
łącznicy podczas porodu. Badania v. AMMON'a wykazały, że na 100 przypadków
zapalenia oczów u noworodków 56 tylko było rzeżączkowego pochodzenia, i że
tylko w $\frac{1}{4}$ części przypadków objawy zapalne wystąpiły między 1 a 3 dniem po
urodzeniu się dziecka. W większości natomiast przypadków mamy do czynienia
z późniejszym zakażeniem, wobec czego metoda zapobiegawcza CREDE'go (wkra-
planie każdemu noworodkowi, natychmiast po urodzeniu, 2% roztworu *argenti ni-*
trici) nie jest w stanie powstrzymać wszystkich tego rodzaju zapaleń. Oprócz go-
nokoków, przyczyną zapaleń oczów bywają: pneumokoki, stafilocoki, strepto-
koki, *bacterium coli* i bakterye błonicy. Zakażenie pneumokokami, przenoszonymi
za pośrednictwem śliny macierzyńskiej do oczów nowonarodzonego, przejawia
się silnym katarzem i obfitem ropieniem, które po 3—5 dniach nagle się poprawia,
gdy zakażenie gonokokami trwa bardzo długo.

v. AMMON badał działanie *arg. nitr.* na łącznicę królików i przekonał się, że
roztwór tej soli działa dosyć powierzchownie, mało przenikając w głąb' tkanek,
skutkiem czego nie może niszczyć bakteryi; ani więc dla zapobiegania metodą
CREDE'go, ani też dla leczenia rozwiniętego już zapalenia kamień piekielny nie
jest właściwy. Toż samo da się powiedzieć o tak sławionym w ostatnich czasach
protargolu. v. AMMON zamiast tych środków zaleca jedynie w pierwszych dniach
choroby zimne okłady na powieki i przepłukiwania worka łącznicowego roztwo-
rem fizyologicznym soli, do środków ściągających zaś (10—20% roztwór protargo-
lu) ucieka się dopiero po ustąpieniu obrzmienia powiek, gdy dzieci same już mo-
gą otwierać oczy. CRAMER również zarzuca metodę CREDE'go, lecz stosuje 20%
roztwór protargolu, jako środek zapobiegawczy.

(Z 71 zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy w Monachium).

(*Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 42*).

L. Wolberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 28 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) L. DYDYŃSKI—Przedstawienie dziecka z mózgowem porażeniem dziecięcym. 2) J. WINIAR-
SKI—przedstawienie chorego z tętniakiem aorty piersiowej oraz roentgenogramu klatki piersiowej tego
chorego. 3) L. BREGMAN — przedstawienie chorego z porażeniem nerwów okoruchowego i blockowego
wskutek ograniczonego pęknięcia czaszki i następego krwotoku. 4) T. HEIMAN — „O zapaleniu pier-
wotnem wyrostka sutkowego“.

1) Kol. DYDYŃSKI przedstawił nadzwyczaj rzadki przypadek mózgowego
porażenia dziecięcego (*cerebrale Kinderlähmung*). Matka chorego dziecka pocho-
dzi z rodziny zdrowej; sama nigdy poważnie nie chorowała. Ojciec dziecka jest
również zdrow. Pierwsze dziecko urodziło się zupełnie zdrowe, rozwijało się pra-
widłowo i zmarło w r. b. wskutek dyfterytu. Ostatnią ciążę matka przeżyła nor-
malnie, w czasie ciąży nie chorowała, ani też nie podlegała urazom. Przed mie-

siącem urodziła dziewczynkę, która po urodzeniu przedstawiała się w takim samym stanie, jak i obecnie. Poród sam był łatwy; odbył się bez pomocy lekarskiej.

Dziecko ma porażenie wszystkich czterech kończyn, zupełnie symetryczne i w jednakowym stopniu wyrażone tak na prawych, jak i na lewych kończynach. Rzucają się przedewszystkiem w oczy przykurczenia całych grup mięśniowych tak silne, że wyprostowanie kończyn jest prawie niemożliwe, a wszystkie usiłowania w celu ich wyprostowania są dla dziecka nader bolesne.

