

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym w ogóle. Podał Dr. W. Bruner. Cięża w macicy podwójnej. Podał dr. Tomasz Solman. (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** 23. O stosowaniu prądu stałego do badania wydzielin. 24. Epidemia drgawek historycznych w szkole wiejskiej. 25. Cierpienie gnilecwo u ssawców dotkniętych krzywicą. Choroba Barlowa. 26. O powikłaniu dusznicy oskrzelowej i gruźlicy płuc. 27. O leczeniu zapomocą tuberkuliny świnek morskich zarażonych gruźlicą.—**Wykłady kliniczne.** II. Loehlein. W sprawie rozpoznawania i leczenia raka macicy. Streścił A. Winawer.—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie d. 31 Stycznia 1893 r.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ SZPITALNEJ.

Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym w ogóle.

Podał

D-r. Władysław Bruner,
ordynator kliniki.

Józefa D., 23 lat wieku licząca, przybyła do szpitala Dz. Jezus w dniu 8 Stycznia 1892 r. Następnego dnia widziałem chorą po raz pierwszy. Chora skarży się na bóle kłujące w boku prawym, duszność, kaszel suchy i męczący, na dreszcze, brak łaknienia, biegunkę i upadek sił.

Przed rokiem przechodziła zapalenie płuc prawostronne, w dzieciństwie chorowała na ospę i na odrę. Trawienie zawsze prawidłowe. Peryod pokazał się w 14 roku życia. Rodziła szczęśliwie 4 razy. Nadużyć nie było żadnych. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przed tygodniem chora podczas peryodu, pomimo zmęczenia znacznego, spowodowanego zajęciami przedświątecznymi, udała się dość lekko odziana do kościoła podczas silnego mrozu. W kościele przeziębła i następnego dnia czuła się nie dobrze i pozostała w łóżku. Pojawiły się gwałtowne dreszcze, ból głowy, pragnienie, biegunka nieznaczna. Trzeciego dnia choroby przyłączyło się kłucie w boku prawym, duszność i kaszel suchy. Chora kilkakrotnie zażywała olejek rycinowy, stosowała bańki i t. p. Ponieważ objawy nie ustępowały i upadek sił coraz się wzmacniał, zapisała się do szpitala. Przy badaniu znaleziono: chora zbudowana prawidłowo, odżywiona dobrze, skóra sprężysta, sucha, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość dość znaczna. Chora leży na boku prawym, twierdząc, że to najdogodniejsze dla niej położenie. Uderza silne zaczerwienienie prawego policzka; ciepłota 38,6, tętno 124 małe, miękkie, ilość oddechów 44. Klatka piersiowa rozwinięta dobrze, prawa jej połowa bardziej jest wypukłona niż lewa i przyjmuje nieznaczny tylko udział przy ruchach oddechowych. Skrzydła nosa falują. Kaszel suchy, płwocina śluzowa. Drżenie głosowe (*fremitus pectoralis*) ze strony prawej, od $\frac{1}{2}$ łopatkki, znacznie osłabione, i poniżej dolnego jej kąta, zniesione. Przy opukiwaniu, ze strony lewej otrzymujemy od przodu i od tyłu wyniki

prawidłowe, ze strony zaś prawej od tyłu na wysokości $\frac{1}{2}$ łopatki odgłos staje się tępy; od przodu na linii sutkowej, tępość zaczyna się na 5 żebrze, na pachowej środkowej, pod 6 żebrem. Poruszalność fizyologiczna granic ze strony prawej zniesiona, z lewej zachowana. Przy wysłuchiowaniu, na miejscu tępości oddech pęcherzykowy bardzo osłabiony i przy kaszlu trochę trzeszczeń. Bezpośrednio po nad tępością słyszymy oddech oskrzelowy, powyżej zaś pęcherzykowy. Ze strony lewej na całej przestrzeni oddech pęcherzykowy z wydechem wydłużonym. Plwocina śluzowa, pod mikroskopem widać ciała ropne, nabłonki z jamy ustnej i drobnoustroje. Granice serca prawidłowe, tony czyste, lecz słabe. Brzuch nieznacznie wzdęty, niebolesny. Przy opukiwaniu, odgłos tympaniczny wysoki. Wątroba opuszczona ku dołowi, wystaje na 2 palce z pod łuku żeber. Śledziona nie wyczuwa się. Język obłożony, podsycha, brak łaknienia; wypróżnienia 3–4 razy dziennie, wodniste. Oddawanie stolca niebolesne. Mocz nasycony, z dużą ilością moczanów, o ciężarze właściwym 1022, białka i cukru nie zawiera. Odczyn na indykan występuje wyraźnie. Ilość mocznika 38 grm. na dobę, chlorków 7,6.

Wynik badania przedmiotowego i podmiotowego, łącznie z wywiadami, wskazywał, że mamy do czynienia z zapaleniem opłucnej wysiękowem, prawdopodobnie w następstwie przebytego w domu zapalenia płuc. Na przekłucie próbne, w celu przekonania się o charakterze wysięku, chora stanowczo nie zgodziła się.

Przez następne 3 dni ciepłota rano wynosiła 37,5 – 37,8, wieczorem 38,4 do 38,8. Tętno od 120 do 140. Objawy fizyczne bez zmiany; stan ogólny coraz gorszy.

Czwartego dnia pobytu w szpitalu ehora dostała dreszczów gwałtownych, ciepłota podniosła się do 39,8, tętno 140. Stan płuc bez zmiany. Brzuch nie wzdęty, rozwolnienie silniejsze. Przekłucie próbne, wykonane na linii pachowej środkowej między 6 i 7 żebrem, wykazało obecność ropy, w której pod mikroskopem nic szczególnego nie wykryto.

Chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny i następnego dnia przystąpiono do operacji. Przed operacją raz jeszcze wykonano przekłucie próbne w tem co i poprzednio miejscu, lecz ropy nie otrzymano; przekłucie powtórne, dokonane w tejże przestrzeni międzyżebrowej, lecz więcej ku tyłowi, na linii pachowej tylnej wykazało obecność ropy. Po wyrezekowaniu 8 żebra wylała się bardzo duża ilość ropy cuchnącej i wystąpił groźny upadek sił, który jednak ustąpił po zastosowaniu środków pobudzających. Wieczorem tegoż dnia chora czuła się niedobrze. Ciepłota 38,2. Tętno 140, słabe.

Przez następne trzy dni ropy wydzielano się nie bardzo dużo; ciepłota nie przekraczała wieczorem 38,4; łaknienie poprawiło się. Następnego dnia (19 Stycznia) wystąpiły uporczywe wymioty. C. 37,2, T. 136. Upadek sił coraz większy. Wymioty powtarzały się ciągle i chora wśród objawów coraz powiększającej się zapaści w d. 21 Stycznia zmarła.

Ogledziny pośmiertne zwłok, dokonane łaskawie przez prosektora Przewoskiego, wykazały stan następujący: Trup kobiety średniego wzrostu. Mięśnie dobrze rozwinięte; tkanki tłuszczowej podskórnej ilość nieznaczna. Na klatce piersiowej, ze strony prawej, na wysokości 8 żebra, rana cięta chirurgiczna z wypiłowaniem części 8 żebra.

Po otwarciu klatki piersiowej i jamy brzusznej zauważono, że prawe płuco odcisnięte jest ku górze przez przeponę, zrośniętą z opłucną za pomocą luźnych zrostów. Najwyższy punkt przepony ze strony prawej odpowiada

brzegowi dolnemu trzeciego żebra. Wspomniana wyżej rana przenika przez przeponę do jamy otrzewnej.

Płuco lewe nie przyrośnięte, trzeszczy, stwardnień żadnych zauważyć nie można. Powierzchnia rozkroju biała. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona i pokryta niewielką ilością lepkiego śluzu.

Płuco prawe. Powierzchnia jego zewnętrzna przyrośnięta za pomocą błon rzekomych do przepony. Płuco znacznie zmniejszone w objętości, uciśnięte. Powierzchnia rozkroju nie nieprawidłowego nie przedstawia. W jamie opłucnej płynu nie ma. Opłucna zmętniała. Serce prawidłowe. W otworach i na zastawkach zmian żadnych nie zauważono.

W jamie brzusznej dość dużo zawartości ropnej, zmieszanej z masami kałowymi. Listki otrzewnej i pętlice kiszki posklejane; w wielu miejscach utworzyły się otorbione ogniska ropne, a w niektórych z nich, prócz ropnej, i zawartość kałowa. Takież ognisko zauważyć się dało około kiszki ślepej, skąd ciągnie się ono ku górze, wzdłuż kiszki grubej wstępującej, aż do górnej powierzchni wątroby. Między tylną górną częścią wątroby i przeponą, duża jama, wypełniona ropą w ilości mniej więcej 1 1/2 litra. Między wątrobą i ścianą brzuszną liczne zrosty. Wątroba opuszczona ku dołowi. W kiszce ślepej błona śluzowa zaczerwieniona, kiszka ślepa wypełniona znaczną ilością zawartości krwawo-posokowatej. Na przedniej jej powierzchni dziura, za życia powstała. Błona śluzowa kiszki cienkiej i grubej zaczerwieniona i pokryta śluzem. Żołądek, śledziona i nerki prawidłowe.

Badanie pośmiertne wykryło więc: zapalenie kiszki ślepej z owrzodzeniem (*typhlitis stercoralis cum exulceratione*), ropne zapalenie otrzewnej (*peritonitis purulenta diffusa*) i ropień podprzeponowy (*pyothorax subphrenicus*), który za życia dawał objawy zapalenia opłucnej.

Korzystając z tego przypadku, zanim przejdę do jego omówienia epikrytycznego, podam słów kilka o stosunkowo rzadkich cierpieniach podprzeponowych, ropniu i otoku ropnopowietrznym (*pyothorax et pyopneumothorax subphrenicus*).

Pod nazwą tą pojmuwaćby można każdy mniej lub więcej ograniczony wysięk ropny lub ropnopowietrzny w jamie brzusznej, klinicznie jednak miano to nadajemy tym tylko ropniom gazowym lub gazów nie zawierającym, które siedlisko swoje mają bezpośrednio pod przeponą, stanowiącą w razach tych górną ich granicę.

Pierwszy BARLOW w 1844 r. podał przypadek otoku ropnogazowego, podprzeponowego, rozpoznał go za życia, wskazał jego przyczynę, a badanie pośmiertne rozpoznanie potwierdziło. Przypadek dotyczył 39 letniej kobiety, dotkniętej cierpieniem żołądkowym, u której nagle wystąpiły bóle gwałtowne w boku lewym i duszność. Fizycznie, były objawy odmy piersiowej. Rozpoznanie zrobiono na zasadzie wywiadów. Wkrótce później ukazał się przypadek WILLIAMSA w 1845 r., a dopiero w 1854 WINTRICH, cytowany niesłusznie przez LEYDENA, SCHEURLENA i innych, jako pierwszy, który zwrócił uwagę na to cierpienie i na jego trudności rozpoznawcze, podaje w VIRCHOW'a Patologii i Terapii przypadek otoku ropnopowietrznego podprzeponowego, wywołanego przez wrzód żołądka i rozpoznanego dopiero na stole sekcyjnym, a za życia przyjętego, jak to najczęściej bywa, za odmę piersiową.

Szereg następnych przypadków (PFUHL, SÄNGER, BERNHEIM, EISENLOHR). rozpoznanych przeważnie po śmierci, mało rzucił światła na to cierpienie. Zasługa zwrócenia nań uwagi baczniejszej, wyodrębnienia w postać oddzielną,

wskazania ściślejszych danych, dopomagających rozpoznaniu, należy się bezwarunkowo LEYDENOWI, który w 1880 r. w I tomie *Zeit. für. klin. Med.* wystąpił z obszerną pracą o otoku ropnopowietrznym podprzeponowym.

