

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O sklerodermii (5 przypadków). Podał Maksymilian Biro. (Dok.). — 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych, podał Fr. L. Neugebauer. (Dok.). — **Streszczenia i wyciągi.** 131. O upustach krwi. 132. Fizyczne leczenie przewlekłych chorób serca. 133. O pewnym objawie przy guzach kałowych. 134. O trionalu. 135. Nitrogliceryna w dusznicy bolesnej. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 27 października i 3 listopada r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — Sur la sclérodermie. 2) D-r Fr. Neugebauer — 40 cas de tumeurs enkystées du vagin observées par l'auteur.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber Sclerodermie. 2) D-r Fr. Neugebauer — 40 eigene Beobachtungen vaginaler Cysten.

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O SKLERODERMII

(5 przypadków).

Podał MAKSYMILIAN BIRO.

(Dok.—Zob.N. 49).

Liczne zmiany w naczyniach wzbudziły myśl o teorii naczyniowej. Ponieważ zmiany te miały charakter zapalny, ukazała się teoria zapalna (WOLTERS). W większości przypadków nie widywano objawów charakterystycznych dla początkowego okresu zapalenia, zaczęto więc chorobę uważać za pierwotne cierpienie tętnic (LAGRANGE). Brak rozszerzenia naczyń i przekrwienia nie zmusza jednak do szukania źródła sklerodermii w wyłącznem cierpieniu tętnic i pozwala śmiało na przyjęcie teorii zapalnej. Zmiany, napotykanne przy sklerodermii, mogą być uważane za wyraz zapalenia śródmiaższowego, przewlekłego, rozwijającego się zwolna, jako takie, bez poprzedzającego okresu ostrego. Sprawa ta polega na rozroście tkanki łącznej, w początkowych okresach obfitującej w komórki, a w późniejszych pociągającej za sobą włó-

kniste marszczenie, bez poprzednio ukazującego się wysięku lub rozlanego nacieczenia komórkowego. Lecz i ta teoria nie jest bez zarzutu. Czemu bowiem w niektórych miejscach, dotkniętych zmianami, naczynia są nietknięte? Jak sobie wobec teorii pochodzenia naczyniowego wytłumaczyć przypadki, w których objawy dotyczyły jednej całkowitej połowy ciała? Takie objawy zachodzić mogą tylko wskutek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Wobec tego, o zmianach naczyniowych należałoby pomyśleć, jako następnych. Pierwotną sprawą byłyby zmiany w układzie nerwowym.

