

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. Z. BYCHOWSKI. O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacji w nowotworach mózgu. Str. 333. — II. FR. KIJEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 336. (C. d.). III. B. MORZ. Badanie metodyczne cewki. Str. 332. (Dok.). — IV. ANTONI WASZKIEWICZ. Cięcie cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścieśnionej wskutek zeszywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego. Str. 344. (Dok.). — *Dział sprawozdawczy.* 67. FRENKEL. Leczenie wiądu rdzenia ze szczególnem uwzględnieniem gimnastyki (*Übungstherapie*). Str. 344.—68. J. M. JACKSON i L. G. MEAD. Leczenie choroby BASKOWA bromkiem chininy. Str. 350.—69. L. W. WEBER. Leczenie pijaństwa. Str. 354. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

## I. Z ODDZIAŁU DLA CHRONIKÓW PRZY SZPITALU NA PRADZE.

### O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacji w nowotworach mózgu.

Napisał

Z Bychowski,

ordynator oddziału.

[Odczyt, wygłoszony d. 23-go II. 1909 r. w Warsz. Tow. Lek.]

Sz. Pp.! Szereg przypadków nowotworów mózgu, które miałem okazję obserwować przez ostatnie dwa lata, nasunął mi kilka uwag, któremi pragnąłbym tu z Panami się podzielić. Bliższe zastanowienie się nad smutnym przebiegiem i fatalnym końcem tych przypadków obudził we mnie pewne wątpliwości co do metody, której zwykle przy leczeniu, raczej obserwowaniu takich chorych się trzymamy. Trudno wprost uwolnić się od myśli, że przy innych warunkach ten przebieg mógłby może przyjąć inny, łagodniejszy, kierunek i że niejeden z tych chorych, wobec których obecnie stoimy zupełnie bezradnie, mógłby w naszym ogólnym bilansie leczniczym zająć zupełnie inną pozycję.



Dla ułatwienia sobie zadania pozwolę sobie przedewszystkiem pokazać Panom kilku chorych i preparatów, z których każdy stanowi swego rodzaju oddzielny typ cierpienia, o którym tu mowa.

Zaczynam od chorego, który się znajduje w pierwszym okresie cierpienia.

I. U 24-letniego czeladnika garbarskiego S. W. wystąpiły przed 7-u tygodniami wymioty, które co kilka dni się powtarzały i którym towarzyszyły silne bóle głowy. Przed 5-u tygodniami podczas pracy nagle upadł na gorącą rurę, na której pozostał zupełnie nieprzytomny przez kilkanaście minut. Od tego czasu miał jeszcze kilka takich napadów. Niektórym towarzyszyły podobno drgawki „w całym ciele“. Chory obecnie uskarża się na silne bóle głowy, które—niezawsze—umiejscawia na granicy między prawą kością czołową a ciemieniową. Miejsce to przy opukiwaniu -- też niezawsze—jest bolesniejsze, niż inne części czaszki. Chory był zawsze zdrów, pochodzi z rodziny zdrowej. Zakażenie przymiotowe neguje. Obiektywne szczegółowe badanie [chory przez 3 tyg. leżał na oddziale] żadnych „pewnych“ i stałych objawów nie wykazuje. Kilka razy zdawało się, że jest osłabienie odruchu lewej rogówki i upośledzenie węchu z lewej strony. Ale objawy te nie są stałe. Tak samo ze strony równowagi, odruchów, czucia i t. d. zaburzeń nie ma. Wzrok ma dobry. Na zwykle przyjętem oddaleniu czyta bez szkielec ostatni wiersz SNELLEN'a. Przy dokładnem jednak wypytywaniu się, chory przypomina sobie, że jeszcze przed 10-u miesiącami nagle w dzień zaprzestał widzieć przez 10—15 minut, że od tego czasu kilkakrotnie nawiedzały go chwilowe zamglenia wzroku. Badanie oftalmoskopowe [sprawdzone łaskawie przez dra L. ENDELMANA] wykazuje posuniętą *neuritis optica* z obu stron. Chory ostatnio czuje się subiektywnie lepiej. Wymiotów i napadów od kilku tygodni nie ma. Natomiast „zamglenia“ wzroku częściej bywają, zwłaszcza przy nagłej zmianie pozycji [kiedy chory prędko podnosi się z łóżka]. Wystąpiło też przykre „chuchanie“ w lewym uchu. Przez kilka dni było też drętwienie w pierwszych trzech palcach lewej dłoni. Siła wzroku w przeciągu ostatniego tygodnia nieco się zmniejszyła.

Nie ulega chyba kwestyi, że mamy tu do czynienia z nowotworem mózgu. Bóle głowy, wymioty, napady utraty przytomności, drgawki i zmiany na dnie oka dostatecznie w tym kierunku świadczą. Ale wskazać miejsce, gdzie nowotwór się znajduje z pewnem choćby prawdopodobieństwem tylko, obecnie nie można. Wczesne [prawdopodobnie już od roku] zmiany na dnie oka, te nagłe utraty przytomności z zupełną utratą równowagi (*cerebellar fits—Dana*) nasuwają pewne podejrzenia co do tylnej jamy *resp.* mózdzku, w każdym razie bardzo niepewne i mało jeszcze uzasadnione.

Bez lokalnej dyagnozy jest i następna chora.

II. U panny C., mającej obecnie 22 lat i cieszącej się kwitnącym wyglądem, wystąpiły w listopadzie 1905 r. bóle głowy i wymioty [bez gorączki]. Po dwu tygodniach porażenie *recti externi* i *ptosis* w prawym oku. Po dwu mies. bóle głowy i wymioty ustąpiły i chora pomimo tego, że jej się dwoiło, mogła znowu chodzić do roboty. W kwietniu 1906 r. w poliklinice dra GOLDFLAMA, któremu za te notatki serdecznie dziękuję, znaleziono

*paresis abducentis dextri* i daleko posuniętą obustronną *neuroretinitis*. Podczas leczenia wstrzykiwaniami *Hydrargyri sozjodolici* wystąpiło silne osłabienie wzroku, na które nie wpłynęło przekłucie łądźwiowe, i kiedy chora do mnie się zgłosiła w lipcu tegoż roku, znalazłem już wyraźny zanik obudwu nerwów wzrokowych. Chora też wtedy oprócz światła nic nie widziała. Oprócz niezawsze sprawnego oddziaływania źrenic, żadnych innych objawów nie mogłem znaleźć. Jedyną skargą chorej była wtedy i pozostała do tychczas — ślepotą. Bolów głowy prawie wcale niema, tak samo niema i wymiotów. Obiektywnie i obecnie żadnych zmian, zwłaszcza żadnych wskaźników miejscowych u chorej niema. Światło chora widzi, jednym okiem poznaje nawet palce w oddaleniu jednego metra. Oddziaływanie źrenic zupełnie dobre. Ze strony równowagi, uczucia, odruchów i t. d. żadnych zmian niema. Od pewnego czasu nawet i miesiączka, która przy początku choroby bywała często zatrzymaną, odbywa się zupełnie prawidłowo. Epikrytycznie tę chorą omówię później. Przechodzę do przypadku 3go, odmiennego pod wieloma względami od poprzednich. Przypadek ten obserwowałem przed 1½ rokiem na oddziale dra EDWARDA ZIELIŃSKIEGO, któremu niniejszem za tę ciekawą obserwację serdecznie dziękuję.

III. Obecnie 20-letnia F. D. datuje swoją chorobę od października 1906 r., kiedy pierwszy raz po silnym wzruszeniu, dostała napadu drgawek w lewej nodze i lewym ręku. Przy wywiadach jednakże okazuje się, że i poprzednio już cierpiała na bole głowy. Napady, które podczas pobytu chorej w szpitalu bywały prawie codziennie, a następnie nawet i kilka razy dziennie, zaczynają się zwykle od lewej stopy, przechodzą na lewą rękę, a często i na lewą połowę twarzy. Przytomność podczas napadu zachowana. Po napadzie, a czasami i przed napadem drętwienie lewej dolnej kończyny. Napadom towarzyszą silne bole głowy i wymioty. Anamneza osobista i rodzinna bez znaczenia.

U inteligentnej chorej wtedy już [w sierpniu 1907 r.] były wyraźne objawy paretyczno-spastyczne w lewej dolnej kończynie [stopotrząs i objaw BABIŃSKIEGO] i wyraźna obustronna *neuritis optica*, jakkolwiek chora wzrokowi swemu nic nie miała do zarzucenia. Chorej radzono trepanację, na którą się nie zgodziła i po dwu miesiącach pobytu na oddziale wypisała się.