Następne prace (STARKE, PÄTSCH, HERRLICH, SCHEURLÉN i inni) potwierdzają po części podane przez LEYDEN'a objawy i wskazują wyraźnie, z jakimi się spotykamy trudnościami przy rozpoznawaniu omawianej sprawy patologicznej.

Ropień i otok ropnopowietrzny podprzeponowy powstają prawie wyłącznie na gruncie spraw, powodujących przedostanie się ropy lub zawartości przewodu pokarmowego wraz z gazami do jamy brzusznej. Mogą one zatem powstawać przy ropniu wątroby i śledziony, bąblowcu i kamieniach żółciowych, przy zapaleniach okołonerkowych i okołokątniczych, przy wrzodzie i raku żołądka, przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i t. p.

MATLAKOWSKI opisał przypadek ropnia podprzeponowego, gdzie ropień ów powstał pierwotnie, jako ropień gruźliczy po urazie (*peritonitis tuberculosa saccata*). Przypadek ten dowodzi, że sprawa ta powstać może i pierwotnie, a nie wyłącznie wtórnie, jak mówi LEYDEN, i czyni wyodrębnienie jej w oddzielną postać kliniczną i z punktu widzenia anatomopatologicznego zupełnie usprawiedliwionem. Sposób wytworzenia się ropnia jest różny względnie do przyczyny wywołującej. Zazwyczaj już przed wylaniem się ropy lub zawartości istnieje ograniczone zlepane zapalenie otrzewnej, które nie pozwala na rozlanie się ropy i zapobiega w ten sposób powstaniu ostrego, rozlanego zapalenia otrzewnej. W innych znowu razach zawartość ropna lub ropnopowietrzna unosi się ku górze aż do przepony, wywołuje tu zapalenie zlepane i w tak otorbionem ognisku rozwija się coraz powiększający się ropień lub otok ropnopowietrzny. Na uwagę szczególną zasługuje sposób powstania tych ropni przy zapaleniu i przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Według SÄNGER'a, ropa przenosi się tu drogą szerzenia się zapalenia na tkankę pozaotrzewną aż do przepony, według zaś LEYDEN'a, zawartość kiszek i produkty zapalne bezpośrednio przenoszą się na powierzchnię wątroby, dzięki szybko rozwijającemu się meteoryzmowi. Nie ulega kwestyi, że ropień jedną i drugą drogą powstać może. Jeżeli otwór w wyrostku robaczkowym szybko się zasklepi, a zawartość dostała się drogą opisaną przez LEYDEN'a pod przeponę, wówczas powstałe pod nią ognisko ropne lub ropnopowietrzne pozornie nie ma żadnego związku z przyczyną je wywołującą.

Otok ropnopowietrzny powstaje najczęściej w ten sposób, że gazy wraz z zawartością z kiszek lub żołądka do jamy brzusznej się dostają, i z czasem ilość ich, dzięki obecności bakteryi gnilnych, z tegoż źródła się przedostających, coraz bardziej się powiększa. W innych znowu razach powietrze przedostaje się wtórnie, z powodu utworzenia się takiego ogniska podprzeponowego do płuca, do oskrzela; wreszcie, na co nie wszyscy się zgadzają, przez patologicznie zmienioną ścianę кишки, lecz w ciągłości swej nienaruszoną, mogą się przedostawać bakterye, powodujące wytwarzanie się gazów w zawartości ropnej (SENATOR). Zdarza się niekiedy, że gaz lub powietrze mogą się wessać i ognisko powietrzne na bezpowietrzne się zamienia.

Wszystkie ropnie podprzeponowe podzielić można na zewnątrz i wewnątrz otrzewnowe (*retro et intraperitoneales*), przyczem drugie powstają najczęściej ze spraw zapalnych okołonerkowych, rzadziej przy zapaleniu кишки ślepej i wyrostka robaczkowego, gdy sprawa szerzy się przez tkankę pozaotrzewną.

W ten lub inny sposób powstały ropień lub otok ropnopowietrzny zazwyczaj coraz bardziej się powiększa, unosi przeponę ku górze i wciska się w odpowiednią stronę klatki piersiowej, mniej lub więcej znacznie odpychając ku dołowi narządy sąsiadujące: wątrobę i śledzionę. Ten wzrost ropnia ku górze, gdzie ze strony przepony oporu silnego spodziewałyby się należało, tłumaczy się, według HERRLICHĄ, osłabieniem, porażeniem jej pod wpływem ropnego lub rozkładającego się wysięku. W 2 przypadkach, gdzie po otwarciu ropnia można było obserwować przeponę, zauważono, że nie przyjmowała ona udziału żadnego przy ruchach oddechowych ani przed, ani po wypuszczeniu ropy. Porażona przepona nie może stawiać więcej oporu, ropień coraz bardziej w klatkę piersiową się wciska, czemu dopomagają jeszcze aspiracyjnie działające ruchy wdechowe.

Mniej prawdopodobnem jest objaśnienie LEYDEN'a, który podniesienie się przepony tłumaczy w ten sposób, że z powodu obecności zawartości ropnej lub ropnopowietrznej między wątrobą i przeponą, ta ostatnia przy skurczach swych napotyka na opór duży, następnie przy wrażliwości swej nie kurczy się i pociągana jest ku górze działaniem płuca.

Zawartość ropnia przeważnie jest posokowata, a gazy cuchnące. Posokowatą zawsze jest przy ropniach i otoku, powstałych z przedziurawienia żołądka lub kiszki; czysto ropną, co znacznie rzadziej, przy zapaleniu kiszki ślepej bez przedziurawienia, ropniu wątroby i t. p. (d. n.).

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO.

Ciąża w macicy podwójnej

(*Uterus didelphys. Graviditas*).

Podał Dr. Tomasz Solman ordynator kliniki.

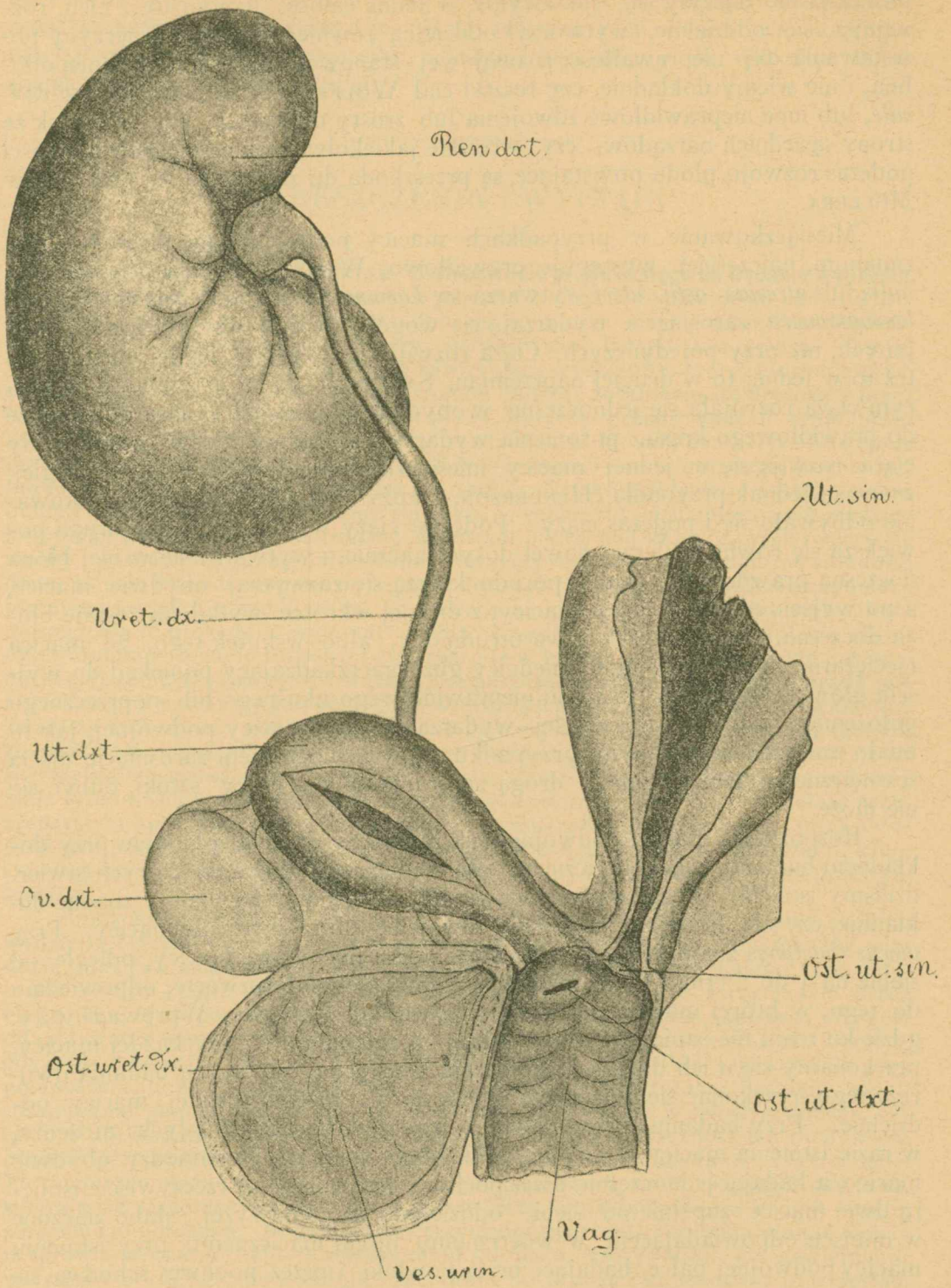
(Dokończenie.—Zobacz Nr. 5).

Ogłędziny pośmiertne, dokonane w dniu 10. IV. 92 r. przez kol. Edwarda ZIELIŃSKIEGO, wykazały co następuje:

„Trup kobiety, prawidłowej budowy ciała, wynędzniały, o ziemisto-żółtej cerze, ubogi w tkankę podskórną tłuszczową. Nad spojeniem łonowem rana chirurgiczna (opisana powyżej), brzegi jej niezaczerwienione, suche, nigdzie śladów ropienia, sklejenie zupełne. Płuca różowe, jak u noworodka, trzeszczące, zdrowe zresztą, odznaczają się tylko brakiem trzeciego płatu po stronie prawej. Serce w stanie skurczu, prawidłowej wielkości, zmian żadnych nie przedstawia. Jama otrzewnowa wypełniona płynem, który cuchnął kałem. Otrzewna sama zmętniała, pokryta watstwą lepką włóknika, zaczerwieniona; pętlce kiszki pozlepiane ze sobą takąż lepką masą; natomiast kiszka ślepa przyrośnięta do prostej zapomocą włóknistej bliznowatej tkanki tak, że ściany obu tych części kiszki grubej bezpośrednio przylegają do siebie z boków, od przodu zaś zapomocą takichże zrostów przytwierdzają się do narządów rodnych. Kiszki mocno rozdęte gazami, zaczerwienione zarówno na błonie surowiczej, jak śluzowej; zastawki KERKINGA szkarłatne, czerwono nastrzyknięte; o 40 centymetrów poniżej dwunastnicy, na błonie śluzowej