Przykurczenia te mają typ, jaki spostrzegamy w porażeniach mózgowych; dotyczą więc przedewszystkiem mięśni zginaczy i w obwodowych ucząstkach muskulatury są wyrażone wybitniej, aniżeli w więcej ośrodkowych. Najwybitniej występują w mięśniach zginaczach stawu napięstkowego. Przy ruchach biernych odczuwa się wyraźne wzmożenie napięcia mięśniowego — *rigiditas* mięśni.

Zdaje się, że i stawy są do pewnego stopnia zniekształcone, tak że ograniczenie ruchów biernych z jednej strony zależy od przykurczeń, z drugiej zaś od zmian w stawach. Odruchy ścięgniste wskutek znacznych przykurczeń otrzymuje się z trudnością. Zaników mięśni zauważyć nie można. Ruchy dowolne są prawie całkowicie zniesione.

Jako podstawę anatomiczną tych zaburzeń najprawdopodobniej przypuścić należy *porencephalia*, t. j. brak rozwinięcia się ruchowych zawojów kory mózgowej.

Rzadkość przypadku polega na owej nadzwyczajnej symetryczności porażień, dowodzącej, że obie półkule mózgu w jednakowym stopniu przyjęły udział w sprawie patologicznej.

2) Kol. WINIARSKI przedstawił 64-letniego mężczyznę z tętniakiem aorty piersiowej.

Chory ten przybył do oddziału kol. CHEŁCHOWSKIEGO, skarżąc się na bóle w dołku, w lewym podżebrzu i w dolnych częściach klatki piersiowej z lewej strony. Bóle te z małemi przerwami trwają już 3 lata, stopniowo się wzmagają i niekiedy występują w postaci napadów bardzo silnych. Od lat kilku chory męczy się przy chodzeniu.

Chory w 20-ym roku życia miał szankra miękkiego i trypra; w 22-ym przechodził jakieś cierpienie gardzieli; w 47 miał różę. Około 30 roku życia rozwinęła się *alopecia*. Przed 3 laty pluł krwią i był spuchnięty.

Przy badaniu okazało się, że cała lewa połowa klatki piersiowej jest wyraźnie powiększona, zwłaszcza z tyłu w dolnych częściach, nadto cała lewa połowa klatki przyjmuje udział w tętnieniu. Z tyłu pomiędzy kątem łopatki i kręgosłupem widać tętniący guz na 8, 9 i 10 żebrze; wymiar podłużny guza wynosi 7 ctm., poprzeczny zaś — 6 ctm. Odpowiednie żebra są w stanie zaniku. Na miejscu guza odgłos opukowy tępy, okrążony przestrzenią względnego stłumienia. Dolne międzyżebra z lewej strony na dotyk bolesne. Czucie skórne obniżone. Kręgosłup skrzywiony na prawo na wysokości 1, 2, 3—7 kręgów piersiowych. Tępość serca powiększona na lewo. Tony serca czyste, z wyjątkiem aorty, ponad którą (w 3-m prawem międzyżebrzu i na mostku) słychać wyraźny szmer rozkurczowy. Tony serca słychać wyraźnie i na całej klatce piersiowej. Silna pulsacja tętnic. Granice płuc obniżone o jedno międzyżebro. Śledziona i wątroba uiewyczuwalne. Mocz zmian wyraźniejszych nie przedstawia.

Badanie chorego za pomocą promieni ROENTGEN'a dokonane zostało przez kol. BARSZCZEWSKIEGO.

Na fotografii widać z tyłu w okolicy opisanego guza cień bardzo wydatny, i nadto całe lewe płuco ponad tym cieniem wyszło na fotografii nieco ciemniej, niż prawe płuco, co kol. WINIARSKI stawia w przypuszczalnej zależności od ucisku płuca przez tętniak aorty.