Dopiero przed kilku dniami znowu ją widziałem. Drgawek i wymiotów od kilku miesięcy nie ma, wogóle w przeciągu ostatniego roku drgawki są bardzo rzadkie. Uskarża się tylko na zawroty głowy, które występują przy każdej zmianie pozycji. Od roku prawie wcale nie może chodzić. Mniej więcej od tegoż czasu nie widzi. Intelligencya i pamięć ucierpiała. Lewostronne spastyczne porażenie kończyn z zajęciem twarzy, wskutek czego chora sama wcale chodzić nie może. Wyraźny obustronny *exophthalmus*. Ciągły niepokój gałek ocznych w kierunku pionowym. Oddziaływanie źrenic żadne. Chora nic nie widzi, nawet palącej się świecy. Obustronny zanik nerwów wzrokowych. Od roku niema regularności. Przypadek ten jest poręczającym z wielu względów. Przed 1½ rokiem rozpoznanie nie tylko ogólne, ale i miejscowe było dosyć jasne. Bole głowy i zmiany na dnie oka

wskazywały na nowotwór, a drgawki zaczynające się zawsze ze stopy i rozprzestrzeniające się na całą lewą połowę ciała, bez utraty przytomności, umożliwiały umiejscowienie sprawy w górnej części prawej strefy czuciowo-ruchowej. Obecność objawu BABIŃSKIEGO już wtedy, kiedy objawy paretyczne w dolnej kończynie były jeszcze niewielkie, nasuwało przypuszczenie [por. dalej], że sprawa odbywa się podkorowo, co zmniejszało nieco szanse radykalnego usunięcia nowotworu. W każdym razie trepanacja była bezwzględnie wskazana, zwłaszcza wobec zmian na dnie oka. W obecnej chwili, kiedy chora i otoczenie domagają się operacji, sprawa, ma się rozumieć, przedstawia się zupełnie inaczej. *Exophthalmus*, niepokój gałek ocznych, upośledzenie pamięci i inteligencji, stałe porażenie połowicze, wszystko to wskazuje, że nowotwór przez ten czas znacznie się powiększył, prawdopodobnie w głąb istoty białej, co oczywiście już pod względem technicznym czyni całą operację trudną, a z punktu widzenia radykalnego usunięcia nowotworu—prawdopodobnie niemożliwą. Ale w najlepszym razie operacja nie usunie tych dwu kalectw, o które chorej oczywiście najwięcej chodzi: ślepoty i połowiczego porażenia. Drgawek i wymiotów też od dawna niema, tak, że i z tego punktu widzenia operacja—właściwie mówiąc — obecnie przynajmniej jest zbyteczna.

[D. c. n.].

---

## II. O TORBIELACH TRZUSTKI.

Podał

Dr med. Fr. Kijewski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

Rzecz wygłoszona 3-go lutego 1908 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warszawskiego.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 13].

---

Stosownie do wielkości i zawartość torbieli jest zmienna co do swojej ilości. W naszych spostrzeżeniach wynosiła ona po 2 litry jasno-żółtego płynu, a w przypadku *cysto-carcinomatis* 1,5 litra surowiczno-krwistej cieczy. W przypadku, opisanym przez JASIŃSKIEGO <sup>1)</sup> z kliniki RYDYGIERA, wypuszczono z torbieli przeszło 2 litry płynu brunatnawo-czarnego. W spostrzeżeniu ALEKSANDROWA <sup>2)</sup> u 14-letniego chłopca torbiel zawierała 5 litrów jasno-brunatnej cie-

---

<sup>1)</sup> JASIŃSKI ST. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. Przegląd Lekarski 1903. Nr. 8, 9, 10, 11, 12.

<sup>2)</sup> Jahrbuch der Kaiserlichen Katharineukrankenhaus in Moskau. 1907, t. 1, str. 246. Zentralblatt f. Chirurgie 1908, Nr. 10, p. 318.

czy. KOPFSTEIN<sup>1)</sup> opisał torbiel trzustki, zawierającą 12 litrów w płynie, a STEELE podał spostrzeżenie, w którym zawartość torbieli wynosiła 15 litrów. Są spostrzeżenia, wykazujące jeszcze większą zawartość torbieli, do 20-u litrów, co świadczy wymownie o wielkości samego guza.

Zawartość torbieli bywa żółtawo-słomiana, brunatna, czasem niemal jak woda, niekiedy krwista; niekiedy przezroczysta lub mętna, z drobnymi resztkami morfologicznymi. Badanie mikroskopowe wykazuje większą lub mniejszą obecność limfocytów, leukocytów, ciałek czerwonych krwi zmienionych lub nie, grudki barwika krwi, komórki śródbłonkowe i nabłonkowe, kulki tłuszczowe, czasami zaś resztki tkanki obumarłej, jużto ściany torbieli, już też samego gruczołu.

Badanie chemiczne wykrywa znaczną ilość białka, obecność fermentów trzustki, niekiedy wszystkich— proteolitycznego, diastazy i lipazę, niekiedy zaś stwierdzić można jeden z nich diastatyczny, a niekiedy brak ich zupełnie. W jednym z moich spostrzeżeń badanie chemiczne wykryło w zawartości torbieli wszystkie fermenty trzustki; w przypadku, operowanym przez prof. KOSIŃSKIEGO, rozbiór chemiczny wykazał również obecność trzech fermentów; w pierwszym przypadku RYDYGIERA stwierdzono ferment diastatyczny i lipazę, w drugim zaś brak zupełny fermentów. W ostatnim moim spostrzeżeniu (*cysto-carcinoma*) pomimo łączności bezpośredniej guza z trzustką, badanie chemiczne nie wykryło fermentów w płynnej zawartości torbieli.

Badanie ściany torbieli, jak widzieliśmy z moich preparatów, nie przedstawia nic osobliwego. Zewnętrzna część jej może być pokryta rozszerzonymi naczyniami, sama zaś ściana składa się przeważnie ze zbitej tkanki łącznej, ubogiej w naczynia. Niekiedy tylko możemy w niej wykryć resztki gruczołu, jak to było w pierwszym przypadku RYDYGIERA. Wewnętrzna powierzchnia bywa niekiedy wysłana przybłonkiem, w większości jednak komórki te odpadają i tylko miejscami znajdujemy ich ślady. Pod względem zmian, zachodzących w samej ścianie torbieli, ciekawe jest spostrzeżenie OUTERBRIDGE'a<sup>2)</sup>. Chora od 12-u lat cierpiała na cukrzycę, a od 4-eh lat miała guz w okolicy żołądka. Przy operacji znaleziono za żołądkiem i *colon transversum* na miejscu trzustki guz, wielkości orzecha kokosowego, twardy, nieruchomy. Była to torbiel ze ścianami zwapniałymi.

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną właściwość torbieli trzustki, a mianowicie na zmienność jej wielkości. Torbiele te mogą się zmniejszać, a po pewnym czasie ponownie powiększać. Pod tym względem ciekawe spostrzeżenie podaje DWUŻYLNÝJ<sup>3)</sup>. Dotyczy ono 38-letniego robotnika, który był

---

<sup>1)</sup> KOPFSTEIN (Jungbunzlau). *Cystis pancreaticae*. Wiener klin. Rundschau 1906, Nr. 12. Ref. Zentralblatt f. Chir. 1906, Nr. 38, p. 1043.

<sup>2)</sup> OUTERBRIDGE. Calcified pancreatic cyst. Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Iuli. Ref. Zentralblatt f. Chirurgie, 1908, p. 1256.

<sup>3)</sup> DWUŻYLNÝJ. K kazuistykje kist i pseudokist podżeludocznoj železy. Russkij Wracc 1904, Nr. 2, str. 769.

przygnieciony przez bufory wagonu. 5-go dnia po wypadku wykryto w górnej części brzucha guz, dochodzący do pępka; 15-go dnia zauważono zmniejszenie się guza, po upływie zaś 3-ch tygodni guz przedstawiał się pod postacią nieznacznego stwardnienia. Po dwu miesiącach jednak guz zaczął szybko rosnąć.

W przypadkach torbieli traumatycznej, opisanym przez EXNER'a, w 6 tygodni po urazie guz nagle się zwiększył i znacznie zmiękł, w jamie zaś otrzewnej można było stwierdzić płyn wolny. Zmniejszenie torbieli postępowało dalej do tego stopnia, że guz przedstawiał się pod postacią niewielkiego stwardnienia i wszystkie dolegliwości ustąpiły, a chory wkrótce opuścił szpital. Po 3-ch miesiącach jednak guz ponownie się powiększył i HOCHENEGG zmuszony był przystąpić do operacji.

EXNER przypuszcza, że w okolicy trzustki powstała *haematoma*, która otworzyła się do jamy otrzewnej i stąd guz się zmniejszył <sup>1)</sup>.

Takie peryodyczne zmniejszanie się i powiększanie torbieli trzustki świadczy albo o otworzeniu się zatkanego przewodu WIRSUNGA i wylaniu się zawartości do dwunastnicy, albo o opróżnieniu się zawartości do wolnej jamy otrzewnej lub do kiszki przez zrost ściany torbieli z jelitem i następczem przedziurawieniem, albo też o wchłanianiu się wysięku zapalnego, jeżeli mamy do czynienia np. z zebraniem wysiękiem w *bursae omentalis*.

Torbiele trzustki stopniowo się powiększając, mogą powodować ucisk na narządy sąsiednie i stąd wywołać różnorodne objawy. Skutkiem ucisku np. na splot trzewny powstają stałe bole w jamie brzusznej (*neuralgia coeliaca*). Przez głowę trzustki, jak wiadomo, przebiega *ductus choledochus*, którego ucisk przez torbiel może utrudniać, a nawet wstrzymać odpływ żółci z całym szeregiem następstw. Przy wielkich guzach występuje upośledzenie krążenia i oddychania. Bezpośredni ucisk na naczynia jamy brzusznej powodować może zebranie się w niej przesięku.

Sprawy chorobne, zachodzące w samej trzustce, przy wzroście torbieli nie przycichają, lecz przeciwnie mogą postępować dalej i w ujemny nader sposób odbijać się na trawieniu. Jeżeli od początku cierpienia było upośledzenie trawienia, to występuje ono ze zwiększoną siłą, chorzy oprócz wymiotów mają biegunki i szybko nader chudną; albo też objawy ze strony przewodu pokarmowego rozwijają się stopniowo w następstwie wzmagających się zmian w samej trzustce. W kale takich chorych spotkać można znaczną ilość tłuszczu obok licznych niestrawionych włókien mięsnych, co świadczy o upośledzonym wydzielaniu się soku trzustkowego, lub o wstrzymaniu wydzielania się fermentów—lipazy i proteolitycznego. W moczu w większości przypadków znajdujemy ślady białka, niekiedy zaś tylko cukier. Według KOERTÉ'go na 119 przypadków torbieli trzustki tylko w 8-u znaleziono cukier.