kiszki cienkiej cztery owrzodzenia, z których dwa przednie drążą do jamy otrzewnowej, dwa tylne dosięgają tylko błony mięsnej; pierwsze dwa okrągłe, 3—4 mm. w średnicy mające w świetle otworów, o brzegach szaro-żółtych, strzępiastych, dwa drugie, bardziej eliptyczne, 1—1½ c. długie, a 3—4 mm. szerokie, wklęsłe, o dnie i brzegach szaro-żółtawych, strzępiastych; nastrzyknięcie błony śluzowej dookoła wrzodów wyraźniejsze, niż w częściach pozostałych; o ½ metra poniżej wspomnianych owrzodzeń znajduje się jeszcze jedno drążące owrzodzenie tejże co i pierwsze wrzody natury. (*Peritonitis stercoralis acuta e perforatione ulcerum toricorum intestini tenuis. Enteritis acuta toxica (sublimatosa?). Cicartrices post pelvi-peritonitidem*). Błona śluzowa żołądka i kiszek grubych biała, różowo-cielista. Śledziona mała, wiotka i biała (*anaemia*). Wątroba gliniasta, o zupełnie zatartej budowie zrazikowej, zmętniała, biała (*Anaemia i „Trübe-Schwellung“*). Nerki lewej i nadnercza brak zupełny; odpowiednie miejsce puste, otrzewna bezpośrednio pokrywa żebra i powięź, również na pęcherzu na zewnątrz ani śladu ujścia lewego moczowodu, choćby w postaci sznureczka, guziczka lub czegoś podobnego; także i na błonie śluzowej w trójkącie LIEUTODA znajdujemy jeden tylko otwór po stronie prawej, po lewej żadnego wgłębienia nawet na błonie śluzowej nie ma. Natomiast nerka prawa prawie w dwójnasób przerosła, zdrowa zupełnie; wymiary jej w milimetrach wynoszą: długość 115, szerokość 85, grubość 48. Położenie nerki, jak i moczowodu prawidłowe. Macice dwie: prawa zostawiona w całości wraz z trąbką FALLOPIUSZA i jajnikiem, położonymi na zewnątrz od osi środkowej ciała macicy, lewa zaś (zoperowana) przedstawia tylko dolną część trzonu i szyję macicy (górną część trzonu macicy wraz z aneksami została odjęta podczas operacji). Przy bliższym rozejrzeniu się w preparacie widzimy, że mamy przed sobą dwie macice, otwierające się do wspólnej pochwy; każda z nich posiada swą część pochwową i swoje ujścia, pomiędzy obu ujściami zewnętrznymi macicznymi prawem i lewym, przestrzeń rozdzielająca wynosi 8 milim.; dookoła każdego ujścia wyraźnie widzieć się dają okalające je wargi (*labia*), szczególnie po stronie prawej; w przestrzeni między macicami sklepienie górne pochwy wynosi 3 mm. (o połączeniu więc obu macic zapomocą wspólnej części pochwowej w danym razie mowy być nie może). Na przekroju błona mięśniowa oraz śluzowa pochwy przechodzi w także błony obu macic. Wymiary są następujące: długość macicy prawej 80 mm., szerokość ciała 40, grubość tyleż; grubość ściany po stronie zewnętrznej 7 mm., po wewnętrznej, zwróconej do linii środkowej 3,5 mm.; podobnie zachowuje się ściana pozostałej części macicy lewej: po stronie wewnętrznej t. j. zwróconej do linii środkowej, wynosi jej grubość 6 mm., po stronie zaś zewnętrznej dochodzi 12 mm.; przy ujściach ściany obu macic zcieńszają się do 3—4 mm. Na przekroju ścian tak w prawej, jak i w lewej macicy ślady przebytej ciąży (białe, bliznowe smugi i centki). Jajnik prawy położony na zewnątrz od macicy prawej, eliptyczny, z osiami: dłuższą 40 mm., krótszą 30 mm., trzy i pół milimetra gruby, prawidłowej budowy. Jajowód prawy krótki, niedrożny w całym swym przebiegu. W lewym jajowodzie drożność zupełna. Lewy jajnik powiększony, dwa wyraźne ciała żółte. Po stronie wewnętrznej macica prawa gładka. Osie obu macic postawione są do siebie pod kątem prawie prostym“.

Dołączony do niniejszego artykułu rysunek, wykonany przez kol. ZIELIŃSKIEGO, przedstawia szematyczny obraz opisanej wady rozwojowej.



Powstawanie *uterus didelphys* objaśniamy w ten sposób, że przewody MÜLLERA nie złączyły się, jak zwykle, w jedną całość, lecz każdy z nich, rozwijając się oddzielnie, wytworzył oddzielną również macicę. Przyczyny powstawania tej nieprawidłowości rozwojowej stanowczo określić dotąd niepodobna, i nie wiemy dokładnie, czy resztki ciała WOLFFA, czy t. z. *ligam recto-vesicale*, lub inne nieprawidłowe zdwojenia lub zrosty otrzewnej, czy też ucisk ze strony sąsiednich narządów, czy wreszcie jakiegokolwiek inne nieprawidłowości podczas rozwoju płodu powstające, są przeszkodą do zespolenia się przewodów MÜLLERA.

Miesiączkowanie w przypadkach macicy podwójnej nie ulega ważnym zmianom, najczęściej występuje prawidłowo. W razie istnienia *atresiae vaginalis* lub *atresiae ostii uteri* wytwarza się *haematocolpos cum haematometra* lub *haematometra*; zarośnięcia wydarzają się wogóle częściej przy macicach zdwojonych, niż przy pojedynczych. Ciąża rozwija się zwykle w jednej macicy, lub też to w jednej to w drugiej naprzemian. SACZAN ¹⁾ podał przypadek, w którym ciąża rozwijała się jednocześnie w obydwóch macicach. Ciąża dojść może do prawidłowego kresu, poronienia wydarzają się jednak dosyć często. Gdy ciąża rozwija się w jednej macicy, miesiączkowanie zwykle ustaje w drugiej, znane są jednak przypadki (HENDERSON, DRUŻYNN), w których miesiączkowanie odbywało się i podczas ciąży. Podczas ciąży w jednej macicy druga powiększa się również, nieraz nawet dosyć znacznie, i wytwarza się w niej błona doczesna prawdziwa; podczas porodu kurczą się zazwyczaj obydwie macice, a po wyjściu płodu z jednej macicy, z drugiej wkrótce wydaloną zostaje błona doczesna. Poród często bywa utrudniony, albo wskutek tego, że macica nieciężarna tworzy w jamie miednicy guz, przeszkadzający poniekąd do wyjścia główki, albo też z powodu nieprawidłowego ukośnego lub poprzecznego położenia płodu, które najczęściej wydarza się przy macicy podwójnej, jak to miało miejsce i w opisanym przypadku. Przy jednoczesnym zarośnięciu ujścia zewnętrznego macicy, poród drogą naturalną, bez pomocy sztuki, odbyć się nie może.

Rozpoznanie macicy podwójnej jest zadaniem względnie łatwym przy dokładnem badaniu ginekologicznem. W tych przypadkach, w których stwierdziliśmy istnienie przegrody w pochwie lub zarośnięcie jej, należy zbadać dokładnie, czy nie istnieje jednocześnie zdwojenie lub rozdwojenie macicy. Przy *uterus didelphys* znajdujemy zwykle dwie części pochwowe macicy, odległe od siebie na 1 do 2 ctm. Usta maciczne są zamknięte lub rozwarte, odpowiednio do tego, w której macicy poród się odbywał lub odbywa. Wprowadziwszy, gdzie ku temu nie istnieją przeciwwskazania, zgłębnik do jamy każdej macicy, przekonamy się o ich długości i położeniu. Następnie, zapomocą badania dwuręcznego, przekonąć się możemy o wielkości i położeniu każdej macicy oddzielnie. Przy badaniu przez powłoki brzuszne u osób szczupłych możemy, w razie istnienia macicy podwójnej (*didelphys*), wsunąć palce między obydwie macice, a badając jednocześnie przez pochwę, sprawdzić, czy rzeczywiście istnieją dwie macice zupełnie od siebie oddzielone, a conajwyżej, słabo złączone w miejscu odpowiadającem wewnętrznemu ujściu macicznemu; przy istnieniu macicy podwójnej palce, badające przez powłoki i przez pochwę schodzą się niemal z sobą w przestrzeni między macicami. W naszym przypadku główną

¹⁾ Ref. Čtbl. f. Gynäkol. 1879. Nr. 6.

przyczyną błędnego rozpoznania było wygładzenie części pochwowej macicy oraz zarosnięcie zewnętrznego jej ujścia; wskutek tych zmian istnienia drugiej macicy nie mogliśmy przypuszczać, a jedynie uważaliśmy za właściwe rozpoznanie ciąży zewnątrz-maciczej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

23. F. WINKLER i J. TISCHLER. **O stosowaniu prądu stałego do badania wydzielin.** W celu szybkiego otrzymania osadu z moczu i z innych wydzielin do badania drobnowidzowego, autorzy stosowali z dobrym wynikiem stały prąd w sposób następujący: Z biegunami zwykłej baterji galwanicznej łączyli dwa żelazne druciki i wolne ich końce zanurzali w kolbę, zawierającą wydzielinę, której morfologiczne, składowe części zamierzano osadzić. Ażeby uniknąć zetknięcia się drutów, a przez to samo zamknięcia prądu zewnątrz płynu, autorzy przeprowadzali druty przez korek, osadzony w szyjce kolby, lub też rozdzielali je kawałkiem waty. Następnie przez wydzielinę przepuszczali stały prąd w przeciągu 5—10 minut, względnie do siły prądu, co wystarcza do wytworzenia się osadu. Dzięki elektrolizie następuje dość obfite i równomierne wytworzenie się gazu. Pęcherzyki gazu zbierają się w szyjce kolby nad powierzchnią wydzielin w postaci piany, pod którą zawsze tworzy się mętny i pozbawiony piany obłoczek, zawierający wszelkie morfologiczne składniki danej cieczy, które następnie, do badania drobnowidzowego, przenosi się zapomocą pipety na szkiełko przedmiotowe, po uprzednim usunięciu piany. Przy małej ilości moczu, całą tę procedurę wykonać można w zwykłej probówce, zetknięcie się jednak drucików o wiele tu jest łatwiejszem niż w kolbie. Posiłkowanie się baterjami silniejszymi, zarówno jak i dłuższe przepuszczanie względnie słabego prądu jest zbytecznem a nawet szkodliwem, gdyż wówczas większa część osadu opada na dno. Zdaniem autorów, sposób ten jest o wiele prostszym niż centryfugalny; gdy tam dla zbierania osadu potrzebujemy specjalnego przyrządu—centryfugi, tutaj posiłkujemy się zwykłą maszynką elektryczną, jaką posiada prawie każdy lekarz; tam osadzamy małe tylko ilości płynu (12—15 sz. ctm), tutaj dowolne. Przy moczu zupełnie przezroczystym, sposobem odśrodkowym często trudno zebrać osad wyraźny, tutaj obłoczek pod pianą zawsze się tworzy; słowem, sposób ten posiada wiele zalet, które stawiają go na równi z centryfugalnym, pod pewnym nawet względem przewyższają go.

Prócz wyników, zgodnych z temi, które i z pomocą centryfugi przy badaniu wydzielin otrzymywano, autorowie spostrzegali jeszcze fakty następujące. Jak wiadomo, można u ameb wywoływać żywe ruchy zapomocą prądu stałego; otóż autorowie bardzo często widywali pod mikroskopem, w osadzie otrzymanym przez elektrolizę, żywo poruszające się ameby, najczęściej *trichomonas vaginalis*. Wogóle odnajdywanie ameb w moczu, dzięki temu sposobowi, zostało wielce ułatwionem, gdyż, jak stwierdzili jeszcze dawniej VERVORN i inni, wszystkie pierwotniaki przy przepuszczaniu prądu stałego zbierają się u katody, i dzięki temu będziemy mogli rozstrzygnąć sporną jeszcze kwestyę, czy znajdują się one i w świeżym moczu, czy tylko w rozkładającym się, jak chce JAKSCH, a charakterystyczność ich ruchów nie pozwoli przyjąć ich za inne twory. Tyczy się to też i wyszukiwania ameb w kale. To samo rzecz można i o wynajdywaniu nitok nasennych, które, według HERMANNA, zbierają się w okolicy anody i gdzie z łatwością odnajdujemy je w kropki wziętej z opisanego obłoczka. Bezpośredniej przyczyny tworzenia się osadu szukać należy w sprawie mechanicznej—w wytworzeniu się gazu, który unosi ku powierzchni wszystkie morfologiczne składniki, spotykane po drodze i koncentruje je w postaci obłoczka pod pianą. Jako potwierdzenie tego służyć mogą doświadczenia autorów z dodaniem do moczu sody i kwasu winnego, przyczem wywiązuje się kwas węglany, unoszący ku powierzchni składniki morfologiczne. Sposób ten jednak stoi o wiele niżej, niż stosowanie prądu, gdyż niezależnie od tego, że wprowadzamy do moczu obce substancje chemiczne, wytworzenie się gazu idzie zbyt burzliwie

*

i gwałtownie. Zaznaczyć jeszcze trzeba, że prąd tej siły, jaki stosować należy dla zbierania osadu (200 Milliamp.), nie wywołuje najmniejszej zmiany w budowie morfologicznych składników. Co się tyczy zmian chemicznych, to z dotychczasowych badań wynika, że przy stosowaniu prądu stałego, kwas moczowy i jego sole w zupełności się strącają. Białko w moczu nie ścina się, gdyż działanie prądu ścina tylko tak znaczne ilości białka, jakie w moczu nigdy się nie znajdują.