3) Kol. BREGMAN przedstawił 55-letniego chorego, który przed 3-ma tygodniami w stanie podchmielonym spadł ze schodów. Objawów wstrząśnienia mózgu nie było. Nazajutrz chory zauważył, że ma lewe oko zamknięte i otworzyć go nie jest w stanie. Przy badaniu znaleziono: *ptosis sinistra*; lewe oko zbacza na lewo, porusza się dobrze ku stronie lewej; na prawo nie dochodzi do linii środkowej, we wszystkich innych kierunkach ruchy są zniesione. Żrenica lewa jest szersza od prawej, na światło nie oddziaływa wcale, przy akkomodacji daje reakcję wyraźną. W innych nerwach mózgowych zbieżności nie wykryto.

Kol. BREGMAN rozpoznaje porażenie nerwów okoruchowego i błotkowego, które wobec braku innych objawów umiejscowić należy na podstawie czaszki; przyczyną porażenia musi być ograniczone pęknięcie czaszki i następny krwotok.

W przypadku tym kol. BREGMAN otrzymał reakcję zwyrodnienia mięśnia, unoszącego górną powiekę. Wbrew przyjętemu powszechnie mniemaniu, iż mięśnie oczne nie odpowiadają wcale na prąd elektryczny, mięsień ten kurczył się wyraźnie przy zastosowaniu prądu galwanicznego.

4) Kol. T. HEIMAN wypowiedział rzecz: „o zapaleniu pierwotnym wyrostka sutkowego.“

Praca kol. HEIMANA będzie drukowana w „Medycynie“.

W dyskusji kol. MEJERSON zgadza się z zapatrywaniem prelegenta, że zazwyczaj zapalenie wyrostka bywa sprawą wtórną przy obecności zmian w jamie bębnekowej i w uchu zewnętrznym.

Kol. SZUMLAŃSKI, dzieląc poglądy prelegenta, przypuszcza, że są jednak przypadki, z których możnaby wnioskować o pierwotnym pochodzeniu zapalenia wyrostka. Przytacza on przypadek, spostrzegany przed 10 laty, w którym u chorej stwierdzono zapalenie wyrostka bez zmian w jamie bębnekowej. Chora ta nigdy również przedtem nie cierpiała na uszy.

Kol. GURANOWSKI zaznacza, że kwestya, którą poruszył kol. HEIMAN w swym odczycie, ma znaczenie więcej akademickie, aniżeli praktyczne; o ile bowiem istnieją objawy zapalenia wyrostka, czy będzie ono pierwotne, czy też wtórne, należy przystępować do operacji. Z teoretycznego punktu widzenia pierwotne zapalenie wyrostka jest możliwe, choćby przyjąć tylko pod uwagę gruźlicze jego pochodzenie.

Kol. LUBLINER przypomina zapatrywania autorów, że pasorzyty mogą przechodzić do komórek wyrostka przez trąbkę EUSTACHJUSZA z jamy gardzieli i nosa.

W odpowiedzi kol. HEIMAN zaznacza, że dla postępowania terapeutycznego rozpoznanie ma znaczenie, ponieważ lekarz, jeżeli widzi objawy zapalenia wyrostka przy jednoczesnym istnieniu zmian w jamie bębnekowej, może się łatwo decydować na wykonanie trepanacji; w przeciwnym razie musi długo namyślać się, czy ma prawo przystąpić do wydłutowania wyrostka.

Kol. LUBLINEROWI zaś zwraca uwagę, że sprawy w wyrostku, które powstały drogą przedostania się pasorzytów z jamy noso-gardzielowej, dają się niezmiennie rzadko spostrzegać wobec tak częstych spraw zapalnych w jamie gardzieli i nosa.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia r. b.

TREŚĆ: 1) Wł. STANKIEWICZ — przedstawienie okazu raka nerki. 2) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie osobnika z hermafrodytyzmem. 3) L. DYDŹYŃSKI — przedstawienie a) 20-letniej panny, dotkniętej paraliżem postępującym na tle przymiotu dziedzicznego. b) 10-letniego chłopca, dotkniętego porażeniem mózgowym dziecięcym. c) chorego, dotkniętego porażeniem kilku nerwów czaszkowych. 4) J. STEJNHAUS — „O glejaku siatkówki wraz z przedstawieniem preparatów mikroskopowych i mikrofotografii“.