---

<sup>1)</sup> ALFRED EXNER. Zur Kasuistik und Therapie der Pankreaszysten. Wiener klinische Wochenschrift 1904, str. 803—806.

Do tej liczby GRUND <sup>1)</sup> ze znanej mu kazuistyki do 1907 r., obejmującej około 200 przypadków, dodaje jeszcze tylko kilka spostrzeżeń. W ogóle zaznaczyć należy, że pojawienie się cukru w moczu przy torbielach trzustki należy do zjawisk rzadkich.

Zmiany w kale i w moczu nie są bynajmniej swoiste dla torbieli trzustki, spotkać je możemy przy wszystkich schorzeniach trzustki, świadczą one tylko o upośledzonej czynności gruczołu.

Część soku trzustkowego może wydzielać się do torbieli, a pozostała reszta spełnia swoją czynność dostatecznie, i stąd też kał i mocz mogą nie przedstawiać zmian, co w wysokim stopniu utrudnia rozpoznanie.

CAMMIDGE <sup>2)</sup> w 1904 r. ogłosił metodę badania moczu, na zasadzie której można określić cierpienie trzustki. Za podstawę swojej metody CAMMIDGE przyjmuje to przypuszczenie, że przy schorzeniach trzustki występuje częściowa nekroza tłuszczu w tkance gruczołu. Pod wpływem lipazy tłuszcz w gruczole rozpada się na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Kwasy tłuszczowe łączą się z alkalicznymi składnikami krwi krążącej, albo zalegają w narządach pod postacią kryształów, wolna zaś gliceryna ulega rezorpcji i jej produkt rozpadu—gliceroza daje z fenylohydrazyną kryształy charakterystyczne. Jakkolwiek hipoteza ta uległa już obecnie zmianie, gdyż CAMMIDGE przypuszcza, że kryształy, otrzymywane przy jego reakcji, przedstawiają połączenia fenylohydrazyny i kwasu glikuronowego z osazonem cukru, to natura chemiczna tych kryształów dokładnie dotąd nie jest poznana.

Nie będę się tu zastanawiał nad szczegółami wykonania tej próby oraz jej modyfikacjami, odsyłam do odnośnych źródeł, zajmuje mię przedewszystkiem praktyczne zastosowanie reakcji CAMMIDGE'a przy torbielach trzustki. Zbyt optymistyczne wnioski CAMMIDGE'a, poparte przez liczne spostrzeżenia MAYO ROBSON'a, oraz CHALMERS'a WATSON'a <sup>3)</sup>, stoją w pewnej sprzeczności z wynikami innych badaczy. Stwierdzono, że owe charakterystyczne kryształy spotkać można w moczu prawidłowym, widziano je przy *pneumonia crouposa*, *bronchitis*, *leukaemia*, *lumbago*, *cholelithiasis*, *carcinoma ventriculi* i t. d., a natomiast niekiedy przy niewątpliwych cierpieniach trzustki; jak to ostatnio stwierdził sam CAMMIDGE przy rakach, reakcja jego wypada ujemnie. Stąd też wielu badaczy, jak ROTH <sup>4)</sup>, LABBÉ <sup>5)</sup>, HESS <sup>6)</sup>, reakcji CAMMIDGE'a przypisują bardzo niewielką wartość rozpoznawczą wogóle przy schorzeniach trzustki. Odnosi się to w równej mierze do torbieli tego gruczołu. HESS np. w dwu przypadkach torbieli trzustki otrzymał wynik ujemny, stosując reakcję CAMMIDGE'a.

---

<sup>1)</sup> DR GEORG GRUND. Zur Pathologie der Pankreaszyste und der Pankreasdiabetes. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und der Chirurgie, 1907, t. 8, z. 3 i 4.

<sup>2)</sup> CAMMIDGE. The Lancet 1904.

<sup>3)</sup> CH. WATSON. The Lancet 1908, 21 list.

<sup>4)</sup> N. ROTH. Zeitschr. f. klin. Mediz. 1909, z. 1.

<sup>5)</sup> LABBÉ. La Presse méd. 1909, Nr. 11.

<sup>6)</sup> HESS. Mittell. a. d. Grenzgeb. Med. u Chir. t. 19, z. 4.

Przy istniejącym guzie z wyżej wymienionymi właściwościami, oraz całym szeregu odnośnych objawów, reakcja CAMMIDGE'a może mieć dopełniająca znaczenie do badania; przy torbielach trzustki decydującej wartości rozpoznawczej nie posiada. W wątpliwych przypadkach na zasadzie tej reakcji kwestyi rozstrzygnąć nie można.

W bardzo wielu razach w celu ułatwienia rozpoznania przystępowano do przekłucia próbnego torbieli. Otóż przeciwko temu rękoczynowi gorąco należy zaprotestować. Według mojego zapatrywania przy omawianych guzach nigdy nie należy wykonywać przekłucia próbnego, a to z następujących powodów:

1) Otrzymany płyn nie rozstrzyga bynajmniej sprawy, z czem mamy do czynienia. W płynie tym możemy nie znaleźć fermentów trzustki, co nie jest zupełnie dowodem, że płyn nie ma swego źródła w trzustce, a nawet obecność niektórych fermentów w cieczy wydobytej nie stanowi niezbitego dowodu, że płyn pochodzi z torbieli trzustki, gdyż wiemy, że płyny jam surowicznych mogą mieć własności dyastatyczne, a nawet zmydlać tłuszcze. Stąd też próbne przekłucie było powodem pomyłki, — rozpoznano torbiel trzustki tam, gdzie była puchlina nerkowa, w innym przypadku torbiel trzustki przyjęto za bąblowiec [STARCK].

2) Przekłucie próbne torbieli trzustki może niekiedy pociągnąć za sobą smutne następstwa. W przypadku podanym przez CATHCART'a po próbnym przekłuciu wystąpiły silne bóle w całym brzuchu, podniesienie ciepłoty, wymioty i następnie zapaść. Po kilku godzinach wykonano laparotomię i znaleziono w jamie brzusznej płyn ciemno-brunatny, który wydobył się z torbieli. KUESTNER i TREMAINE również widzieli podrażnienie otrzewnej, spowodowane próbnym przekłuciem torbieli. Jeżeli torbiel jest mocno wypełniona płynem, a ściany ma cienkie, to po przekłuciu może nastąpić tą drogą wylanie się zawartości, co jak widzieliśmy nie tylko nie jest obojętne dla otrzewnej, ale może wywołać burzliwe objawy zapalenia jej i zmusić do natychmiastowej interwencji.

Mając to na uwadze, bardzo słusznem jest zaniechanie tego rękoczynu, który sprawy nie rozświetla, a życie chorego może narazić na niebezpieczeństwo. Zawartość płynu torbieli trzustki nie jest wolna od bakteryi, znaleźć w niej można *bacterium coli commune*, a nawet *staphylococcus aureus*, jak to wykazało badanie bakteryologiczne, dokonane w pierwszym spostrzeżeniu GRAVEMANN'a <sup>1)</sup>.

Zdawałoby się, że rozpoznanie torbieli trzustki wobec tak wybitnych objawów, jakie tu wymieniłem, nie przedstawia trudności. W rzeczywistości

---

<sup>1)</sup> BERNHARD GRAVEMANN. Ein Beitrag zur Lehre der Pankreascysten. Inaug.-Dissert. 1902.



jednak sprawa nie jest wcale łatwą, gdyż przy torbielach trzustki w wielu bardzo przypadkach nie znajdujemy wszystkich objawów, a z drugiej—sprawy chorobne w narządach sąsiadujących z trzustką mogą dawać zupełnie podobne objawy, a nawet obecność guza, forma jego, umiejscowienie i w ogóle wszystkie cechy jego niezawsze pozwalają na określenie jego charakteru.

Stąd też, jak wykazuje przegląd odnośnej kazuistyki, pomyłki rozpoznawcze były bardzo częste. Torbiele trzustki były rozpoznawane jako:

- 1) torbiel nerek i nadnerczy, puchlinę nerkową, bąblowce;
- 2) guzy wątroby, bąblowce; miękkie mięsaki wątroby, *hydrops vesicae felleae*;
- 3) torbiel śledziony, bąblowiec;
- 4) *aneurysma* aorty i jej gałęzi;
- 5) *echinococcus peritonei* oraz otorbione wysięki w jamie otrzewnej;
- 6) torbiele ścian żołądka;
- 7) guzy ściany brzusznej;
- 8) torbiele *mesenterii*, *omentii*, bąblowce ich;
- 9) torbiele zaotrzewne naczyń chłonnych;
- 10) torbiele jajników.

W dwu nawet przypadkach torbiel trzustki była przyjęta za guz złośliwy żołądka na wielkiej krzywiznie (LEJONNE et MILANOFF <sup>1)</sup>, MATIN <sup>2)</sup>).

To krótkie wyliczenie tak różnorodnych spraw anatomo-patologicznych przedstawia w grubych zarysach trudności, jakie napotyka klinicysta przy rozpoznaniu torbieli trzustki. Szczegółowe wywiady, trzymanie się ściśle nader starannego badania fizykalnego, rozpatrywanie stosunków guza do narządów sąsiednich, oraz uwzględnianie krytyczne zaburzeń czynności trzustki pozwalają nieraz na rozpoznanie sprawy.

Pomijam wyliczenie całkowitej dyagnostyki różniczkowej wyżej wymienionych schorzeń, gdyż zaprowadziłoby to nas zbyt daleko, a każdy klinicysta z łatwością tego sam dokona.

---

<sup>1)</sup> LEJONNE et MILANOFF. Kystes du pancréas. Ref. Jahresber. Hildebrands über d. Forsch. a. d. Geb. der Chir. 1900.