Przy badaniu płwociny i kału, autorowie też otrzymywali doskonałe wyniki, zwłaszcza przy badaniu płwociny na laseczniki gruźlicze w tych razach, gdy wydzielina ubogą jest w komórki. W tym celu należy rozwodzić płwocinę według metody BIEDERTA, lub też nagrzewać ją po dodaniu ługu sodowego przez 15 minut na kąpeli parowej i następnie przepuszczać prąd stały; rozpadowa masa, jako cięższa, opadnie na dno, a drobnoustroje zbierają się w obłoczku na powierzchni cieczy. To samo stosuje się do wyszukiwania pasorzytów w kale, który należy uprzednio rozcieńczyć wodą lub 5% kwasem karbolowym.

W końcu autorowie wypowiadają uwagę, że wprowadzania elektrodów do pęcherza, w celu rozpuszczania kamieni moczowych, jak również leczenia przez elektrolizę zwężeń cewki, nie można uważać jako postępowanie obojętne, gdyż może ono spowodować powstanie złogów kwasu moczowego, z powodu strącania się jego i jego soli pod wpływem prądu.

(*Centralblatt für Klin. Med.* Nr. 1—93). *Knaster.*

24. Prof. L. HIRT. **Epidemia drgawek histerycznych w szkole wiejskiej.** W końcu Września r. z. autor leczył 12-letnią dziewczynkę dotkniętą porażeniem kończyn dolnych; czucie wszędzie normalne, odruch kolanowy bez zmian. Po upływie kilku minut po ukończeniu badania, przebiegło po całym ciele dziecka drżenie konwulsyjne, mięśnie stwardniały jak deska, piana wystąpiła z ust, wreszcie drgawki kloniczne oraz toniczne przy zupełnej utracie przytomności. Ciało wygięło się ku tyłowi łukowato, następnie wystąpiły halucynacje, bredzenie; stan ten trwał pół godziny; skóra pokryła się potem, i po ogólnym drżeniu dziecko zasnęło. Napady tego rodzaju trwały prawie dwa miesiące, powtarzając się dziennie po trzy razy o jednej porze. Następnego dnia obserwował autor również 12-letnią dziewczynkę z tej samej wsi, z objawami podobnymi; podczas halucynacji wydawała głos podobny do szczekania; napady te powtarzały się codziennie raz jeden wieczorem. Po upływie znowu dwóch dni H. widział trzecią 12-letnią dziewczynkę z tem samem cierpieniem; w tym przypadku przytomność była zachowana.

Wszystkie trzy dziewczynki były dobrze rozwinięte, dziedzicznie nie skażone. Na miejscu autor dowiedział się co następuje: pierwsza zasłała w szkole 10-letnia dziewczynka 28 Czerwca; rozpoczęło się od drżenia prawej ręki, a następnie całego ciała, trwało to pół godziny i przeszło. Następnego dnia powtórzyło się to samo u większej ilości uczennic, od tego czasu napady te powtarzały się regularnie codziennie, i to coraz dłuższe. Na początku Lipca jedna z dziewczynek dostała drgawek; chociaż dziecko zostało natychmiast usunięte z klasy, drgawki zaczęły się powtarzać, i to u dziewcząt zdrowych, tak że po upływie 2 tygodni liczba chorych wynosiła 20, z których 8 traciło przytomność na $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Co się tyczy natury cierpienia, to jest ono pochodzenia histerycznego; dwa przypadki, opisane szczegółowiej, pod wpływem nowego ujemnego czynnika—strachu, przeszły w formę bardziej ciężką, opisaną przez CHARCOT'a pod nazwą histero-epilepsy.

Z 38 dziewcząt zapadło 20, z 32 zaś chłopców, znajdujących się razem z temi chorem, nie zapadł ani jeden; skłonność więc do histeryi wśród osobników rodzaju żeńskiego jest znacznie większą.

Autor zwraca uwagę na wiek młody swych pacjentek; sprawa dotyczy dzieci 5—12 letnich, o dojrzałości płciowej mowy niema; ucisk na okolice jajnika nie wywierał najmniejszego wpływu na drgawki; autor więc raz jeszcze stwierdza fakt, że histerya nie pozostaje w związku z czynnością jajników. Leczenie polegało na podawaniu dużych dawek bromu, oraz na oddziaływaniu psychicznem, u dwóch zaś najciężej dotkniętych dziewczynek, metoda sugestyi w stanie umiarkowanej hysterozy okazała się nad wyraz skuteczną: po przebudzeniu się dzieci zaczęły biegać po pokoju, konwulsye nie powtórzyły się więcej.

(*Berl. kl. Woch.* Nr. 50 1892). *St. G.*

25 O. HEUBNER. **Cierpienie gnilcowe u ssawców dotkniętych krzywicą. Choroba Barlowa.** Z cierpieniem tem, nader ciekawem, a rzadko dosyć spostrzeganem, spotykamy się zwykle u dzieci to — 14 miesięcznych. Lekarz bywa wzywany do dziecka cierpiącego na reumatyzm, który się rozwijał stopniowo w ciągu 4—6 tygodni. Na pierwszy plan występuje tu niezwykła bolesność kończyn, szczególnie dolnych, przy najdelikatniejszym choćby dotknięciu; dzieci leżą nieruchomo w łóżku, jęczą z bólu, przepędzając noce bezsenne. Na ciele, szczególnie głowie, spostrzedz można obfity pot, od czasu do czasu bywa gorączka. Choroba rozwija się u dzieci sztucznie karmionych. Dzieci są zwykle blade, lecz dobrze rozwinięte. Na czaszce oraz klatce piersiowej znajdujemy zmiany krzywicowe. Przy dokładniejszym badaniu przekonąć się jednak można, że nie mamy do czynienia z reumatyzmem; staw kolanowy oraz stopowy nie są obrzmiałe i nie bolesne, dzieci podnoszą krzyk wtedy dopiero, gdy się dotykamy miejsc powyżej lub niżej obu tych stawów, i właśnie te części są obrzmiałe. To samo, lecz w słabym już stopniu, widzimy na przedramieniu. Zawsze prawie dowiadujemy się, że już od kilku tygodni pokazuje się u dzieci do czasu krwawienie z ust; dziąsła w tych miejscach, gdzie zęby się wyrznięły lub też gdzie ma to nastąpić, są bardzo obrzmiałe, ciemno-sino-czerwone oraz łatwo krwawią; zwykle spostrzedz można obrzęk krwawy jednej lub też obu powiek, gałki oczne są przesunięte ku dołowi i naprzód. SENATOR, MOELLER, BOHN, FOERSTER, POLITZER oraz inni określali tego rodzaju cierpienia jako ostrą krzywicę. CHEADLE był zdania, że mamy do czynienia z gnilcem, przyczyną zaś jest niewłaściwe odżywianie dziecka. Dopiero BARLOW, na drodze badań klinicznych oraz anatomopatologicznych, wyjaśnił istotę tej sprawy. Krwotoki, jakie mają miejsce w kościach oraz okostnej, tłomaczą wszystkie objawy: okostna bywa oddzieloną od kości, co też wywołuje silne bóle i obrzmienie; najczęściej zmiany te zachodzą w kościach udowych, oprócz tego w łopatkach, żebrach, kościach głowy, niekiedy zaś znajdowano krwotoki w płucach, wątrobie, śledzionie. BARLOW uważa cierpienie to za gniliec, lecz zwraca uwagę na jednocześnie zmiany krzywicowe. Przypadków tego rodzaju cierpienia ogłoszono dotąd 50. Przyczyna choroby tkwi w braku świeżego pokarmu, piersi kobiecej; zdarza się ona i wśród rodzin zamożnych; nie leczona trwa wiele miesięcy, powodując niezmiernie wyniszczenie dzieci, i ostatecznie zakończyć się może śmiercią. Z usunięciem przyczyny choroby, po kilku już dniach następuje znaczna poprawa. Wszelkie sztuczne środki odżywcze należy odrzucić, a natomiast dać dziecku mleko świeże pasteuryzowane, codziennie kilka łyżeczek świeżo wyciśniętego soku mięsnego, owocowego, trochę rosolu, marchwi, szpinaku i t. d. Na zbulatę członki należy stosować okłady ogrzewające; jeżeli istnieje obawa złamania, bandażujemy miejsca zajęte. *Jahrbuch für Kindhik. XXXIV, 4. St. G.*

26. JACOBSON. **O powikłaniu dusznicy oskrzelowej i gruźlicy płuc.** We wszystkich dziełach, zajmujących się chorobami dróg oddechowych, jednoznacznie zaznaczonym jest fakt, że różne cierpienia dróg oddechowych, szczególnie zaś zastarzałe nieżyty oskrzelowe, krupowe i nieżytowe zapalenie płuc sprzyjają powstaniu zakażenia gruźliczego, a to w ten sposób, że stwarzają *locus minoris resistentiae*, który stanowi dogodny grunt dla rozwoju lasecznika gruźliczego. Rozedma płuc i dusznica oskrzelowa są przeciwnie uważane za cierpienia, mające zabezpieczać ustrój od zakażenia gruźliczego. Niedawno dopiero odnośnie rozedmy płuc na pewno stwierdzonym został fakt o możliwości powikłania tego cierpienia przez gruźlicę. Co się zaś tyczy dusznicy oskrzelowej, do dziś dnia utrzymał się między większością lekarzy pogląd, że cierpienie to i gruźlica płuc wzajemnie się wykluczają tak, że chory na dusznicę nie może być współcześnie chorym na gruźlicę płuc, i przeciwnie. Jeszcze w nowszych czasach w pracy MANDYBURA ¹⁾ znajdujemy wypowiedzianym pogląd, że dusznica i gruźlica wzajemnie się wykluczają.

Autor jednak miał sposobność w ostatnich czasach spostrzegać w szpitalu żydowskim w Berlinie niejednokrotnie przypadki typowej dusznicy i współcześnie gruźlicy płuc. Z tych, w 2 przypadkach, przez dłuższy czas na oddziale D-ra LAZARUSA spostrzeganym, w niewątpliwy sposób stwierdzono powikłanie dusznicy oskrzelowej i gruźlicy płuc. W pierwszym przypadku, pierwotnem cierpieniem,

¹⁾ Wiener Medic. Wochenschrift. 1892 N. 7—9.

z jakim chory przybył do szpitala, była gruźlica płuc, do której w następstwie przyłączyły się napady dusznicy oskrzelowej. Autor sądzi, że powstanie w tego rodzaju przypadkach dusznicy oskrzelowej jest najprawdopodobniej zależnem od obrzmienia gruczołów oskrzelowych, ucisku przez nie wywieranego na sąsiednie oskrzela i od podrażnienia zakończeń nerwowych, rozgałęzionych w błonie śluzowej oskrzeli. Za tym sposobem powstania dusznicy, przynajmniej w przypadku autora, przemawia szczególnie fakt, że zastrzykiwania tuberkuliny za każdym razem wywoływały napady dusznicy, które nie dają się w inny sposób objaśnić, jak ostrem zapalnym obrzmieniem gruczołów oskrzelowych.