1) Kol. Wł. STANKIEWICZ przedstawił wyluszczoną lewą nerkę z powodu rozwiniętego w niej raka. Nerka ta jest dwa razy powiększona, na przekroju widać, że rak zajmuje górną część nerki, gdzie na tylnym brzegu zniszczył na małej przestrzeni włóknistą torebkę i zajął część torebki tłuszczowej. Błona śluzowa miedniczek pozostała nietknięta.

Operowany chory, 54 lat liczący, zgłosił się po poradę do kol. STANKIEWICZA jedynie z powodu krwimoczu, trwającego od kilku tygodni. Oddawanie moczu prawidłowe; mocz jednostajnie zabarwiony, ciemno rdzawy tak w początku, jak i przy końcu oddawania moczu; po ustaniu się daje ciemny osad, zawierający głównie krążki czerwone krwi w stanie rozpadu; morfologicznych elementów nieprawidłowych nie wykryto. Badanie cewki i pęcherza stwierdziło stan ich zupełnie prawidłowy; gruczoł krokowy niepowiększony. Nerki nie dają się wyczuć przy najstaranniejszym ich obmacywaniu. Badając dwukrotnie cystoskopem pęcherz chorego, kol. STANKIEWICZ przekonał się, że źródłem krwawień jest lewa nerka, gdyż z ujścia lewego moczowodu wypływał rytmicznie strumyk ciemnego moczu. Podejrzewając nowotwór w lewej nerce, kol. STANKIEWICZ wykonał *nephrectomiam*, przyczem jedyną trudność operacji przedstawiał zrost tylnego brzegu nerki z otaczającą torebką tłuszczową. Gruczoły limfatyczne wzdłuż naczyń nie były zajęte, dzięki czemu można uważać rokowanie w tym przypadku za dość pomyślne.

Zdaniem kol. STANKIEWICZA, tylko badanie cystoskopowe daje możliwość wczesnego rozpoznania źródła krwawień i wykonania operacji w pomyślnych dla chorego warunkach.

2) Kol. Fr. NEUGEBAUER przedstawił 21-letnią pannę płci męskiej, czyli wrzekomego obojnika męskiego. Panna ta była już zaręczona, narzeczony jednak zerwał z nią stosunek, gdy dowiedział się, że narzeczona jego nigdy nie będzie mogła zostać matką. W rodzinie osobnika tego dotychczas nie zauważono żadnych wad rozwojowych.

Ogólny wygląd osobnika jest kobiecy. Podskórna tkanka tłuszczowa zakrywa, jak u kobiet, kontury mięśni. Twarz o rysach kobiecych; na wardze górnej lekki zarost. Krtani męska, szeroka i wystająca, głos jednak nie zdaje się być męskim. Klatka piersiowa jest wypukła, czyni wrażenie kobiecej. Sutki wielkie, kobiece, dobrze rozwinięte. Po obnażeniu ciała w pozycji stojącej widzi się kobietę, prawidłowo jakoby zbudowaną, lecz ze spuchniętymi obu wargami sromnemi wielkimi. Lewa warga jest większa od prawej i sięga niżej, niż prawa. Nie widać ani śladu prącia męskiego. Linia, oddzielająca lewą wargę sromną od prawej, ma przebieg skośny od prawej strony u góry ku lewej u dołu. W pozycji leżącej, z rozwartymi udami, widać u dołu pomiędzy wargami sromnemi wielkimi wystające małe prącie męskie, rozszczerzone w całości. Moszna jest rozszczerzona; w każdej jej połowie wymacać można dobrze rozwinięte jądro, na jądrze i powróż nasienny, przebiegający do kanału pachwinowego. Jądra są bardzo wrażliwe na ucisk, dają się swobodnie przesuwają ku górze aż do samego dna moszny. Lewe jądro leży niżej, niż prawe. Po każdej stronie ogon przyjądrza (*cauda epididymidis*) zdradza pewien stopień stwardnienia. Brzegi rozszczerzonej cewki