<sup>2)</sup> MATIN. Ein Fall von Pankreascyste. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeilage Nr. 20, str. 141.

{ D. c. n. }

## BADANIE METODYCZNE CEWKI.

Napisał

Dr B. Motz [Paryż].

(Dokończenie — Patrz Nr. 14).

Druga zasada, na którą szczególną uwagę zwracał mój mistrz, polega na tem, aby nigdy nie rozpoznawać zwężenia, zanim nie dojdzie się do przeszkody i nie przerwie się rozrostu bliznowatego przy wyciąganiu zgłębnika. W istocie nie należy stosować literalnie tej zasady w przypadkach, w których np. znajduje się serya pasków bliznowatych świeżych w cewce prącia lub wtedy, gdy nie dochodzi się do okolicy opuszkowej. W tych przypadkach można przypuszczać prawie na pewno istnienie zwężeń nitkowatych. Jeżeli nawet i w tych przypadkach postępować według zasady podanej powyżej, natenczas można przeprowadzić zgłębnik, zakończony oliwą, po rozszerzeniu zwężenia i wyczuć jeden lub wiele pasemek bliznowatych, których poprzednio nie można było zauważyć.

Poprzednio już mówiłem o znacznych różnicach w świetle cewek normalnych i zaznaczałem, że z punktu widzenia praktycznego, klinicznego, należy uważać światło cewki za normalne, jeżeli nie stwierdza się zwężenia przy badaniu zgłębnikiem Nr. 25. Należy jednak mieć na uwadze zwężenia częściowe mięśni okolicy błoniastej, które często czynią wrażenie, jakoby istniały pasemka bliznowate.

Jeżeli w okolicy prącia niema przewężenia i jeżeli zgłębniki wąskie i szerokie zatrzymują się stale w okolicy opuszkowej, wprowadza się zgłębnik zakończony oliwą n° 20, lub *beniquet* n° 40 w celu przekonania się, czy niema skurczu. Przyrzędy te, delikatnie wprowadzone, usuwają skurcz. Wrazie wyników wątpliwych odkłada się badanie na inny raz i rozpoczyna się powtórnie po zastrzyknięciu 10-u ctm. sz. rozczynu stowainy [ $\frac{1}{200}$ ], który pozostawia się w cewce w ciągu trzech minut. Można powiedzieć, że niema przypadków, w których po dwu posiedzeniach badania metodycznego nie można byłoby oznaczyć światła cewki.

### C. Porządek badania cewki.

Po przeglądzie ogólnym badań, które powinny dać wskazówki dokładne co do stanu anatomicznego cewki, rozejrzemy się teraz, w jakim porządku należy je przeprowadzać w czasie o ile możności najkrótszym.

Chory nie powinien oddawać moczu w ciągu kilku godzin. Wyciska się prącie, zbiera się otrzymaną przytem wydzielinę i poddaje się ją badaniu

z punkta widzenia histo-bakteryologicznego. Chory oddaje wtedy mocz do dwu lub trzech naczyń; mocz bada się gołym okiem lub zapomocą mikroskopu. Wylot, następnie żołądź i napletek oczyszcza się watą napojoną cyankiem tlenniku rtęci [1:100] lub sublimatem [1:1000]. Po zbadaniu przewodów okołocewkowych, odciąga się napletek ku tyłowi i pokrywa się prącie pod żołądźką paskiem gazy, przepojonej cyankiem tlenniku rtęci. Następnie przemyma się obie cewki i pęcherz rozczyne słabym [1:300] cyanku tlenniku rtęci, podbarwionym błękitem metylenowym. Wypełnia się cewkę dopóty aż chory zaczyna odczuwać potrzebę oddania moczu.

Wymacuje się i bada najpierw okolice gruczołów opuszkowych i Cowper'a; poczem chory oddaje 15—20-u ctm. sz. płynu pozostalego w pęcherzu. Należy się przekonać, czy niema nitek i czy płyn nie jest mętny; zachowuje się go do badania mikroskopowego.

Chory kładzie się; i wtedy przystąpić należy do badania metodycznego sterca, przewodów nasiennych i cewki błonistej. Należy zbadać tkanki otaczające te narządy i wycisnąć ich zawartość zapomocą mięsienia całej tej okolicy; chory znowu oddaje mocz, około 100 ctm. sz. własnego uprzednio rozczyntu cyanku tlennika rtęci, który w razie mętów dzieli się na dwa naczynia. Do pierwszej porcyi dodaje się nieco kwasu octowego, aby przekonać się czy męt ginie; jeżeli się otrzymuje drugą porcyę, poddaje się ją dochodzeniu mikroskopowemu.

Światło cewki sprawdza się przez użycie z początku zgłębnika Nr. 25.

Następnie wprowadza się grubą świeczkę lub *beniquet* np. Nr. 46 i wymacuje się cewkę przednią w celu przekonania się, czy niema nacieczenia pochodzenia gonokokowego ścian cewki. Jeżeli chodzi o wyszukanie ogniska niewyczuwalnego w cewce, chory oddaje mocz, a płyn otrzymany po wyciśnięciu gruczołów cewki przedniej przechowuje się do badania mikroskopowego.

Wszystkie te badania mogą być dokonane na jednym posiedzeniu. Drugie posiedzenie, w 2—3 dni po pierwszym, powinno być poświęcone badaniu uretroskopowemu. Badanie to poprzedza przemycie dwu cewek rozczyne antyseptycznym i wypełnienie pęcherza tym samym płynem. Zbyt często spostrzegałem powikłania ze strony gruczołów, które następowały po tem badaniu przez chirurgów, którzy nie oczyszczając systematycznie pola, przystępowali do badania bez stosowania metody, którą zalecałem przy wszelkiego rodzaju badaniach cewki.

W przypadkach, w których ostrożności antyseptyczne, wyżej wskazane nie mogą być zastosowane ze względu na zwężenie cewki lub skurcz uporczywy, należy pamiętać, że wszelkiego rodzaju kateteryzacja wskutek obecności mikrobów jest septyczną; to też należy zdezynfekować miejsce obrażone, wprowadzając zgłębnik, muiej lub więcej cienki i zastrzykując do pęcherza, jeżeli to jest możliwe, i wzdłu kanału rozczynt słaby [1:200] azotanu srebra. W ten sposób można prawie zupełnie ustrzedz się powikłań dość częstych po badaniu długotrwałem, połączonem z obrażeniem cewki.

IV. Z ODDZIAŁU AKUSZERYJNO - GINEKOLOGICZNEGO WILEŃSKIEGO SZPITALA  
KOLFJOWEGO.

Cięcie cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścię-  
śnionej wskutek zeszywnienia spojenia krzyżowo-  
biodrowego.

Podał

**Dr Antoni Waszkiewicz,**

ordynator oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Wymiary owe zostały zebrane przeze mnie według wskazówek RUNGEG-  
zapomocą miednicomierza OSIANDER'a.

Dla pełnej jednak charakterystyki naszej miednicy zbiór wyżej przyto-  
czonych wymiarów okazał się niedostatecznym.

Wygórowanie lewego kolca biodrowego w porównaniu z prawym, wyż-  
sze ustawienie się stawu krzyżowo-biodrowego po stronie lewej, a obniżenie  
tegoż po stronie prawej, odchylenie spojenia łonowego od linii środkowej cia-  
ła ku stronie prawej—wszystko to już przy najpowierzchniwszem badaniu  
robiło wrażenie, że mieliśmy do czynienia z miednicą ukośnie ustawioną.

Przypuszczenie to zostało potwierdzone dobitnie przez zdjęcie wymia-  
rów ukośnych:

1) Lewy wymiar ukośny [odległość między lewym tylnym kolcem kości  
biodrowej a prawym przednim kolcem] równa się  $24\frac{1}{2}$  ctm., a prawy tylko  
 $20\frac{1}{2}$  ctm.

2) Odległość od zagłębienia lędźwiowego do prawej *spin. il. ant.*, równa  
się 16 ctm., a do lewej tylko  $12\frac{1}{2}$  ctm.

Podsumowując wszystko to, co dały nam oględziny miednicy i wyżej  
przytoczone jej wymiary, przyszlśmy do wniosku, że mamy przed sobą jedną  
z bardziej rzadkich postaci zniekształconych miednic, a mianowicie, miednicę  
nie tylko zwężoną w wymiarach poprzecznych, lecz i ukośnie ustawioną.  
Wypadkową tych dwu czynników jest ta właściwość naszej miednicy, że le-  
wa część jej kanału jest bardzo zwężona, a właściwy kanał miednicy stanowi  
tylko jej część prawa.

Miednica nasza podchodzi pod wzór miednic ukośnie ścięśnionych.

Prócz paru bardziej rzadkich, odróżniamy trzy rodzaje miednic ukośnie  
zwężonych.

1) Miednice koksalgiczne, powstałe wskutek zapalenia je-  
dnego ze stawów biodrowych. Mają one najczęściej zwężenie wchodu po

stronie przeciwniejszym umiejscowieniu chorego stawu biodrowego, czyli zwężenie zdrowej połowy. Kości takiej miednicy są w znacznym stopniu ścienne (atrophia). Spojenie łonowe jest u nich nie zaostrome, lecz szerokie i nizkie i t. d. Miednica nasza, naturalnie, nie ma nic wspólnego z miednicą koksalczną.

2) Miednice skoliotyczno-rachityczne powstają na tle choroby angielskiej; przy nich znajdujemy jedno skrzywienie kręgosłupa najczęściej już w górnych kręgach piersiowych, drugie następcze obejmuje dolne piersiowe i kręgi lędźwiowe, trzecie skrzywienie dolne, mało uwydatnione, dotyczy kości krzyżowej. Miednice te noszą cechy miednic rachitycznych płaskich: sprężyna prawdziwa zmniejszona, poprzeczne zwężenie nieznaczne, tylna część skrzydeł biodrowych odchyłona ku tyłowi, spojenie łonowe szerokie i t. d.