W drugim przypadku, pierwotnem cierpieniem była dusznica oskrzelowa, do której dołączyła się gruźlica płuc. Powstanie gruźlicy płuc w tego rodzaju przypadkach zależeć się zdaje, tak samo jak i przy innych cierpieniach dróg oddechowych, usposabiających do gruźlicy, od zmniejszonej odporności płuc.

W każdym razie, czy w ten czy w ów sposób objaśnimy sobie powstanie powikłania dusznicy oskrzelowej i gruźlicy płuc, niewątpliwie błędnym okazuje się pogląd, podług którego oba w mowie będące cierpienia wzajemnie się wykluczają. Autor sądzi nawet, że powikłanie obu tych cierpień nie należy do wielkich rzadkości, a to, że dotąd mało stosunkowo przypadków zostało ogłoszonych, pochodzi stąd, że rozpoznanie dusznicy oskrzelowej w wielu przypadkach dopiero przez dłuższe, ciągłe spostrzeganie może być na pewno stwierdzonem, co nie zawsze, szczególnie w praktyce prywatnej, tak jest łatwem. W wielu tego rodzaju przypadkach dusznicę oskrzelową przyjmują za obostrzenie nieżyty oskrzeli, rozedmę lub nawet zwyyczajną duszność, towarzyszącą gruźlicy, które w szpitalu okazują się jako niewątpliwa dusznica oskrzelowa.

(Berl. Klin. Wochenschrift N. 48—1892). F. A.

27. KITASATO. O leczeniu zapomocą tuberkuliny świnek morskich zarażonych gruźlicą. Autor robił próby nad 50 świnkami, zarażonemi gruźlicą i następnie leczonemi zapomocą stopniowo powiększanych injekcyi tuberkuliny, poczynając od 1 miligr., w 2 tygodnie po zarażeniu. Wiadomo, że świnka zdycha zwykle w 5—11 tygodni od zaszczepienia gruźlicy. Wszystkie świnki leczone żyły dłużej od nieleczonych. U większości zwierząt dały się zauważyć polepszenia w gruźlicy płuc—niekiedy wyraźne blizny po gruzelkach pozostały; u 5 zwierząt, padłych na zapalenie płuc w ciągu leczenia, nie znaleziono zupełnie bakteryi gruźliczych w bliznach na wątrobie pozostałych; u 5 zwierząt, które po 7 miesiącach były zdrowe, z widocznie zupełnie zakończoną sprawą gruźliczą, ponowne zaszczepienie bakteryi gruźliczych dało ograniczone ogniska, które oddzieliły się jako martwiaki, pozostawiając czystą ziarninę, która wkrótce pokryła się zdrową skórą.

Podobne wyniki sprawozdawca otrzymał u świnek, cieląt i psów, leczonych tuberkuliną w Inst. Medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Z 13 świnek większość przeżyła więcej niż 3 miesiące, niektóre przeżyły 7—9 miesięcy. Po upływie tego czasu jedna ze świnek, padła na zapalenie płuc, zupełnie nie okazywała śladów przebytej gruźlicy (Przyp. Spraw.). (Zeitschr. für Hygiene T. XII Z. 3).

WYKŁADY KLINICZNE.

H. Loehlein. W sprawie rozpoznawania i leczenia raka macicy.

(Gynaek. Tagesfragen, Heft 3. Wiesbaden 1893).

Upłynęło lat czternaście od czasu, gdy FREUND podał przy raku macicy metodę całkowitego wycięcia tego narządu przez cięcie brzuszne. Wkrótce atoli na rozwój metody FREUNDA wywarł wpływ ujemny sposób całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, opracowany przez CZERNY'EGO, SCHROEDER'A, MARTIN'A, OLSHAUSEN'A i innych. Sposób ten w krótkim przeciągu czasu zdobył sobie należne uznanie, a jakkolwiek i obecnie metoda amputacyi nadpochwowej szyi macicznej SCHROEDER'A ma jeszcze zwolenników, całkowite wycięcie macicy przez pochwę uważanem być winno jako typowy rękoczyn przy raku tego narządu.

Śmiertelność przy tym rękoczynie stale się zmniejsza i w ogóle z 15% spada obecnie do 8,4%, a niektórzy ginekolodzy mają wyniki o wiele pomyślniejsze.

Powrót cierpienia, po wykonaniu rękoczynu wyluszczenia macicy, wynosi w ciągu pierwszych lat dwóch 50%, po upływie zaś lat pięciu zaledwie czwarta część oporowanych zabezpieczoną jest od powrotu cierpienia, a więc doszczętnie wyleczoną.

Wobec tych okoliczności, pomyślne wyniki leczenia raka macicy na drodze operacyjnej są dość skromne, lecz w rzeczywistości są one o wiele skromniejsze, wobec tego, iż zaledwie czwarta część chorych na raka macicy może być radykalnie operowaną, czyli na szosnaście przypadków raka macicy, zaledwie jeden może być obecnie doszczętnie wyleczonym.

Wyników pomyślniejszych wtedy jedynie oczekiwać należy, gdy, jak sądzą WINTER i GUSSEROW, najszorsze koła lekarzy zwrócą należytą uwagę na wczesno rozpoznawanie raka macicy.

A. Rak trzonu macicy.

Rak trzonu macicy zdarza się daleko rzadziej, aniżeli rak dolnego odcinka macicy, lecz bynajmniej nie tak rzadko, jak to dawniej utrzymywano.

Wielki przełom w tej dziedzinie wywołała przed dwunastu laty praca RUGE'GO i VEIT'A, po wprowadzeniu bowiem przez nich próbnego, w celach rozpoznawczych zastosowanego skrobienia błony śluzowej macicy, ilość rozpoznawanych przypadków raka trzonu macicy zwiększyła się znacznie.

Z 87 przypadków raka macicy spostrzegł autor w ciągu czterech lat ostatnich sześć pewnych i jeden b. prawdopodobny przypadek raka trzonu. Czy taki stosunek (8%) zachodzi stale, czy też wobec zestawienia SCHRÖDER'A (3,4%) jest przypadkowym, przyszłość okaże.

Podając opis spostrzeganych przez siebie czternastu przypadków raka trzonu, autor stwierdza, iż rak trzonu pojawia się przeważnie w późnym wieku, w dziesięciu przypadkach po pięćdziesiątym roku życia. W trzech przypadkach, obok raka trzonu spostrzegł autor, jako powikłanie, niewielkiej objętości mięśniaki mięszone trzonu macicy. Wielu ginekologów zwraca uwagę na to powikłanie raka, a niektórzy sądzą nawet, iż obecność mięśniaków stanowi głębię przyjazną dla rozwoju nowotworu złośliwego, z czem się autor nie zgadza.

Co do występowania raka trzonu macicy przeważnie u osób, które nie rodziły, stwierdził to autor w czterech przypadkach (28,6%), co się nie zgadza z zestawieniem HOFMEIER'A (2,5%).

Przechodząc w dalszym ciągu do objawów, jakie rak trzonu wywołuje, autor sądzi, iż bóle, które, przychodząc porywocześnie w postaci napadów, a nawet w określonych porach dnia, uważane były przez dawniejszych autorów (SIMPSON) za b. charakterystyczne, występują tylko w tych przypadkach, w których utrudniony, przeważnie wskutek ścieśnienia ujścia macicy, odpływ wydzieliny chorej błony śluzowej, częstoczek nowotworu oraz skrzepów krwi wywołuje rozciągnięcie jamy macicy a następnie bolesne kurcze tego narządu. Krwawienie z macicy występuje przy raku trzonu bardzo często. Autor potwierdza, iż te przypadki, w których po ustaniu miesiączki, po dłuższej przerwie ta wraca, są b. podejrzane, lecz zwraca uwagę, iż przyczyną podobnego krwawienia może być również przewlekłe zapalenie błony śluzowej, polipy macicy i t. d.

W ogóle, zarówno krwawienia z macicy, występujące w epoce przekwitania, jak i te, które w tym okresie pojawiają się, nie mają znaczenia semiotycznego, i przy czynę krwawienia można określić jedynie po dokładnem zbadaniu chorej i krwawiącej błony śluzowej macicy.

Rzeczywiście, pomimo b. starannego zbadania dwuręcznego macicy, nie rozpoznamy cierpienia, umiarkowane bowiem zgrubienie i ciastowata podatność ścian macicy, z wyjątkiem przewlekłego zapalenia mięszone i śródmięszone mięśniaków macicy, spostrzega się zarówno przy przewlekłych przerostowych postaciach zapalenia błony śluzowej, jak i we wczesnych okresach raka trzonu macicy. Gdy zaś sprawa nowotworowa w trzonie jest bardzo rozwinięta, i guzy rakowe w mięszone macicy wywołują nieprawidłowe wypuklenia ścian tego narządu, wtedy rozróżnienie raka od wikłających to cierpienie podsurowicznych lub śródmięszone mięśniaków macicy jest bardzo trudnem.

Wobec tych okoliczności, jedynie zbadanie chorej błony śluzowej może zapewnić rozpoznanie cierpienia, i pod tym względem mamy wiele do zawdzięczenia RUGE'MU

i VEIT'OWI, którzy wprowadzili próbnie skrobanie błony śluzowej macicy w celu drobnowidzowego zbadania wyskrobin. Sposób ten stanowi zupełnie pewną podstawę naszego rozpoznania, a co za tem idzie, i leczenia raka trzonu macicy.

Podług autora, w przypadkach, w których łyżeczka wprowadzona do jamy macicy, bądź napotyka miękkie, w postaci kosmków wybijające, twory na powierzchni błony śluzowej, bądź wykazuje bujanie błony śluzowej w postaci guzków, różniących się wyraźnie od włóknomięśniaków podśluzowych macicy swą mniej twardą spistością, bądź określa zupełnie rozmiękle, uległe rozpadowi guzy w ścianie macicy i wydobywa żółto-białawe, przypominające szpik kostny twory, w przypadkach tych badanie drobnowidzowe potwierdza tylko wielce prawdopodobne rozpoznanie nasze raka trzonu macicy.

Lecz również w przypadkach świeższej daty, bez rozpadu, bez tworzenia się wtórnych guzów w ścianie macicy, rozpoznanie po zbadaniu drobnowidzowym wyskrobin, zwykle nie jest trudnem.

Trudności jednak napotyka się nieraz, gdy mamy odróżnić przerosty błony śluzowej, powstałe na tle przewlekłego zapalenia (*endometritis glandularis chronica*) od gruczolaka błony śluzowej trzonu macicy (*adenoma corporis ut.*) lub od raka, który się znajduje w okresie początkowym. W przypadkach tych wątpliwości dają się usunąć przez porównawcze badanie wydobytych części oraz przez badanie początkowo przy niewielkiem powiększeniu (RUGE); w przeciwnym zaś razie, gdy zachodzą niejaki trudności w badaniu preparatów (przerost gruczolów, wielowarstwowe bujanie nabłonka pochodzenia zapalnego), nie pozostaje nic innego, jak tylko po upływie pewnego czasu powtórnie skrobanie próbnie i dokładne zbadanie drobnowidzowe wyskrobin.

Gdy rozpoznanie raka trzonu zostało stwierdzone, należy bezzwłocznie dokonać wycięcia całkowitego macicy przez pochwę, a wyjątkowo, wskutek nadmiernego powiększenia trzonu macicy, jak to przy obecności mięśniaków ma miejsce, przez cięcie brzuszno.

Wyniki, jakie otrzymano przez wycięcie macicy przy raku trzonu, są pomyślniejsze, aniżeli przy innych umiejscowieniach raka. KALTENBACH z siedmiu, a autor z czterech pomyślnie operowanych przypadków, otrzymali we wszystkich trwałe wyleczenie.

Jeżeli z jakiegokolwiek bądź powodów rękoczyn radykalny nie da się wykonać, należy błonę śluzową macicy wyskrobać, a zabieg ten w razie potrzeby kilkakrotnie powtórzyć.