męskiej prezentują się jako szczątkowe małe wargi sromne, z których lewa jest wyraźniejsza od prawej. Żołądź prącia znacznej długości jest zupełnie obnażona, a nawet i korona żołądzi; po za nią widać napletek ułożony w fałdy poprzeczne. Na żołądzi widać rozszczepiony dół łódkowaty (*fossa navicularis*) cewki oraz rozszczepioną cewkę. Gdy rozciągnąć wargi sromne wielkie ku bokom, widać pomiędzy nimi lejkwate z wgłębienie około 3 ctm. głębokości; w głębi tego lejkwatego dołka otwiera się cewka moczowa, pozornie kobieca, a poniżej jej, zdaje się, istnieć szczątkowa pochwa, otoczona w otworze śladem błony dziewiczej. Przy badaniu przez odbytnicę nie wymacano ani macicy, ani też gruczołu krokowego. Osobnik ten erekcyi prącia nigdy nie miewał.

3) a) Kol. L. DYBYŃSKI przedstawił 20-letnią pannę, dotkniętą paraliżem postępującym na tle przymiotu dziedzicznego. Chora ta odznaczała się zawsze żywym i wesołym usposobieniem, czuła się dotąd zupełnie zdrową i żadnych anomalii psychicznych nie zdradzała. Nigdy od dzieciństwa nie chorowała. Od kilku miesięcy matka chorej zauważyła, że córka jej staje się coraz więcej apatyczną, traci pamięć, coraz mniej dba o siebie, a dawne wesołe usposobienie zmieniło się na jakiś mętny nastrój. Sen i łaknienie chora ma dobre. Sama chora na nic się nie uskarżała. Osłabienie władz umysłowych powoli doszło do tego, że chora, która w ostatnich latach pracowała w sklepie w charakterze panny sklepowej, musiała porzucić swe zajęcie i wzięta została pod opiekę matki.

Chora jest zupełnie spokojna, nie odzywa się wcale, nie dba o siebie, niejednokrotnie kał i mocz oddaje pod siebie. O jedzenie nie upomina się, lecz, gdy jej dadzą jeść, je z apetytem.

Przy badaniu z łatwością daje się stwierdzić wybitny stan otępienia umysłowego. Od chorej niczego dowiedzieć się nie można. Pamięć jej jest tak osłabiona, że zaledwie pamięta swe nazwisko i najprostsze fakty. Badanie układu nerwowego wykazuje nierównomierność źrenic, lewa jest znacznie szersza od prawej; brak oddziaływania ich na światło przy zachowaniu nieco oddziaływania na akomodację. Wybitna dyzartria; drżenie języka i nieznaczne objawy spastyczne na dolnych kończynach; wreszcie wzmożenie odruchów ścięgnistych.

Ojciec chorej przechodził przymiot; matka jej kilkakrotnie roniła. W rodzinie niema obarczenia dziedzicznością nerwową.

b) Następnie kol. DYBYŃSKI przedstawił 10-letniego chłopca z porażeniem mózgowym dziecięcym. Chłopiec ten pochodzi z rodziny zdrowej, rozwijał się prawidłowo i dotychczas nie chorował. W 8 roku życia oddano go do szkoły, gdzie uczył się chętnie. Od kilku miesięcy usposobienie chłopca zmieniło się; niechętnie brał się do nauki, stał się apatycznym, złym, dokuczliwym, nieposłusznym i zaczął zdradzać osłabienie pamięci. Jednocześnie matka zauważyła, że chłopiec ma chód zmieniony, nieprawidłowy, co również powoli się rozwijało.

Badanie wykazało: chłopiec prawidłowo zbudowany, ma wyraz twarzy głupkowaty, często śmieje się bez powodu; chód jego jest paretyczny z nieznacznym odcieniem spastycznym; przy chodzeniu wyraźnie powłóczy prawą nogą. Obustronny niedowład dolnych kończyn, wybitniej wyrażony z prawej, aniżeli z lewej strony. Prawa górna kończyna również jest słabsza od lewej. W niedowładzie prawych kończyn przyjmuje nieznaczny udział i dolna gałązka nerwu twarzowego. Język nieco zbacza w stronę prawą. Napięcie mięśniowe na kończynach górnych zmian nie przedstawia; na dolnych zaś odczuwać się daje przy ruchach biernych wzmożenie napięcia mięśniowego. Odruchy ścięgniste są dość żywe; odruchy kolanowe patologicznie wzmożone. Odruchy skórne są prawie zniesione.