U naszej chorej nie znaleźliśmy żadnych śladów choroby angielskiej. Skrzywienie kręgosłupa ku przodowi obejmuje lędźwiową część kręgosłupa. Wymiary miednicy również nie wskazują na miednicę rachityczną. Spojenie łonowe jest wybitnie zaostrome i t. d.

3) Najwięcej zbliżoną jest nasza miednica do miednicy ukośnie ściętej wskutek zeszywnienia stawu krzyżowo-biodrowego, czyli do t. zw. miednicy NEGELEGO. Wymiary, kształt wchodu, zachowanie się kanału miednicowego odpowiadają właśnie miednicy tego wzoru.

Różnica natomiast polega na tem, że w miednicy, opisanej po raz pierwszy przez NEGELEGO w r. 1834, przy zewnętrznem badaniu nie znajdujemy żadnych oznak bylej uprzednio sprawy zapalnej w stawie krzyżowo-biodrowym.

Rozpatrując szkielety takich miednic, ma się wrażenie, jak gdyby skrócenie jednego ze skrzydeł kości krzyżowej powstało samoistnie. Wskutek tego i do obecnej chwili istnieją stronnicy poglądu, że miednica NEGELEGO może powstać od niedorozwoju lub nawet zupełnego braku punktów kostnienia w skrzydłach kości krzyżowej, bez obecności jakiegokolwiek w nich sprawy zapalnej. Znacznie większa jednak część autorów jest zdania, że bez udziału sprawy zapalnej skrócenie jednego ze skrzydeł kości krzyżowej i zeszywnienie stawu krzyżowo-biodrowego nie może nastąpić i popierają swe zdanie stałą obecnością na szkieletach pewnego zgrubienia kości na linii zeszywniałego stawu.

Wracając do naszego przypadku, uważamy, że ze względu na ogólny skład miednicy, na formę jej wchodu, ze względu na budowę chorej, na brak u niej wszelkich oznak choroby angielskiej, miednica nasza najbardziej jest zbliżona do miednicy NEGELEGO.

Powstało zaś wyżej opisanie zniekształcenie miednicy u naszej chorej, jak sobie objaśniamy, w sposób następujący:

Sprawa zapalna, najprawdopodobniej natury gruźliczej, rozwinęła się w kości krzyżowej, przeważnie w lewym jej skrzydle i lewym stawie krzyżowo-biodrowym. Ślady tej sprawy pozostały, jako liczne blizny i przesunięcie się ku przodowi (*lordosis*) kręgow lędźwiowych. Prócz tego, i co najważniej-

sza, gruźlicze zapalenie doprowadziło do skrócenia wymiarów poprzecznych, do t. zw. poprzecznego zwężenia miednicy. Zapalenie to jednak, nie wywołało zupełnego zeszywnienia stawu krzyżowo-biodrowego, ruchomość stawu nie została zupełnie zniesioną, zaledwie tylko w pewnym stopniu ograniczoną. W podobnych przypadkach, a mianowicie w tych przypadkach, kiedy dziecko podczas istnienia sprawy zapalnej nie przestaje chodzić, jest możliwe, jak to wykazał SPIEGELBERG, pewne jeszcze przesunięcie się kości biodrowych ku górze i ku tyłowi.

Otóż jako następstwo właśnie tych czynników powstało ukośne ustawienie miednicy, już uprzednio poprzecznie zwężonej.

Określiwszy w ten sposób charakter zwężenia miednicy u naszej ciężarnej, należało obecnie decydować, jak z chorą postąpić.

Przedewszystkiem należało zdecydować, czy możliwy byłby w danym przypadku poród o siłach własnych, bez sztuki lekarskiej.

Z wyżej przytoczonych wymiarów przekonaliśmy się, że miednica w naszym przypadku jest zwężona w wymiarach poprzecznych, tak wchodu, jak i wychodu. Zwężenie to jednak stosunkowo nie jest zbyt wielkie—różnica wszystkiego na dwa ctm.

Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę wyżej przytoczone i w wysokim stopniu zaznaczone ukośne ustawienie miednicy, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że lewe spojenie krzyżowo-biodrowe jest w silnym stopniu wciągnięte, skutkiem czego lewe wklęsnięcie panewkowe jest znacznie przyciągnięte do kości krzyżowej, wtedy z wielką pewnością możemy przypuścić, że lewa połowa miednicy w zupełności będzie stracona dla przebiegu [mechanizmu] porodu że główka dziecka będzie zmuszona przeciskać się przez jedną tylko połowę prawą miednicy i połowę w dodatku znacznie zwężoną,—jeżeli, powtarzam, rozważymy wszystkie te ewentualności, to, nic dziwnego, że dojdziemy do wniosku, iż poród naturalny, ew. urodzenie dziecka żywego w danym przypadku jest niemożliwe.

Rozwiązanie ciężarnej przy dziecku donoszem, według naszego przekonania, możliwe byłoby tylko zapomocą wymóżdżenia i bodaj niezbyt łatwego.

Tylko decydując się na wykonanie cięcia cesarskiego, można było mieć nadzieję, że się otrzyma donoszone dziecko żywe.

Lecz ciężarna ostatnią miesiączkę miała 11-go listopada; licząc od tej daty, poród powinien był nastąpić 18-go sierpnia, czyli, że chora przy wstąpieniu do szpitala [16-go czerwca] znajdowała się w 31-ym tygodniu ciąży. Wobec tego, czy nie lepiej byłoby poczekać jeszcze jeden lub dwa tygodnie i wtedy wywołać u niej poród przedwczesny, mając nadzieję, że przy popomocy tego zabiegu otrzyma się dziecko zdolne do życia?

Próba taka, naturalnie, byłaby możliwa i nawet, powiem, zachęcająca.

Nie zatrzymałem się jednak na niej dla dwu przyczyn: Po 1-sze, liczyć na to, że się otrzyma dziecię żywe [nawet w 32-im—34-ym tygodniu ciąży], nie wolno było, ponieważ nie wolno było mieć tej pewności, że przy tak znacznem jej zwężeniu główka, nawet 32-tygodniowego płodu, przecisnie się szczęśliwie przez kanał miednicy. Należy w tem miejscu przypomnieć sobie, że przy

zabiegu wtlaczania nie udało nam się wcisnąć główki dużym wymiarem do wchodu miednicy [właśc. prawej jej połowy].

To też z większym prawdopodobieństwem należało przypuścić, że główka zdołałaby się wstawić i nawet może cokolwiek opuścić, lecz nie starczyłoby sił na przeprowadzenie jej przez kanał porodowy; bole porodowe mogłyby osłabnąć, zjawilyby się wskazania do nałożenia kleszczy; zastosowanie jednak kleszcze w danym przypadku, niestety, byłoby połączone z wielkim niebezpieczeństwem, powiem więcej, byłoby prawie niemożliwe.

Ostatecznie, doszłoby, prawdopodobnie i w tym przypadku do wymóżdżenia żywego, czy też martwego płodu.

Po 2-gie. Co się tyczy samego zejścia dla ciężarnej, to różnorodne i niekiedy wielokrotne manipulacje, podejmowane w celu wywołania przedwczesnego porodu, następnie, możliwość potrzeby wykonania jeszcze jednej operacji dla ostatecznego rozwiązania ciężarnej, bez wszelkiej wątpliwości narażały jej zdrowie na daleko większe ryzyko, w porównaniu z tem, jakie bywa przy cięciu cesarskiem, jeżeli się je wykonywa w pomyślnych warunkach i w dobrze urządzonym szpitalu.

Wychodząc z tych wszystkich założeń, zaniechaliśmy myśli wywołania porodu przedwczesnego.

Ciężarna została wypisana 26-go czerwca do domu. Zalecono jej zapisać się znowu do szpitala w końcu lipca.

Po raz drugi przybyła ciężarna 14-go sierpnia.

Stan obecny. Bolów niema. Przy badaniu zewnętrznem: główka nad miednicą, łatwo się usuwa pod palcami (*ballotement*), leży ukośnie, odchylna ku prawemu grzebieniowi kości biodrowej.

Przy badaniu wewnętrznem: szyjka maciczna prawie zatarta, główki się nie dosięga.

15-go sierpnia o godz. 6-iej wiecz. rozpoczęły się lekkie bole, powoli bole się zwiększyły, o północy już stały się one częste i bardzo silne. Od godz. 6-iej zrana zaczęto przygotowywać chorą do cięcia brzuszego. Godz. 9-ta zrana: wody nie odeszły; ciepłota normalna, bole silne; badanie zewnętrzne wykazało: główka nad miednicą ruchoma; leży ukośnie tuż przy grzebieniu prawej kości biodrowej.

Rodząca na wszystko prosi o zrobienie jej operacji w ten sposób, aby już więcej w ciążę zajść nie mogła.

O p e r a c y a. Łaskawie asystują koledzy: przy chloroformie—MICHNIEWICZ; przy ranie—BUJAŁSKI i KAHN. Kiedy chora już zasnęła, przed samem rozcięciem brzucha zastrzyknięto jedną strzykawkę ergotyny firmy PARKE, DAVIS & Co. Cięcie wzdłuż linii białej zaczyna się na pięć palców poprzecznych powyżej pępka. Wydostanie macicy. Zamknięcie jamy brzusznej zapomocą kulociągów i serwetek. Uciskanie ręczne tętnic macicznych. Poprzeczne przecięcie dna macicy. Krwawienie bardzo nieznaczne. W ranie ukazały się pośladki. Dziecko wyjąłem za nóżkę i po przecięciu pępownicy oddałem akuszerce, która dość prędko pobudziła je do krzeku. Łożysko i błony wydobyto ręką. Skontrolowanie jamy macicy. Zaszycie jamy macicy. Na ranę macicy nało-

żyłem tylko jeden rząd szwów z jedwabiu, składający się ze szwów głębszych, przechodzących przez całą tkankę macicy do błony doczesnej i powierzchownych, które szczelnie spoily przecięte brzegi otrzewnej.