Autor zaznacza, iż wskazanie do wycięcia całkowitego macicy nie może być jedynie zależnem od anatomicznego rozpoznania raka, mając na myśli te przypadki cierpienia macicy, w których krwotoki uporczywe nie ustępują wszelkim zabiegom leczniczym, i podaje trzy tego rodzaju pomyślnie operowane przypadki.

B. Rak dolnego odcinka macicy.

Rak dolnego odcinka macicy występuje bez porównania częściej, aniżeli rak trzonu macicy. Autor w ciągu ostatnich lat czterech spostrzegł 80 przypadków tej postaci raka, a we wszystkich sprawa była dość posunięta.

Co do wieku chorych, to w znacznej większości przypadków rak rozwinął się po czterdziestym piątym, a zaledwie w dwóch przed trzydziestym rokiem życia. Co do ilości porodów, które mają stanowić przyczynę uspasabiającą do rozwoju cierpienia, to trzydziści chorych odbyło więcej niż po pięć porodów, ośnaście chorych rodziło jednokrotnie lub dwukrotnie, pięć—nie rodziło wcale, a jedna chora była niezamężna i *virgo intacta*.

Autor broni wniosków RUGE'GO i VEIT'A, którzy rozróżniają raka części pochwowej i raka szyi macicznej, a jeżeli niektórzy ginekolodzy sądzą, iż podział ten nie tylko podczas badania wewnętrznego, lecz nawet na macicy wyciętej nie zawsze przeprowadzić da się, to zdarza się to bądź przy znacznym rozpadzie nowotworu, bądź przy jednocześnie wystąpieniu obu postaci raka.

Autor przypomina, iż dawniej, gdy nie było tego podziału, często nie rozpoznawano raka wewnątrz-szyjowego, gdyż po zbadaniu przez pochwę część pochwowa była zdrową.

W celu rozpoznania raka szyi macicznej, należy zbadać przez odbytnicę, następnie wykonać skrobanie próbnie błony śluzowej, po uprzedniem rozszerzeniu lub bez rozszerzenia szyi macicy. Ze względów kliniczno-rozpoznawczych należy podług autora

rozróżniać nie raka części pochwowej i raka szyi, lecz zwracać uwagę na szerzenie się raka bądź pochwowo, bądź wewnątrzszyjowo.

Pierwsza postać raka rozwija się na powierzchni jednej lub obu warg maciecznych, boja powierzchownie lub w postaci grzyba wystającego w pochwie i zazwyczaj dobrze rozpoznać się daje. W okresach początkowych wątpliwości, jakie w rozpoznaniu zachodzić mogą, rozstrzyga się przez wycięcie i zbadanie drobnowidzowe cząstek podejrzaných.

Druga postać raka bierze swój początek w nabłonku błony śluzowej lub w nabłonku gruczołowym szyi macicy i zazwyczaj nie przekracza zewnętrznego ujścia macicy, lecz, szerząc się na powierzchni lub tworząc guziki w mięszu szyi i silnie ją rozpiorając, kroczy ku górze, do jamy macicy. Postać tę raka należy badać, jak już wspomniano, przez odbytnicę, a następnie wykonać skrobanie próbne. Zabieg ten nie tylko ma na celu zbadanie drobnowidzowe wyskrobin, lecz również pozwala określić, jak wysoko rak się wznosi i jak głęboko drąży w mięsz szyi macicznej. Śledzenie palcem przez odbytnicę winno we wszystkich przypadkach raka szyjowego poprzedzać badanie zapomocą lyżeczki, w ten bowiem sposób można na pewno rozstrzygnąć, czy sprawa rakowa jest jeszcze w narządzie umiejscowioną, czy też przeszła już na tkankę łączną okoliczową. Większość jednak lekarzy-praktyków, do których się przedewszystkiem choro z rakiem udają, nie oconia dostatecznie i zaniedbuje ten sposób badania, z wielką krzywdą dla chorych.

Przez wczesnie wykonane i starannie przeprowadzone badanie ze strony lekarzy z jednej strony, z drugiej zaś przez poznanie objawów raka macicy ze strony akuszerów, zwiększy się ilość wczesnie rozpoznawanych przypadków raka, a tem samem zwiększy ilość przypadków trwale wyleczonych. Należy przeto żądać od akuszerów, by objawy raka macicy dobrze znały, a przedewszystkiem, na co nastaje WINTER, by te chore, u których w epoce przekwitu występują krwotoki z macicy, natychmiast do lekarza zwracały.

Co do leczenia raka dolnego odcinka macicy na drodze operacyjnej, sądzi autor, iż pomiędzy ginekologami, przynajmniej w Niemczech, niema wielkiej różnicy zdań: większość w przypadkach właściwych dokonywa wycięcia całkowitego macicy, mniejszość zaś—HOFMEIER, VEIT, WINTER—w przypadkach poczynającego się raka części pochwowej macicy zaleca również nadpochwową amputację szyi macicznej SCHROEDER'A.

Nie odrzucając w zasadzie tego rękoczynu, autor w kwestyi wskazania do wycięcia całkowitego macicy przy raku, przyłącza się do zdania tych, którzy mają na celu doszczętnie usunięcie cierpienia, a więc operują wtedy tylko, gdy jeszcze w zdrowej tkance operować mogą. Jeżeli zwyrodnienie rakowe przeszło z szyi macicy na tkankę okoliczną, więzy lub sąsiednie narządy, autor nie wycina macicy i nie zgadza się z VEIT'EM, by w zaniedbanych przypadkach raka macicy operować przez cięcie brzuszne; gdyby nawet tkanka okoliczna uległa zwyrodnieniu, wyłyżeczować, a ściany narządów sąsiednich wyciąć, chociaż niema *a priori* w podobnych przypadkach widoków na doszczętnie wyleczenie.

Z 80 przypadków raka dolnego odcinka, w 19 autor usunął macicę całkowicie, w pozostałych zaś wykonał bądź wyskrobanie, bądź wyskrobanie i przyżeganie (*ferrum candens*), bądź wyskrobanie z następczem przyżoganiem chlorkiem cynku, stosując go na wacikach, w roztworze 50—100%, po upływie 3—5 dni po wyskrobaniu, bądź wreszcie leczył objawowo.

Loczenie to zasadza się na usuwaniu odchodów cuchnących i kojeniu bólów, powstrzymywaniu krwawienia i podtrzymywaniu sił chorej. W celu usunięcia odchodów autor nie stosuje kwasu karbolowego, lecz oczyszczony ocet drzewny (2 łyżki stołowe na litr wody), nadmanganian potasu, nałówkę jodową i kreolinę. Przestrzykiwać należy nie zbyt często (1—2 razy dziennie), lecz obficie, a po usunięciu resztek płynu należy założyć do pochwy tampon z gazy, lub woreczek z gazy jodoformowej wielkości jajka kurzego, wypolniony wełną drzewną, mieszaniną węgla i jodoformu w równych częściach, wreszcie w razie krwawienia taunina.

Przeciw bólom zaleca autor środki narkotyczne bądź w postaci czopków z morfiną lub makowcem, bądź do wewnątrz lub podskórnie.

Przy większem krwawieniu, oprócz środków do wewnątrz, zaleca autor irygacyę z wody gorącej (38—40° R.) oraz tamponowanie gazą aseptyczną i jodoformową, lub też wacikami, zanurzonemi w roztworze kreoliny.

A. Winauer.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 31 Stycznia 1893 r.

I. Osteotomia uda z powodu genua valga.

Kol. SOLMAN przedstawił 16-letnią dziewczynkę, u której przez prof. Kosińskie-go dokonana została, z powodu znacznych (140°) *genua valga*, dwustronna *osteotomia supracondyloidea femoris meth. Mac-Eweni*. Przebieg pooperacyjny aseptyczny. Wynik czynnościowy i kosmetyczny doskonały: w trzy miesiące po operacji chora ma dolne kończyny zupełnie proste, chodzi dobrze bez aparatu ortopedycznego.

Kol. S. mówił następnie o zaletach operacji Mac-Ewena. (Szczegółowy opis powyższego przypadku umieszczony będzie w „Medycynie“).

II. Epidemia cholery w Warszawie w r. 1892.

Kolega POLAK odczytał obszerną swą pracę o cholero.

Po krótkim przeglądzie dotychczasowych epidemii ogólnych, autor zwrócił się do pierwszej epidemii cholery, jaka wybuchła u nas w kraju w roku 1831, i przedstawił niezmiernie interesująco szczegóły o pierwszych wieściach o nowej morowej zarazie w jesieni r. 1830 i charakterystycznych środkach zaradczych, przedsięwziętych w początku r. 1831 przez dyktatora i rząd narodowy. Dwie tablice porównawcze, wykonane przez autora, przedstawiały graficznie wszystkie epidemie cholery w Europie, Rosyi i Królestwie Polskiem w ogóle, a w Warszawie w szczególności.

Szczegółowy przegląd epidemii roku ubiegłego wypełnił drugą część odczytu. W tym celu sporządzono tablice wskazywały graficznie przebieg cholery w oddzielnych miastach Rosyi. Krótka wzmianka o cholero w Paryżu, Hamburgu, Galicji i gub. Lubelskiej poprzedziła właściwy przedmiot—cholera w Warszawie w r. 1892, jej początek, choroby które ją poprzedziły, lub w znacznej liczbie występowały współcześnie, przebieg epidemii, środki zapobiegawcze i lecznicze, symptomatologię choroby, wreszcie niektóre uwagi etyologiczne, jakie epidemia warszawska nastęrczyła. Wspomnieć należy o bardzo pracowicie przez autora wykonanej tablicy, w której uwzględniono wszystkie stwierdzone w Warszawie przypadki cholery, ze wskazaniem nazwiska, wieku i zajęcia chorych oraz poszczególnych objawów choroby i wyników sekcji.

Zakończył autor swój odczyt słowami LEBRUNA, wyrzeczonymi jeszcze w r. 1847, że nie wiemy dokładnie, co jest cholera i jak z nią postępować należy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FEOKTISTOW dokonał ciekawych poszukiwań nad działaniem jadu żmii: *Vipera berus*, *V. ammodytes*, *Crotalus* (grzechotnik). Działanie fizjologiczne wszystkich 3 jadów jest identycznym. Jest to ciecz żółta, alkaliczna, na powietrzu szybko gęstniejąca, z której otrzymuje się około 30% części stałych. Po rozpuszczeniu tej pozostałości roztwór okazuje się mniej trującym, niż jad pierwotny. Przez zagotowanie można trujące właściwości zniszczyć. Jad nie zawiera żadnych drobnoustrojów. Na ciała nasienne nie wpływa wcale: poruszają się one i mnożą zupełnie prawidłowo. Podskórne wstrzyknięcie jadu zabija ryby i żaby przy objawach ogólnego porażenia. U ssących występuje przytem duszność, drgawki; stolce, moc i wydzielina nosa stają się krwawemi; z początku powstaje ogólne porażenie ruchowe, potem porażenie oddechania i serca. U ptaków brak z powyższych objawów tylko krwawych wydzielin. Porażenie na-

stępuje u ciepło-krwistych, jak i u ryb, z początku w kończynach tylnych, odruchy znikają. Jad wywołuje tylko porażenie czucia centralne, a na mięśnie i nerwy ruchowe nie wpływa wcale. Żrenice rozszerzają się. Parcie krwi i ciepłota ciała opadają. Ciała krwi nie ulegają zmianie, ale po dodaniu do krwi w wilgotnej kamerze 20%-ego roztworu jadu rozpuszczają się i czerwone i bezbarwne ciała. Jad zostaje u żab wchłanianym przez skórę, u ciepłokrwistych przez nienaruszoną otrzewnę. Na 1 kilo wagi zwierzęcia działa zabójczo 0,3 gram. (20%-owy roztwór). Małe dawki jadu zabijają po dłuższym czasie, porażając powoli najważniejsze narządy. Preparaty amoniaku tylko w lżejszych zatruciach są pożyteczne, w ciężkich zwiększa się natomiast skłonność do krwawień. Alkohol i nadmanganian potasu pozostają bez skutku. Nie posiadamy więc dotąd środka przeciw ukąszeniu żmii. (D. med. Woch. 50—92).