Czucie zupełnie prawidłowe. Źrenice równomierne; na światło i przy akomodacji oddziałują.

Kol. DYDYŃSKI przypuszcza w danym przypadku porażenie mózgowe dziecięce, nietypowe pod tym względem, że wystąpiło w tak późnym wieku i tak powoli się rozwijało. Jako podstawę anatomiczną, należy uznać rozległą sklerozę mózgowia.

c) Wreszcie kol. DYDYŃSKI przedstawił 38-letniego mężczyznę, u którego po bardzo ciężkim urazie nastąpiło porażenie niektórych nerwów czaszkowych, Chory ten porwany został w obrotowe ruchy walca. Szarpany w rozmaite strony, uderzył się głową o znajdującą się w bliskości deskę i spadł na ziemię nieprzytomny. Chorego odwieziono do szpitala, gdzie lekarze zajęli się przede wszystkim opatrzeniem całego szeregu ran. Chory pamięta, że wówczas odczuwał dotkliwy ból. Następnego dnia po wypadku przytomność wróciła. W szpitalu chory przebył 3 miesiące, i w tym czasie rozwinęły się powoli objawy, które dziś stwierdzać się dają.

Najwybitniej występuje u chorego porażenie prawego nerwu podjęzykowego; prawa połowa języka jest w stanie zaniku; jest pokryta licznymi i głębokimi brózdami; przy wysuwaniu język zbacza w stronę prawą, i chory dowolnie nie może go odprowadzić w stronę lewą; mięśnie prawej połowy języka na prądy przerywane prawie że nie oddziałują; przy badaniu zaś prądem stałym wykazują wzmoczoną pobudliwość. Prócz tego badanie elektrycznością wykazuje porażenie jednej tylko gałązki *n. accessorii Willisii* po prawej stronie; z prawego *m. cucullaris* otrzymuje się wyraźny odczyn zwyrodnienia przy badaniu prądem stałym. Ruchy głowy w prawą stronę są utrudnione. Ze strony lewego nerwu słuchowego daje się stwierdzić wybitne porażenie; słuch i przewodnictwo kostne po stronie lewej są zniesione, w lewym uchu chory doznaje szumu i dzwonienia. Nadto uskarża się na dokuczliwe zawroty głowy.

Badanie czucia na twarzy wykazało nieznaczne stępienie wszystkich rodzajów czucia w obrębie górnej gałązki prawego nerwu trójdzielnego. Badanie oka wykazało *neuritis optica* w obu oczach, nadto *hemianopsiam bilateralem heteronymam temporalem*. Odruchy zachowane. Sam chory uskarża się na uczucie drętwienia mrowienia i ziębienia w kończynach. Wszystkie prawie dostępne do badania pnie nerwowe są na ucisk bolesne.

Ze względu na nadzwyczajną różnorodność objawów przypuścić należy, że cierpienie to nie we wszystkich nerwach jest jednakowego pochodzenia i rodzaju. Parestezye i bóle w kończynach, bolesność pni nerwowych na ucisk wskazują objawy zapalne w nerwach (*polyneuritis*), powstałe, być może, wskutek szarpania w przeciągu dłuższego czasu ciała w chwili wypadku. Objawy zaś porażenia ze strony nerwów czaszkowych nie dadzą się objaśnić stanem zapalnym w tych nerwach. Należy przypuścić, że ucierpiały one wskutek wybroczyn krwawych, jakie prawdopodobnie nastąpiły w czasie ciężkiego urazu w rozmaitych miejscach na przebiegu tych nerwów od miejsca wyjścia z opuszki i mostu VAROL'a aż do samych zakończeń obwodowych. Taka np. wybroczyna w *chiasma n. optico* jest w stanie wytłomaczyć nam i *neuritis optica* i *hemianopsia*.