Następnie zostało dokonane wycięcie kawałków jajowodów — długości 4—5-u ctm. z każdej strony. Końce wolne rezekowanych jajowodów zostały wszyte w fałdy więzów szerokich. Opatrzanie jamy brzusznej. Zamknięcie ścian brzusznych szwami z jedwabiu w trzy piętra: 1) przechodzącymi przez całą grubość skóry, 2) przez powięź mięśni wraz z otrzewną i 3) powierzchownymi.

Operacja trwała 1 godzinę i 15 minut [wycięcie trąbek zajęło  $\frac{2}{3}$  czasu]. Chloroformu 30,0. Krwawienia podczas całej operacji nie było prawie żadnego. Noworodek—chłopiec—ważył 3100 grm. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Ciepłota stale niżej 37°. Zaznaczyć należy w okresie połogowym silne zwolnienie tętna: w dniu następnym po operacji 48, na 3-ci dzień 52, na 4-ty 56, w 5-ym 64. Karmić zaczęła położnica od dnia drugiego.

Część szwów zdjąłem 7-go, resztę 14-go dnia po operacji. *Prima intentio*. Chodzić zaczęła położnica w 4-ym tygodniu.

Wypisała się 6-go października. Przy wyjściu ze szpitala bałanie dało co następuje: macica dobrze skurczona, ruchoma, *in anteflexione-versione*, w okolicy rezekowanych trąbek żadnych nacieczeń; blizna brzuszna gładka.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

67. Frenkel [z Heiden w Szwajcaryi]. Leczenie władu rdzenia ze szczególnem uwzględnieniem gimnastyki (Uebungstherapie).

Mówiąc o leczeniu władu rdzenia, trudno jest nie poruszyć jego etyologii, a co zatem idzie, leczenia przyczynowego. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną władu rdzenia może być tylko syfilis, ale leczenie przeciw-syfilityczne, jak to wykazuje doświadczenie, jest zwykle wobec władu bezsilne. Niema w tem nic dziwnego, gdyż to leczenie bywa czasem również bezskuteczne wobec spraw mózgowo-rdzeniowych, uznanych za niewątpliwie syfilityczne (*meningitis cerebro-spin. luetica, myelitis* i t. p.). Pomimo to lekarz jest zupełnie usprawiedliwiony, jeżeli w chorobie tak ciężkiej, jaką jest wład rdzenia, zaleca leczenie swoiste zwłaszcza tam, gdzie ono nie było wcale stosowane, albo stosowane dawno i niedostatecznie. Z metod zaleca się obecnie wstrzykiwanie łatwo rozpuszczalnych soli rtęciowych, zwłaszcza *Hydr. salicyl.* [1 : 25 z dodatkiem *Natr. chlor.* 1]. W niektórych miejscowościach leczniczych np. w Wiesbadenie zalecane są wcierania szaruchy w bajecznie wielkich dawkach (20 grm. *pro die*). Należy wystrzegać się przesadnie wielkich dawek rtęci i zbyt częstego powtarzania kuracji, jak to nieraz się zdarza. To samo stosuje się do jodu. Wystarczy  $\frac{1}{2}$ —3-ch grm. *pro die*, zamiast proponowanych przez pewną „powagę“ 20 u grm. Traktowanie władu, jako cierpienia syfilitycznego jest, właściwie mówiąc, chybione. I schorzała tkanka, i naczyńia krwionośne w władzie przedstawiają zasadniczo inny obraz, niż



tkanki cierpień syfilitycznych układu nerwowego. W wiązdzie stosowane są także środki, mające działać bezpośrednio na sprawy destrukcyjne, właściwe tej chorobie, mianowicie srebro w postaci lapisu według znanej formuły ERBA (*Arg. nitr.* 1,0, *Ext. nuc. vom. spir.* 0,8, *Ext. Gen.* 4,0 na 100 pigulek, 3 razy po jednej], dalej *Sperminum* POEHL'a, wreszcie keratyna, zalecana przez ZYPKINA. Nie mamy dowodów na to, aby elektryczność leczyła wiązdz rdzenia, ponieważ jednak jest to metoda nieszkodliwa i zalecana przez wiarogodnych autorów, przeto ją stosujemy, mianowicie w postaci galwanizacji kręgosłupa [według metody ERBA]. Zato zupełnie już zarzucono niegdyś modną metodę zawieszania chorych [CHARCOT—MOCZUTKOWSKIEGO]. Leczenie kąpielowe cieszy się wielką wziętością u tabetyków, którzy zaludniają różne „bady“ [zwłaszcza Oeynhausena, Nauheim, Gastein, La Malou]. Wyniki stąd otrzymywane w ostatnich czasach są gorsze, niż dawniej, zapewne dlatego, że chorzy jednocześniej nie leczą się gimnastyką, co prowadzi do zmęczenia a co za tem idzie do pogorszenia. Nie o wiele szczęśliwszą jest hydroterapia, która u tabetyków ostatecznie sprowadza się do ciepłych kąpeli. Z powyższego wynika, że leczenie wiązdz rdzenia jest po prostu leczeniem objawowym, a więc leczeniem bólów, napadów (*crises*) i rozmaitych przypadków żołądkowo-kiszkowych oraz pęcherzowych, wypełniających długie nieraz życie tabetyka. Niejednokrotnie trzeba się tu uciekać do morfiny, której się FRENKEL nie obawia, ale radzi ją stosować z ostrożnością [o ile się da bez świadomości pacjenta, w małych dawkach i niezbyt często]. W ten sposób umożliwiamy chorym znośne życie. Większą część swej pracy poświęca FRENKEL leczeniu zaburzeń w koordynacji, właściwych wiązdz rdzenia.

Leczenie to, jak wiadomo, polega na stosowaniu ćwiczeń gimnastycznych, mających na celu przyuczenie chorego do prawidłowego wykonywania najpotrzebniejszych ruchów pod kontrolą wzroku i woli. Jest to tak zw. *Uebungstherapie*, wprowadzona w życie i udoskonalona przez autora. Szeroko rozpowszechniona, a stosowana przez wielu lekarzy niepowołanych i niedokładnie z nią obznajmionych, metoda ta w wielu razach nie tylko prowadzi do celu, ale wprost wywołuje pogorszenia. „Musi być znaczna liczba chorych, powiada FRENKEL, których stan się pogarsza z roku na rok po każdym nowym „kursie“ leczenia, jeżeli ja sam widuję takich chorych całymi tuzinami.“ Zapewne w celu sprostowania pewnych błędnych pojęć i wskazania pewnych trudności, następujących się przy stosowaniu swej metody, FRENKEL podaje na nowo<sup>1)</sup> główne jej zasady, których tu streszczam nie będziemy, ograniczając się do tych punktów, które właśnie są przedmiotem błędów.

Przyczyną zaburzeń w koordynacji jest mniejsza lub większa utrata zmysłu mięśniowego, który staramy się zastąpić przez silniejszą inercję mięśni [dokładne, powolne ruchy] i kontrolę zapomocą wzmożonej uwagi. Wszelkie zatem ćwiczenia, mające na celu wzmocnienie samych mięśni, jak powszechnie używane ćwiczenia bierne z oporem, nie mają żadnego zastosowania w leczeniu ataksji. Pierwszą zasadą w leczeniu tejże jest unikanie zmęczenia. W wyborze ćwiczeń trzeba mieć na względzie, aby one były celowe, łatwe, proste, przeprowadzane stopniowo według z góry ułożonego planu. Nie można się zado-

---

Z: sady leczenia wiązdz rdzenia wyłożył FRENKEL w pracy p. t.: „Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung.“ Lipsk. 1900. U nas STRÓŻEWSKI: „O leczeniu bozładu tabetycznego. Gaz. Lek. 1900 Nr 39 i Pam. Tow. Lek. 1898. Zosz. II.

(Przyp. spraw.)

walać o g ó ł n i k o w e m rozpoznaniem bezładny, należy w każdym danym przypadku uświadomić sobie jego stopień dla poszczególnych ruchów w każdej kończynie. Lekarz musi sobie naturalnie jasno zdawać sprawę ze wszystkich aktów ruchowych normalnego człowieka [chodzenie, stanie, siedzenie i t. d.]. Autor przywiązuje szczególną wagę do ćwiczeń na łóżku. Ćwiczenia powinny być przeplatane odpoczynkami, a zmęczenie kontrolowane przez badanie tętna. Dla ćwiczeń w chodzeniu chorzy bojaźliwsi powinni nakładać pas bezpieczeństwa. Nie wiadomi ataktycy, o ile mają zachowane dotykanie w rękach, mogą odbywać ćwiczenia, używając rąk do kontrolowania wszystkich ruchów. Wymaga to wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego. To samo da się powiedzieć o leczeniu bezładny rąk. Z natury rzeczy chodzi tu o większą precyzję ruchów, która jest trudną do osiągnięcia, zwłaszcza jeżeli czucie skórne jest zmniejszone, co się tu częściej zdarza, niż w atakcyi kończyn dolnych.