== BLASCHKO zwrócił uwagę na cały szereg zakaźnych chorób skórnych, powstających skutkiem golenia i strzyżenia w zakładach fryzjerskich: Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa, Erythema capitis, Alopecia areata, Acne varioliformis, przymiot, czasem gruźlica skóry. (D. med. Ztg. 102—92).

== GRIFFITH otrzymał z moczu chorych na różę i gorączkę pologową dwa ptomajiny krystaliczne, słabo alkaliczne i rozpuszczalne w wodzie, które zabijają psy w ciągu 12—28 godzin. W moczu normalnym nie znalazł ich. (D. m. Zg. 101—92).

== CHRISTMAS zauważył, iż po dodaniu 0,6 kwasu cytrynowego do litra wody, laseczniki cholery ginęły po 15, tyfusowe po 9 minutach. (W. med. Blät. 45—92).

== Trup zmarłego na błonicę dziecka trzymany był przez dwa dni w lodzie. Przypadkowo troje dzieci zjadło kilka kawałków tego lodu, poczem zaraziły się i zmarły po kilku godzinach. (D. m. Woch. 2—93).

== STILLER przepisuje przeciw czkawce chlorek pilokarpiny w 10%-ym roztworze (3—4 r. dr. po 10 kropel. (Prag. m. Woch. 2—93).

== Że przy umiejscowieniu przymiotu w jądrach może istnieć brak ciałek nasiennych (*azoospermia*), to wątpliwości nie ulega. Niektórzy jednak sądzą, że i przymiot konstytucjonalny, lecz któremu nie towarzyszy miejscowe zapalenie jąder swoiste (*orchitis gumosa*), może być przyczyną azoospermii. Otóż HANČ, na zasadzie 10 zbadanych przypadków w najrozmaitszych okresach przymiotu, przekonał się, iż azoospermii nie ma wcale, jeśli jądra nie są współcześnie zajęte miejscowo sprawą przymiotową (Wien. Kl. Woch. 49—92).

== W Berl. Tow. Chir. NEUMANN przedstawił kobietę 40 letnią z wyraźnym obrazem choroby BASEDOWA, u której po usunięciu wola nastąpił zupełny powrót do zdrowia i znikły wszelkie objawy. Tętno już na 3-ci dzień po operacji spadło z 120 na 86. (D. m. Zg. 6—93).

== Podług TASSINARI'ego dym tytoniowy zabija najszybciej laseczniki zapalenia płuc i cholery; nieco trudniej l. tyfusu, karbunkułu i gronkowca złocistego; na zarodniki zaś karbunkułowe i na l. gruźlicze wcale prawie nie wpływa. (Hyg. Runds. 18—92)

== EBERLIN opisał przypadek wady rozwojowej, t. zw. *vagina subsepta*. W kierunku strzałkowym pochwy siedł gruby na palec sznurek (szczątek dolnej przegrody przewodów Müller'a?), który nie przeszkadzał wprawdzie spółkowaniu, lecz tamował poród i musiał być na drodze operacyjnej usunięty. (Z. f. Geb. T. 25).

== FODOR proponuje nowy środek dezynfekcyjny—wapno krezyłowe. Jest to płyn gęsty, złożony z mieszaniny jednej części wapna niegaszonego z 4 częściami wody, do której dodaje się 5 części surowego kreozotu. 50 gram. tego płynu sterylizuje 1000 c. sz. odchodów cuchnących po upływie 4 godzin (czego nie dokona 25 grm. czystego karbolu). (Runds. f. Pharm. 35—92).

== FRAENKEL opisuje 4 przypadki zejścia śmiertelnego po narkozie chloroformowej, skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego i nekrozy koagulacyjnej różnych narządów, głównie nerek, w mniejszym zaś stopniu wątroby i serca. (Virch. Arch. T. 129).

== W Tow. Lek. Berl. przedstawił BARTEL chorego z porostem włosów w niezwykłym miejscu. Nigdzie w literaturze podobnego przypadku nie napotkał. Mniej więcej na wysokości 2—4-go kręgu grzbietowego istniało miejsce owalne, 5 cm. średnicy mające, z którego wychodził kosmyk włosów 30 cm. długi. Na innych miejscach ciała porost włosów był wogóle słabo rozwinięty. Stan ten był wrodzonym. (D. m. Woch. 3—93).

== SCHWIMMER w Peszcie obserwował 20 letniego człowieka z t. zw. *cutis laxa*. Skóra rozciągała się jak kauczuk, tak iż można było np. skórą czoła pokryć zupełnie oczy, jakby zasłoną. W rodzinie pacjenta podobnego zjawiska nie było; on sam na skórę nigdy nie chorował. (D. m. Woch. 3—93).

== Na ostatnim międzynarodowym zjeździe dermatologicznym w Wiedniu zajmowano się sprawą trądu w Europie. Podług ARNING'a utworzyły się nowe ogniska trądowe w Rosyi, Hiszpanii, Niemczech, w ogniskach zaś dawnych liczba przypadków się wzmogła. W Norwegii i Hiszpanii istnieje po 1200 trądowatych, w Portugalii, Francji i Północnych Włoszech po 300, w szpitalach paryskich 80. W pobliżu Memla (Kłajpedy) istnieje od roku 1882-go mała endemia trądu guzowatego. NEUMANN spostrzegł w Bośni 9 przypadków (8 mahometan, 1 chrześcijanin, wszyscy młodzi); stwierdził wpływ dziedziczny, lecz nie miał pewnych dowodów zaraźliwości. (D. m. Woch. 3—93).

== W Instytucie higienicznym w Rostocku badano wpływ światła słonecznego na mikroby. Wyniki były następujące: 1) Światło niszczy mikroby lub też wstrzymuje ich rozwój. 2) Zabija po godzinie zarodniki karbunkułu w bulionie, lecz nie wpływa na same laseczniki. 3) Zabija laseczniki róży świń po 5 godzinach. 4) Nie zabija laseczników tyfusu, cholery, FINKLER-PRIOR'a, gronkowca złocistego, cholery kurzej, koków zapalenia płuc. 5) Błękitne i żółte promienie światła słonecznego działają na zarodniki karbunkułu jedynie osła-

biająco, zmniejszając ich zdolność rozwojową. 6) Promienie zielone, fioletowe i czerwone nie powstrzymują rozwoju zarodników. (D. Viertelj. f. öff. Ges.—Pfl. T. 24).

== JAEGER opisuje epidemię t. zw. choroby WEILL'a czyli żółtaczkę zakaźną gorączkową, która panowała w Ulmie. Powstała ona skutkiem kąpienia się większej liczby ludzi w wodzie, zanieczyszczonej przez pewien rodzaj bakterii; zakażenie zaś wody nastąpiło wskutek epidemii u ptactwa. Zarówno u chorujących, jak i w wodzie znalezione bakterie były identyczne. (Z. f. Hyg. T. 12).

== THESEN opisuje niektóre choroby, najczęściej panujące na Madagaskarze. Do tych należą: przymiot, zapalenia ostre i przewlekłe narządów płciowych wewnętrznych u kobiet, jako następstwo zakażenia rzeżączkowego; *ascaris*, *oxyuris*, a zwłaszcza tasieniec; artretyzm i kamica, dysenteria, tyfus i zimnica. W zimie 1890 roku panowała ciężka influenza, powikłana często zapaleniem płuc. Gościec stawowy ostry wydarza się bardzo rzadko, natomiast przerost samoistny serca i niedomykalność zastawki dwudzielnej są częste; zależy to od dźwigania przez mieszkańców wielkich ciężarów w kraju, pozbawionym dróg, a stąd przepracowania serca (*Ueberanstrengung*); być może, iż przymiot odegrywa tu również pewną rolę. (D. m. Zg. 5—93).

== SALVIOLI badał wpływ zmęczenia na trawienie żołądkowe. Upsów, które długo biegały, zmniejszało się wydzielanie, kwaśność i ogólna ilość zawartych w soku chloroków, oraz siła trawienna tegoż; natomiast miazga pokarmowa została prędzej wydaloną do kiszek, czyli siła ruchowa żołądka uległa wzmoczeniu. Wszystkie powyższe objawy ustępowały już po 2 godzinach. (D. m. Zg. 6—93).

== POLLAK opisał przypadek gruźlicy kiszek, której towarzyszyło wydzielanie czarnego moczu. Mocz, świeżo oddawany, był żółtym, lecz na powietrzu ciemniał, a po 1—5 dni stawał się zupełnie czarnym w warstwie górnej (stykającej się z powietrzem), bruno-czarnym w warstwie dolnej. Barwę tę zachowywał całymi tygodniami. Odczyn był alkaliczny, rzadko kwaśny. Nie znaleziono żadnych składników patologicznych ani fenolu, natomiast dużo indykanu. Chora nie przyjmowała leków, mogących tłumaczyć ową czarną barwę. Sekeja wykazała owrzodzenia gruźlicze kiszek i gruźlicę otrzewnej. (Pest. med. Chir. Presse 33—92).

== Nowy środek nasenny—Chloralozę otrzymali HANRIOT i RICHET przez połączenie chloralu z glikozą. Ciało to rozpuszcza się w wodzie zimnej z trudnością, w gorącej i w wysoku łatwo; posiada dwie własności fizjologiczne: działa nasennie, oraz wzmacnia

pobudliwość rdzenia. Wpływ nasenny bywa większym niż po chloralu. Autorowie po użyciu 0,3 wywoływali na sobie samych dłuższy sen i nie spostrzegali żadnych objawów trujących. Po 0,5 następuje sen głęboki i długotrwały, tam nawet, gdzie środki inne nie działały. (W. m. Pr. 4—93).

== W porażeniach błonicowych COOKE z dobrym skutkiem stosował wstrzykiwania podskórne strychniny, które są daleko lepsze, aniżeli wewnętrzne zalecanie tego środka. (Br. m. Journ. 92).

== W roku zeszłym PRAUSNITZ opisał wyniki badań nad zawartością laseczników gruźliczych w wagonach kursujących na linii Berlin—Meran. Z liczby 4 wagonów, znalazł wtedy laseczники w pyłe jednego z nich tylko. Stąd wyprowadził wniosek, iż dla podróżujących nie ma wcale niebezpieczeństwa zarażenia się gruźlicą. Wówczas jednak P. brał pył z wagonów natychmiast po nadejściu pociągu do Monachium, gdzie tenże stoi tylko 25 minut. Nasunęła się przeto wątpliwość, iż być może laseczники pochodzą od osoby, która na krótko przedtem była w wagonie, gdy tymczasem po wyjściu z Berlina wagon mógł nie zawierać laseczników. Z tego powodu P. obecnie przedsięwziął nowe badania wagonów na stacji monachijskiej, które były skrupulatnie czyszczone i miały dopiero wyruszyć w drogę. Szczerzył pył, zebrany w wagonach wszystkich trzech klas, świnkom do otrzewnej, lecz ani razu gruźlicy nie otrzymał. Po 8—10 tygodniach zabijał te zwierzęta i nie znajdował w ich narządach gruźlicy. P. wnosi zatem, iż zwykły sposób czyszczenia wagonów, bez dezynfekcji nawet, zupełnie bywa wystarczającym. (Münch. m. Woch. 1—93).

== STRUEMPELL opisuje pewną historię, która przybyła do kliniki z licznymi owrzodzeniami i zapaleniami zgorzelinowymi na skórze twarzy i kończyn; prócz tego istniało mnóstwo obszernych blizn. Podczas pobytu w klinice kilkakrotnie jeszcze występowało nagle zaczerwienienie i obrzmienie, potem zgorzel i wrzód w różnych miejscach. Znaleziono w łóżku pacjentki kawał sody gryzącej; sama przyznała się, iż przypalała sobie skórę z powodu swędzenia. Badanie wykazało ogólny brak czucia. Po zabranii jej owego preparatu nowe zapalenia się nie zjawiały. (Z. f. Nerv. T. 2).