4) Kol. J. STEINHAUS wygłosił odczyt: „O glejaku siatkówki“. Prelegent przedstawił przytem liczne preparaty mikroskopowe i mikrofotografie. Praca kol. STEINHAUSA będzie drukowana w „Medycynie“.

Aug. Łogucki.

ODCINEK.

Kwestyionaryusz w sprawie kąpiei publicznych i czystości ludu.

Czystość ciała mieszkańców Królestwa, a zwłaszcza ludu, pozostaje w opłakanym stanie. Cierpi na tem zdrowie nie tylko brudnych, ale i czystych. Cierpi na tem nie tylko zdrowie, ale i dzielność społeczeństwa. Aby zaradzić złemu, trzeba przedewszystkiem smutną prawdę poznać. Chcemy więc i musimy zebrać dane o wszelkich kąpielach publicznych i o stopniu zaniedbania czystości w różnych warstwach ludu. W tym celu Towarzystwo Higieniczne zwraca się do szerokiego ogółu, wzywając go o jaknajliczniejsze a zgodne z prawdą odpowiedzi na pytania w niniejszym kwestyionaryuszu zawarte, chociażby i nie na wszystkie.

I. KĄPIELE PUBLICZNE.

Nazwa miejscowości. Czy są w niej publiczne wanny, łaźnia, natryski (prysznicze), łazienki rzeczne? Przez kogo i jakim kosztem utrzymywane? Liczba wanien. Liczba kąpiei, wydawanych rocznie. Liczba osób, mających z nich korzystać. Cena kąpiei. Szczegóły urządzenia kąpiei: opis, plan, źródło wody zimnej i ciepłej, dokąd sływa woda z kąpiei? Kto się częściej kąpie? (płeć, wiek, wyznanie, narodowość). Kiedy i jakim kosztem kąpiele urządzone? Czy nie ma w tej miejscowości gorzelni, browaru lub kotła parowego, coby znakomicie ułatwiło urządzenie kąpiei? Czy nie ma wanien lub łazienek prywatnych?

II. CZYSTOŚĆ LUDU.

Kategoria osób, o których czystości zebrano wiadomości (służba folwarczna, najemnicy, małoletni, drobna szlachta, rzemieślnicy, wyrobnicy, robotnicy fabryczni i t. p., język, wyznanie).

Pielęgnowanie skóry. Jak często kąpią noworodków? Czy do kąpiei nie kładą brudnych pieluszek? Czy i jak często kąpią się starsi? w wannie, łaźni, rzece lub stawie? Częstość umywania rąk, twarzy, czesania włosów u dzieci i starszych. Sposób mycia: wodą, puszczaną z ust na ręce, odlewkami po opieraniu i gotowaniu kartofli, odwarem z popiołu, mydłem; w miednicy, miskach po jedzeniu, szaflikach od pomyj, w toku przy studni. Używanie ręcznika.

Czystość bielizny i pościeli (pranie, zmiana). Roczny wydatek na mydło. Czyszczenie wierzchniej odzieży. Czystość w izbie. Utrzymywanie w niej inwentarza. Zamiatanie, przewietrzanie, bielenie. Mycie podłogi, okien, sprzętów i statków.

Odpowiedzi na niniejszy kwestyionaryusz zechcą Szanowni Czytelnicy „Medycyny“ nadsyłać pod adresem Towarzystwa Higienicznego, Warszawa, Krakowskie Przedmieście Nr. 66.



Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== DELOBEL opisuje chorobę, która po 1,0 antypiryny stale dostawała dreszczy, gorączki i bólu głowy, następnie język obrzmiewał, czerwieniał się i był bolesny; po 12 godzinach występowały pęcherzyki pryszczycowe na języku i wargach. Wszystko kończyło się 4-go dnia. (Journ. d. sc. méd. de Lille. 14. 1. 99).