Wyżej było powiedziane, że dla leczenia zaburzeń ruchowych potrzebną jest znajomość wszystkich praw normalnego ruchu ciała. Praw tych nie można się nauczyć z tyle rozpowszechnionych w podręcznikach momentalnych zdjęć fotograficznych. Chodzenie prawidłowe, t. j. nie narażające na upadek, polega na nieustannem zachowaniu stałej równowagi ciała. Aby tego dopiąć, człowiek normalny musi nie tylko automatycznie postępować według praw mechaniki, ale w razie uchylenia się od tych praw—co się zdarza na każdym kroku—musi sobie radzić przez natychmiastowy skurcz odpowiednich mięśni, aby uniknąć upadku. Lekarz uczący tabetyka chodzenia, musi mieć to na względzie, t. j. musi go uczyć nie tylko teoretycznego, ale i praktycznego chodzenia.

Między powikłaniami, zaciemniającymi kliniczny obraz bezładny, na szczególniejszą uwagę zasługuje zmniejszenie napięcia mięśniowego (*hypotonia*), polegające na wydłużeniu mięśni i powodujące nienormalne położenie stawów. Nie należy go utożsamiać z wiotkością mięśni, gdyż *hypotonia* zdarza się nawet przy jędrnej muskulaturze i nie stoi w żadnym związku z ciężkością bezładny. Hipotonia wywołuje niekiedy stopę szpotawą (*Klumpfuss*) i kolano w tył przegięte (*genu recurvatum*) i to bez najmniejszych śladów artropatii. Nie można wtedy myśleć o leczeniu bezładny bez uprzedniego leczenia ortopedycznego, które nieraz daje w tych wypadkach dobre wyniki. Duża hipotonia przy małym nawet bezładzie uniemożliwia nieraz leczenie jego, jak to zdarzyło się w jednym przypadku, spostrzeganym przez autora [kolosalna hipotonia w muskulaturze kolana jednej kończyny, bardzo mały bezład; zupełna bezskuteczność leczenia gimnastyką. Przyczyna bezskuteczności ujawniła się dopiero po stwierdzeniu tej jednostronnej hipotonii].

(*Ergebnisse der inner. Medicin u. Kinderheilk.* 1908, t. I, str. 518—525).

A. Puławski.

### 68. J. M. Jackson i L. G. Mead [Boston]. Leczenie choroby Basedow'a bromkiem chininy <sup>1)</sup>.

Autorzy podają treściwy przegląd spostrzeganych przez siebie 85-u przypadków choroby Basedow'a, które zresztą nie przedstawiały nic szczególnego, ale praca ich zasługuje na uwagę ze względu na proponowany przez nich i systematycznie przeprowadzony sposób leczenia.

Leczenie polegało na podawaniu bromku chininy [soli obojętnej formuły  $C_{20}H_{24}N_2O_2HBr + H_2O$ ], 3 razy dziennie po 0,30 grm. Już po je-

<sup>1)</sup> Właściwy tytuł brzmi: *Some clinical observations on the diagnosis and treatment of exophthalmic goiter.*

dnym lub dwu tygodniach tętno staje się rzadszem, zmniejsza się gruczoł tarczowy, jak również poty i drżenie. Leczenie prowadzimy dotąd, dopóki nie znikną wszystkie objawy, na co potrzeba zwykle 4-ch miesięcy. Nawet po usunięciu wszystkich objawów choroby przyjmują dalej bromek chininy, ale w mniejszych dawkach [3 razy na tydzień po 0,30], tylko w razie pogorszenia wracają na jakiś czas do dawek pierwotnych. Z objawów najprędzej znikają tachycardia, później poty, wole, a na samym końcu dopiero wytrzeszcz (*exophthalmus*) i drżenie. Nie spostrzegano żadnego ubocznego działania, prócz szumu w uszach. Autorzy nie kuszą się nawet o wytłómaczenie, w jaki sposób działa w tych przypadkach polecono przez nich środek [pośrednio na krążące we krwi toksyny, na serce, czy na skurcz naczyń?], ale wypróbowali go w 85-u przypadkach w przeciągu 8-u lat. Trzy przypadki spostrzegano w przeciągu 8-u lat, 22—w ciągu 2—5 lat. Od 29 u chorych, którzy rozpoczęli leczenie i wyjechali z danej miejscowości, autorzy otrzymywali relacje piśmienne. Z pomiędzy 85-u spostrzeganych przypadków 3 zakończyły się śmiercią: jeden był przywieziony do szpitala w stanie beznadziejnym [tylko 220, znaczne rozszerzenie serca, ogólne wyniszczenie], dwa pozostałe zmarły w czasie późniejszym po względnej poprawie.

Cały materiał obserwacyjny składał się przeważnie z kobiet [80].

Z 29-u chorych, o których miano wiadomości listowne, 2 zmarło, 20 uważa się za zdrowych, 7 niewyleczonych.

Z pozostałych 56-u—u 42-u otrzymano zupełne wyleczenie [od 2-u lat żadnych objawów], w 7-u przypadkach zdarzały się nawroty, w 6-u przypadkach nie było polepszenia. Wśród wyleczonych 14 kobiet przechodziło ciążę bez żadnych złych następstw, chociaż podczas ciąży miały się one gorzej. W jednym przypadku, w którym chinina sprawiła tylko czasowe polepszenie, prof. Mikulicz w r. 1902 wykonał częściowe wycięcie gruczołu tarczowego. Wynik był pomyślny, ale po 6-u miesiącach powróciły wszystkie objawy. Wtedy bromek chininy w krótkim czasie chorą wyleczył.

Oprócz podawania chininy stosowano zwykle leczenie: odpoczynek, dietę, pielęgnowanie żołądka, kiszek i skóry. [Nie wspomniano o elektryzacji. Pr z y p. s p r a w o z d.].

Nic dziwnego, że autorzy, mając tak dobre wyniki ze swego leczenia [70%], nie są zwolennikami interwencji chirurgicznej, uważając ją za wskazaną albo w przypadkach, nie poddających się innemu leczeniu, albo tam, gdzie gruczoł tarczowy wywołuje objawy ucisku.

(*Publications of the Massachusetts Gener. Hospit. Boston. 1908. T. II, str. 306—317.*)  
A. Puławski.

## 69. L. W. Weber [Getynga]. Leczenie pijaństwa. Wykład kliniczny.

Współczesny ruch abstynencki posiada między innymi tę dobrą stronę, że wpoił w szerokie masy przekonanie, iż pijaństwo jest chorobą, którą należy leczyć. Ułatwia to z jednej strony zadanie lekarza w leczeniu alkoholizmu, z drugiej zaś strony [co jest jeszcze ważniejsze] daje mu możliwość skutecznego zapobiegania samej chorobie.

Zapobieganie pijaństwu daje się skutecznie przeprowadzić zarówno u dzieci i młodzieży normalnej, jak i obciążonej dziedzicznie oraz u tych ludzi, którzy nabrali usposobienia do pijaństwa wskutek szkodliwości zewnętrznych.

Ostatnie zdobycze fizjologii co do roli alkoholu w przemianie materii przekonały nas dostatecznie o tem, że nie możemy wyczekiwać od niego żadnego wzmacniającego działania na wzrost młodych organizmów, że zastąpienie białka i tłuszczów przez alkohol i płynące stąd za-

oszczędzenie białka okupuje się przez zatrucie ośrodkowego układu nerwowego. Tak ulubione przedtem leczenie źle odżywianych, anemicznych i gorączkujący niemowląt i dzieci zapomocą wina [Tokaj], uważa się obecnie za błąd fachowy (*Kunstfehler*).

Lekarz domowy powinien wszelkimi siłami bronić dzieci i młodzież od używania nawet najmniejszych ilości alkoholu nie tyle z obawy jednorazowego zatrucia, ile z obawy, żeby się nie wytworzyło przyzwyczajenie do tej trucizny. Wstrzeźliwość nie wytwarza nietolerancji, niema więc potrzeby przyzwyczajać dzieci do alkoholu z tej racji, że będą musiały kiedyś się z nim w życiu spotkać i nie będą go w stanie znieść. Tym większy nacisk na absolutną wstrzeźliwość od alkoholu należy położyć na osobników dziecinnie obciążonych lub zwyrodniałych.

Bacząc na to, że usposobienie do alkoholizmu wytwarza się nieraz sztucznie przez podawanie trunków w różnych cierpieniach [niedokrwistość, gruźlica, choroby zakaźne], należy być bardzo ostrożnym w leczniczych wskazaniach co do użycia alkoholu, ograniczając stosowanie tegoż do niewielu grup chorobnych [ostre osłabienie serca, choroby zakaźne, upadek sił, bezsenność]. We wszelkich cierpieniach przewlekłych, lecz uleczalnych alkohol należy zastąpić przez środki sercowe, odżywcze, wzmacniające trawienie lub narkotyczne. Nawet stara maksyma *vinum — lac senium* [wino jest mlekiem starców] w powyższem oświetleniu może mieć tylko bardzo ograniczone zastosowanie.

Te krótkie wskazówki powinien mieć na uwadze lekarz domowy, jeżeli nie chce ściągnąć na siebie zarzutu, że z własnej winy wyrabia wśród swojej klienteli usposobienie do alkoholizmu.

Samo leczenie pijaństwa ma dwa zadania: 1) chory musi być doprowadzony do dobrowolnej abstynencji, t. j. powinien się tak odzwyczaić od używania trunków, żeby mógł się zupełnie bez nich obywać; 2) należy leczyć i wyleczyć wszelkie zaburzenia fizyczne i psychiczne, spowodowane przez przewlekłe zatrucie alkoholem.