== W Berl. Tow. Lek. LASSAR przedstawił dwa przypadki nabłonkowca (*epithelioma*), w których metodyczne stosowanie arseniku doprowadziło do znacznego zmniejszenia guzów. Już w r. 1889 okazywał L. także dwa przypadki raka skóry twarzy, leczonych z równie pomyślnym skutkiem. Raki nie rozwijały się dalej. owrzodzenia wypełniały się i zaczynały zabliz-

źniać. Myśl leczenia tą drogą przyszła L. po zastosowaniu przez BILLROTH'a arseniku w gruczolakach złośliwych (*lymphomata maligna*). (D. m. W. 4—93).

— Według BOUCHARD'a białkomocz bez jednoczesnego cierpienia nerek wydarza się bardzo często, np. po zastosowaniu silnie drażniących skórę leków (chloroform, olejek terpentynowy), po faradyzacji, przy świerzbie, podagrze, moczówce, niestrawności, otyłości, jakoteż po otwarciu jamy otrzewnej. W pewnych razach gra tu rolę wątroba. Na 100 przypadków otłuszczenia ogólnego z wątrobą prawidłową, B. znalazł białkomocz 11 razy, z wątrobą zaś powiększoną 68 razy. Co do moczówki, stosunek ten wynosił 16:100 i 64:100, co do podagry 43:100 i 100:100. (France med. 38).

— THOMSON obserwował kobietę, która odbyła 11 porodów i 5 poronień; w czasie każdej ciąży miesiączkowała prawidłowo. Poznawała ciążę dopiero po zjawianiu się ruchów płodu. (Br. med. Journ. 92).

— Jedną z najtrudniejszych rzeczy przy cystoskopii bywa odnalezienie ujęć moczowodów. A jest to rzecz nader ważna, np. gdy chirurg chce wiedzieć, czy istnieją obie nerki i czy obie prawidłowo funkcjonują. Otóż KUTTNER zaleca w takich razach błękit metylenu (0,1—0,5), który barwi moczu na zielono już w godzinę po przyjęciu tego środka wewnętrznie; tym sposobem można przez cystoskop dostrzedz w pęcherzu miejsca zabarwione, odpowiadające moczowodom. (D. m. Woch. 92).

— BRÜCK zaleca benzonafol w niezbyt dużych dawkach i kiszki u dzieci. Stolce cuchnące wkrótce znikają, przyczem

wzmaga się dyureza. Skutek następuje jednakże dopiero po 4 lub 5 dniach. Dawka dzienna 0,2—1,0 w 5 porcjach; dla dzieci starszych nad lat trzy 1,5—2,0 dziennie. (Pest. med — Chir. Presse 46—92).

— RINGIER zaleca do penzlowań przy różnicy: 1) Tanini 1,0—Camph. 1,0—Aeth. 8,0; penzlować co 3 godziny.—2) Camph. 25,0—Aeth. 50,0; penzl. co 5 godzin. (Ther. Mon. 10—92).

— WEST zaleca antypirynę przy krwotokach z nosa; w ostrych przypadkach należy wprowadzić tampon z proszkiem lub roztworem antypiryny. (Rundsch. f. Pharm. 45—92).

— Obmywanie przy swędzeniu skóry: Menthol. 4,0—Alcoh. 30,0—Aq. 60,0—Ac. acet. dilut. 120,0. (D. m. Woch. 47—92).

— Ostatniemi czasami zaczęto przepisywać kreozot w pigułkach, zamiast kapsulek: 1) Kreos. 20,0, Glycer. 4,0, Succ. liq. Rad. Alth. aa. 12,5, Gelat. Glycer. q. s. ad pil. Nr. 200; 2) Kreos. 3,0, Rad. liq. 6,0, Succ. liq. liquid. 2,0, f. pil. Nr. 60; 3) Lawatywy: Kreos. 30,0, T. opii croc. 3,0, Ol. oliv. 300,0 2 r. dz. po 1/2 łyżeczki z 1 żółtkiem i 100,0 wody. (Ther. Mon. 1—93).

— Przy bezsenności u dzieci SIMON stosuje lawatywę następującą: Hydr. chlor. 0,2—0,4, T. moschi, T. valer. aa. gtt X, Aq. dest. 60,0. (Un. med. 127—92).

— MEISEL zaleca przy *pruritus vulvae*: Kal. brom. 2,0, Lupulin. 2,0, Hydrarg. chlorat. 10,0, Ol. oliv. 30,0. Ds. Externe. (D. m. Woch. 47—92).

Wiadomości bieżące.

— Kol. H. HIGIER uwiadamia za pośrednictwem naszej Redakcyi, iż stale referować będzie wszystkie prace polskie z zakresu medycyny wewnętrznej oraz chorób nerwowych do Roczników SCHMIDT'a (*Schmids Jahrbücher*). Życzący więc mieć swe prace zreferowane, zechcą je nadsyłać pod adresem kol. H. Nalewki 9.

— Miasteczko Raków (gub. Radomska), liczące przeszło 3000 mieszkańców, jak nas uwiadamia właściciel apteki w Rakowie p. Fiszer, nie posiada lekarza. Najbliższy punkt, w którym zamieszkuje lekarz, jest Staszów, o 14 wiorst od Rakowa odległy. Po bliższe informacje zgłaszać się należy listownie do p. Fiszera, przez Łagów gub. Radomska.

— Ministerium Spraw Wewnętrznych rozpatruje podobno kilka projektów, dotyczących

zabezpieczenia rodzin osób, pracujących na polu lekarskim i zmarłych wskutek rozmaitych epidemii. (J. R. M. Gaz. 2—93).

— W Anglii panuje obecnie dość silna epidemia ospy, zwłaszcza tam, gdzie zaprzestano obowiązkowego szczepienia ospy: w Leicester, Warrington i Manchester. (M. m. W. 4—93).

— W zakładzie dla obłąkanych Nietleben pod Hallą wybuchła nagle cholera. Pierwszy przypadek miał miejsce 14 Stycznia; chory zmarł nazajutrz. Do 30-go zachorowało 115 osób, między niemi 2 lekarzy i 1 dozorczyńni; 46 zmarło. Dopiero 18-go badanie bakteriologiczne stwierdziło cholereę. Przyczyny dokładnej nie wysledzono, wiadomo jednak, że już od kilku miesięcy była biegunka

wśród pensjonarzy i posługaczów. Podobno przed 3 miesiącami przyjęto posługacza z Hamburga. W pobliżkiej Halli (15 minut drogi) wypadków dotąd nie było. Zakład posiada własny wodociąg, w którego wodzie przeecedzonej znaleziono podobno bakteryę; również znaleziono je w wodzie rzeki Saali. Ciekawy przyczynek do sprawy tej podaje prof. ARNDT, psychiatra z Gryfii: Był on w r. 1866 lekarzem w zakładzie Nietleben. Wówczas wybuchła tam cholera, mianowicie rozpoczęła się w pawilonie północno zachodnim i tu najsrożej się szerzyła. Pawilon ten stoi właśnie na miejscu dawnej kałuży, gdy reszta budynków zakładu mieści się na gruncie suchym. Lekarze zakładowi upatrywali w fakcie tym usprawiedliwienie teorii PETTENKOFER'a, niepodobna bowiem było dowieść zawleczenia cholery z zewnątrz. Cały zakład używał tej samej wody do picia. W wymienionym pawilonie zdarzały się i inne choroby częściej, niż w pozostałych: gruźlica, a raz nawet epidemia zapalenia płuc. Świeżo donoszą o przypadkach cholery w pobliskich Halli miejscowościach: Trotha, Wetlin i Morl, czerpiących wodę z Saali. (Münch. m. W. 4—93).

— Prof. PÉAN w Paryżu, chcąc po opuszczeniu katedry nadal pracować na polu chirurgii, założył własnym kosztem szpital, który nazwał międzynarodowym. Otwarcie nastąpiło 21 Stycznia r. b. W mowie inauguralnej PÉAN zaznaczył, iż dwie przyczyny skłoniły go do tego czynu: pożytek dla lekarzy i chorych, oraz niedostateczna liczba szpitali, zwłaszcza gdy chodzi o leczenie chorych z prowincyi i cudzoziemców. Sala operacyjna urządzoną została wedle najnowszych wymagań nauki. Operator ma pod ręką wodę zimną i gorącą (80°), przefiltrowaną i sterylizowaną, jako też światło elektryczne, przeznaczone do oświetlania i do galwanokaustyki. Maszyna parowa służy dla palni, dla aparatów sterylizacyjnych i dla światła elektrycznego. Pomoc lekarska udzielana jest bezpłatnie.

— Dyrektor urzędu zdrowia w Belgii BECO zaproponował porozumienie się mocarstw europejskich w kwestyi chorób epidemicznych i utworzenie międzynarodowego biura, któremu mają być przesyłane odnośne wiadomości. (D. m. W. 4—93).

— KÖRÖSI, dyrektor biura statystycznego w Peszcie, przeznaczył 1500 franków nagrody za pracę, traktującą o celach i postępie demo-

grafii, zwłaszcza w ostatnich latach 40-tu. Termin nadsyłania prac (w językach francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim) upływa z d. 1 Marca 1894 r.

— Profesor fizjologii w Genewie Moritz SCHIFF obchodził 28 Stycznia 70-tą rocznicę swych urodzin.

— Do parlamentu niemieckiego wniesioną została rezolucya w kwestyi dopuszczenia kobiet do praktyki lekarskiej.

— W r. 1891 Szwajcarya posiadała na 3 miliony ludności 1417 lekarzy, z których 12 kobiet. Jest to fakt dziwny, wobec dopuszczania tam kobiet do wszechnic od dawnego czasu.

— Według statystyki rannych w wojnie francuzko-pruskiej z r. 1870 — 1871, armia niemiecka miała rannych oficerów i żołnierzy 116821; z tych 96566 wyzdrowiało, 11023 zmarło w szpitalach, 6223 padło na polu bitwy. Co do umiejscowienia ran zanotowano: ranionych w głowę 11041, w szyję 1922, w tułw 11495, w brzuch 4553, w kończyny górne 33914, w dolne 43952.

Zmarli. † Ś. p. dr. Żegota KRÓWCZYŃSKI. Ostatni (5-ty) Nr. „Przeglądu Lekarskiego“ zamieścił smutną wiadomość o śmierci znakomitego polskiego syfilidologa, prymariusza szpitala lwowskiego, Rady zdrowia d-ra Żegoty KRÓWCZYŃSKIEGO, zmarłego w sile wieku, bo w 45 roku życia na suchoty. Zmarły w dniu 1 Lutego dr. K. był laureatem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, otrzymawszy nagrodę imienia Chałubińskiego za piękne swe dzieło p. t. „Syfilidologia“. Na polu naukowem pracował dużo a zawsze pożytecznie. Ostatnia praca ś. p. KRÓWCZYŃSKIEGO, współpracownika naszego pisma, była zamieszczona w nr. 1-ym „Medycyny“ z r. b. p. t. „Słó wko o szczepieniach wydzielin szankrów miękkich z wodą utlenioną“. Ś. p. KRÓWCZYŃSKI, oprócz prac na polu ściśle naukowem, brał czynny udział w pracach dotyczących zarządu miasta Lwowa i jako Radny tegoż miasta umiał sobie zjednać powszechne uznanie. Na polu praktyki lekarskiej zajmował jedno z wybitnych stanowisk, świecąc zawsze pięknym przykładem i zachętą dla młodszych kolegów, z którymi się jaknajchętniej dzielił zasobami swej rozległej wiedzy. Jego oddziały szpitalne były zawsze szkołą dla młodych i przytułkiem dla gruntownych badań naukowych. Cześć ś. p. d-ra Żegoty KRÓWCZYŃSKIEGO!