== CANTWELL dokonał całkowitego wycięcia macicy, jajników i trąbek u kobiety 35-letniej, skutkiem zastępczej miesiączki. Chora ta oparzyła sobie przed kilku laty przedramię; rana nie

miała skłonności do zagojenia się, a w czasie każdej miesiączki pojawiało się z niej stale obfite krwawienie. Wreszcie, gdy ranę zdołano zagoić, występowały podczas każdej miesiączki wymioty krwawe, trwające po dni kilka i połączone z zapaścią. Po wyczerpaniu wszelkich środków wewnętrznych autor zaproponował chorej powyżej wymienioną operację. Wycięte narządy okazały się zdrowymi. Odtąd (po roku) chora czuła się doskonale. (Med. Rec. 19. 11. 98). P.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy MARKUSFELD i SZYMAŃSKI powiększyli gremium stałych współpracowników naszego pisma.

— Otrzymaliśmy od Komitetu byłych i obecnych uczniów Rady dworu prof. d-ra Edwarda KORCZYŃSKIEGO zawiadomienie, iż obchód jubileuszowy Szanownego prof. KORCZYŃSKIEGO ma się odbyć dnia 9 stycznia 1900 r.

— Nakładem „Czasopisma Lekarskiego” wyszło w Łodzi tłumaczenie dzieła prof. MENDELSON’a p. t. „Pielęgnowanie chorych, podręcznik dla lekarzy i studentów”.

— Wyszedł z druku zeszyt XVI Wydawnictwa podręczników chirurgicznych i zawiera zeszyt 6 Wykładu chi-

rurgii ogólnej BILLROTH-WINIMARTER’a.

— Wyszedł z druku kalendarz dla lekarzy praktyków na rok 1900, opracowany przez d-ra AL. FRUCHTMANA.

-- W „Gońcu urzędowym” wydrukowano przepisy o szczepieniu ospy ochronnej rekrutom. Szczepienie ospy staje się obowiązkiem dla wszystkich rekrutów, chociażby znaleziono u nich ślady po przebytej ospie naturalnej lub znaki, pozostałe po szczepieniu ospy ochronnej w dzieciństwie. Szczepienie ospy winno być dokonywane zaraz po przybyciu rekrutów do odpowiednich pułków. Do szczepień służyć ma jedynie krowianka.

Od Redakcyi i Administracyi.

„Medycyna“ w ciągu roku 1900 wychodzić będzie według dotychczasowego programu i na tych samych, co i dotąd, warunkach.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.

SPROSTOWANIE. Na str. 1193, w wierszu 15 od dołu. zamiast „przy forsownem roztwieraniu powiek” powinno być „przy forsownem zamykaniu powiek”.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Декабря 1899 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

„PROMIEN”

Instalacje Oświetleń i Biuro Techniczne

J. Naimski, Viktor Rack i C-omp.

Warszawa, Warecka 10, telef. 1365.

OŚWIETLENIA

Elektryczne: Kompletne instalacje. Armatury, Lampy łukowe i żarowe itd.

Gazowe: Kompletne instalacje, lampy, żyrandole, palniki, koszulki.

Creogazowe: Światło gazowe przenośne bez rur. Lampy, żyrandole, latarnie uliczne i t. d.

Acetylenowe: Aparaty odznaczone złotym medalem i dyplomami w r. 1899.

Gazolinowe: Oświetlenie centralne nie różniące się niczem od gazu węglowego.

Washington Light, Comète, Sinalair etc. etc.

Artykuły techniczne.

Kompletne instalacje kąpielowe. Piecy-

ki gazowe, naftowe etc. Centralne ogrzewania.

Maszyny różne.

Do specjalnego użytku p. p. Doktorów.

Elektryczne małe instalacje od 6 lampek żarowych.

„Lucullus” Kuchenki gazowe do smażenia bez masła i tłuszczów.

Lampy stołowe przenośne żarowe. Siła światła 60 św. norm.

Aparaty do projekcyjnych użytków.

Dla szpitali, sanatoriów i t. p.

Farby emaljowo-porcelanowe specjalnie do sal operacyjnych, pomieszczeń chorych zakaźnych itd.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Zakład Lecznicy dla chorych

na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 9—10 i od 11—12

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rb. 1.50 do rb. 5 dziennie
Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

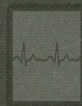
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb. 50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009796



www.dlibra.wum.edu.pl