Nawet w najcięższych przypadkach dwa te zadania mogą być pomyślnie wypełnione, ale tylko z tem zastrzeżeniem, że leczenie będzie się odbywało w odpowiednim zakładzie. Domowe leczenie alkoholizmu [nie w zakładzie] jest tylko stratą czasu i pieniędzy. Lekarz domowy jednak powinien być obeznany z leczeniem zakładowem dlatego, żeby mógł przeprowadzać podobne leczenie w domu w przypadkach lżejszych oraz nadzorować rekonwalescentów, którzy odbyli kurację w zakładzie. O tem, kiedy należy oddawać do zakładu ludzi nadużywających trunków, decyduje nie ilość używanego przez nich alkoholu, lecz pojawienie się pewnych wyraźnych zaburzeń psychicznych, powstających na tle alkoholizmu. Mamy na myśli nie te wyraźne psychozy (*delirium tremens*, *paranoia*, psychoza KORSAKOWA), których rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności i ktore bez żadnej kwestyi wymagają zamknięcia chorego w zakładzie. Tu chodzi o te nieznaczne stosunkowo zmiany psychiczne [ogólne osłabienie władz umysłowych], które dla nieznanicy nie mają jeszcze charakteru choroby umysłowej, a przez to nie zmuszają otoczenia do umieszczenia chorego w zakładzie, przynosząc wielką nieraz szkodę choremu i jego otoczeniu.

Rozpoznanie tych zmian niezawsze jest łatwe, a w każdym razie niezawsze możliwe po jednorazowem zbadaniu, trzeba bowiem znać dobrze poprzedni stan chorego, warunki jego życia i otoczenia. W wyborze zakładu trzeba się kierować wyżej wymienionemi zadaniami leczenia alkoholizmu. Spełnienie tych zadań jest możliwe albo w specjalnych zakładach dla alko-

holików, albo po prostu w zakładach dla chorych umysłowych. W żadnym razie nie nadają się do tego otwarte zakłady dla chorych nerwowych, ani też t. zw. zakłady hydropatyczne <sup>1)</sup>.

Pierwsze zadanie leczenia—absolutne odsunięcie od chorego alkoholu we wszelkiej jego postaci—nie przedstawia żadnej trudności w dobrze urządzonej zakładzie i może być zastosowane o r a z u nawet w najcięższych przypadkach alkoholizmu. Objawy towarzyszące usuwaniu alkoholu (*Abstinenzerscheinungen*) są bez porównania słabsze, niż te, jakie widzimy przy usuwaniu morfiu. Objawy bredzenia (*delirium*) zdarzają się tak rzadko, że nie mogą być brane w rachubę i nie powinny wpływać na postępowanie z alkoholikami [t. j. nie należy wracać do alkoholu].

W zakładzie, przy ciągłej kontroli stanu chorego co do serca, nerek i psychiki, można się nawet obejść bez powszechnie używanych w zwalczaniu alkoholizmu leków [zastrzykiwania atropiny na przemian ze strychniną, narkotyków, hipnozy]. Zato działać tu będą inne czynniki, jak osobisty wpływ lekarza, przykład innych chorych [nieużywających także alkoholu] i całego otoczenia, wreszcie odpowiednia dyeta [owoce, napoje kwaskowate, brak ostrych przypraw, pobudzających pragnienie i t. d.]. Nawet, gdyby zjawilo się *delirium*, nie należy uciekać się do alkoholu, chyba gdyby chorzy dostali jakiej choroby gorączkowej zakaźnej [zapalenie płuc]. Dla uspokojenia wystarczy długotrwała ciepła kąpiel, *Paraldehyd* [lepiej niż chloral], *Veronal*, wreszcie *Duboisinum* [0,0025 na zastrzyknięcie]; w razie upadku działalności serca—naparstnica, strofant i kamfora. Jako napój, można polecić *Natrium acetikum* w roztworze [1% -ym z syropem], który działa moczopędnie. Jednocześnie leczymy zaburzenia w trawieniu oraz objawy nerwowe według zwykłych zasad.

Gdy już przeminą wszelkie ostre objawy alkoholizmu i powikłania tegoż, zacznie się najtrudniejszy okres leczenia: przyzwyczajenie do wstrzemięźliwości. Na to potrzeba właśnie rocznego przynajmniej pobytu w zakładzie. Jest to szkopuł, o który się rozbija zwykle całe leczenie, gdyż alkoholicy radzi są jak najprędzej zakład opuścić, obiecując zupełną poprawę... aby przy pierwszej lepszej okazji powrócić do dawnego nałogu. Należy wpływać na rodzinę i otoczenie chorego, aby się starała jak najdłużej chorego w zakładzie utrzymać. Całe dalsze leczenie polega właśnie na tem, aby chorego, utwierdzić w jego wstrzemięźliwości przez odpowiedni tryb życia [praca fizyczna], wpływ lekarza i otoczenia. Stopniowo można zwalniać kontrolę, pozwalając na wydalanie się z zakładu, ale nie tracić go z oczu i w razie przekroczeń z jego strony [co do wstrzemięźliwości], odpowiednio zmieniać postępowanie.

Nawet po dłuższym pobycie w zakładzie chory powinien mieć surowo wzbronione użycie alkoholu—każda kropla tegoż może być dla niego zgubą. Wielką pomocą mogą być w tych razach towarzystwa wstrzemięźliwości, do których należy takich ex-alkoholików kierować.

W zwalczaniu alkoholizmu ważną rolę odgrywają urządzenia społeczne i państwowe, jak np. usuwanie dawnych alkoholików od przemysłu alkoholowego, polepszenie bytu i mieszkań klas pracujących, zakładanie miejsc dla

<sup>1)</sup> Autor miał na myśli niemieckie zakłady, w których dotychczas jeszcze alkohol (zwłaszcza piwo) panuje w całej pełni (na co zwracał uwagę MÖBIUS). Zupełne usunięcie alkoholu (nawet piwa) z zakładów leczniczych nie tylko jest możliwe, ale daje jak najlepsze wyniki w leczeniu chorych nerwowych, wśród których nierzadko trafiają się względni, t. j. początkujący alkoholicy. Nawet cięższe postaci alkoholizmu dają się w takich zakładach leczyć, jak o tem miałem wielokrotnie sposobność przekonać się w Nałęczowie. Naturalnie, że cięższe przypadki alkoholizmu wymagają leczenia w zakładach zamkniętych, jakich dotychczas nie posiadamy.

godziwych rozrywek bez przymusu używania alkoholu (*Alkoholzwang*) i t. d. Dążenia do tych reform nie mogą i nie powinny odbywać się bez współudziału lekarzy.

(*Deut. med. Woch.* 1909, Nr. 7).

A. Puławski.

## Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 21-go do 27-go marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 74-ch chorych, donkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, odrą 3, szkarlatyną 4, różą 7, tyfusem plamistym 29, tyfusem brzuszny 14, gorączką powrotną 8, błonicą i krupem 4.

W tymże okresie czasu zmarło: na ospę 2, na tyfus plamisty 4, tyfus brzuszny 2 i gorączkę powrotną 1.

— Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie odbył dnia 12-go marca pod przewodnictwem JANA hr. POTOCKIEGO zwyczajne posiedzenie, na którym sekretarz dr ZANIETOWSKI zdał sprawę z przygotowań do II Zjazdu balneologicznego, odbyć się mającego w Krakowie dnia 23-go i 24-go kwietnia, oraz przedłożył listę zgłoszonych na jego ręce odczytów i referatów.

Wydział postanowił za uprzejmem pośrednictwem prasy przypomnieć, że na mocy § 6, regulaminu dla Zjazdów balneologicznych udział brać w nim mogą na podstawie zaproszenia imiennego: lekarze, właściciele, dzierżawcy i zarządcy zakładów zdrojowych i klimatycznych, kierownicy przedsiębiorstw w zdrojowiskach, osoby, pracujące na polach naukowych, mających związek z balneologią, wreszcie przedstawiciele tych gałęzi przemysłu, które mają praktyczne znaczenie dla przemysłu zdrojowego.

Zgłoszenia dalsze przyjmuje oraz informacyi udziela Sekretarz dr ZANIETOWSKI [Kraków, Batorego 1].

— Wyszedł z druku zeszyt podwójny „Odczytów Klinicznych“ [Nr. 208, 209, seryi XVIII] p. t. „O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacji w kamicy nerkowej niepowikłanej“, napisany przez dra J. SKŁODOWSKIEGO. Cena odczytu kop. 60.

— Główny urząd do spraw lekarskich zażądał w końcu roku ubiegłego opinii od wydziałów lekarskich, instytutów lekarskich żeńskich i od Akademii medyko-chirurgicznej w sprawie zaprowadzenia w Rosyi obowiązkowego szczepienia ospy. Na zasadzie otrzymanych odpowiedzi opracowano odnośny projekt prawa. Obecnie w Radzie lekarskiej ministerjum spraw wewnętrznych utworzono specjalną komisję pod przewodnictwem prof. CZJOPINA, mającą za zadanie rozpatrzenie i bliższe opracowanie tego projektu. W ostatnich czasach pisma codzienne podały wiadomość, że na rozesłane w tej sprawie zapytania, władze administracyjne gubernialne nadesłały odpowiedzi przeważnie nieprzychylnie i że zapewne z tego powodu i tym razem cały projekt zostanie pogrzebany.

— W Moskwie w jednym ze szpitali miejskich ogólnych stwierdzono kilka przypadków ospy naturalnej, wśród personelu szpitalnego. Zachorowała, mianowicie, felczerka, służąca aptekarza i kuzynka jednej pielęgniarki. Zanotowano również 3 przypadki ospy naturalnej u chorych.

— Najwyższa Rada w Wiedniu uchwaliła na wniosek prof. ŁUKASIEWICZA utworzenie zakładów krowiankowych we wszystkich miastach uniwersyteckich w Austrii. Zakłady te mają podlegać wprost ministerjum.