Na korzyść teorii nerwowej przemawia mnóstwo faktów, napotykanych przy sklerodermii. Widujemy przy sklerodermii objawy nerwowe miejscowe i ogólne, objawy psychiczne, dziedziczność nerwową, spotykamy połączenie twardzieli z cierpieniami nerwowymi, znajdujemy ją niekiedy u chorych umysłowych (M. CALLMANN, HALLOPEAU), spostrzegamy zmiany w rozmaitych okolicach układu nerwowego. Jeśli się nawet okaże, że większość sklerodermików bywa wśród chorych nerwowych, umysłowych, że spotyka się sklerodermię u osób z dziedzicznością nerwową, że towarzyszą jej objawy nerwowe lub psychiczne, to na tej zasadzie nie możemy jeszcze stanowczo zaznaczać jej związku z układem nerwowym. Na to trzeba byłoby dowieść, że spotyka się ona częściej u osób z wymienionymi własnościami, niż u innych. Fakt zaś napotkania zmian w układzie nerwowym nie tylko nie przemawia za nerwowem pochodzeniem twardzieli, lecz nawet jej przeczy. Dowodziłby on jej wówczas, gdyby się zmiany te stale lub często napotykało w określonych częściach układu nerwowego. Takie objawy anatomo-patologiczne, któreby nam sprawę mogły wytłumaczyć, rzadko występują. Zwyródnienie samych jąder rdzenia przedłużonego i pęczków przednich rdzenia (CHALVET i LUYS) bywa niezmiernie rzadkie. Zmiany przednich korzeni rdzenia i nerwów obwodowych notowano tylko w jednym przypadku, i to powikłanym chorobą ADISON'a i zanikiem mięśni. Jeśli zmiany zachodzą w rozmaitych okolicach układu nerwowego, to musimy się zastanowić, czy zmiany te nie są wyrazem twardzieli, umiejscowionej w układzie nerwowym, a więc współrządne ze zmianami w skórze i innych narządach. Z układem nerwowym rozwiązanie tej sprawy łatwiej się udać może, niż z układem naczyniowym. Tu można wypowiedzieć takie przypuszczenie, ponieważ części układu nerwowego, które dotknięte zostają, mają różną budowę i czynność, naczynia zaś z natury rzeczy w rozmaitych okolicach ciała mało się różnią pomiędzy sobą. Gdy więc wolno się wahać, jeśli by nas chciało przekonywać, że zmiany, jakie znajdujemy w układzie nerwowym, są przyczyną tych spraw, które się ukazują w skórze, mięśniach i kośćcu, mielibyśmy z układem naczyniowym większe pod tym względem trudności, a to wskutek jednolitej budowy, zachodzącej w naczyniach. Jeśli zmiany w układzie nerwowym i naczyniowym są porozrzucane, jeśli są tego samego charakteru, co zmiany w innych częściach ciała przy sklerodermii, to przypuścić możemy, że są one wyrazem sklerodermii w układzie nerwowym i naczyniowym, współrządnym ze zmianami, napotykanymi w innych częściach ustroju. W jakikolwiek sposób zapatrywalibyśmy się na stosunek zmian w naczyniach do sprawy sklerodermicznej, przyznać musimy, że całkowicie na ich karb kłaść wszystkich objawów choroby niepodobna. Nie mogą one wystarczać do wytłumaczenia ogromnych zaników, zmian uwłosienia i paznogci, wreszcie owrzodzeń. Zmiany naczyniowe mogą być kolosalne, może dojść do zupełnego zamknięcia światła naczynia, a zaniki mogą być nieznaczące; taki stan widzimy przy

zatorach. W innych przypadkach spostrzegamy naczynia zupełnie nieuszkodzone, a zanik mięśni kolosalny (*atrophia musc. progressiva spinalis, poliomyelitis ant. acuta*) lub martwicę miejscową tkanek (odłężyny przy władzie rdzenia). Może więc zachodzić znaczne uszkodzenie tkanek, nawet ich zanik, bez udziału naczyń w tej sprawie; zaburzenia odżywcze zależą mogą od bezpośredniego wpływu układu nerwowego. Dla spraw tego rodzaju przypuszcza się zależność od specjalnych nerwów odżywczych i ich ośrodków. Wprawdzie nie umiemy dotychczas wskazać anatomicznie nerwów o tej specjalnej czynności, lecz istnienie ich nie może ulegać wątpliwości. Klinika każe je z góry przypuszczać i wierzy w to, że je w przyszłości w laboratoriach wykryją. Wszak zupełnie tak samo stała niegdyś sprawa istnienia oddzielnych nerwów ruchowych i czuciowych. Klinicyści (BELL) ją przewidzieli. Hipoteza o specjalnych nerwach i ośrodkach odżywczych ma już za sobą poważny zapas faktów. Spostrzegano (LEGROS i SCHIFF) upośledzone odżywianie grzebienia kur po przecięciu odnośnych nerwów, zanik jądra (NÉLATON i OBOLEŃSKI) po przecięciu *n. spermatici*, *keratitis neuroparalytica* po przecięciu nerwu trójdzielnego (KRAUSE, BERNHARDT), powiększenie ucha (BIDDER i STRICKER) i szybki porost włosów (SCHIFF) po przecięciu części szyjowej nerwu współczulnego, łysienie wysepkowate i zwyrodnienie nerwów obwodowych (JOSEPH) po przecięciu nerwów szyjowych, zmienione zabarwienie skóry (GAULE) po zniszczeniu zwojów rdzeniowych (*spinale Ganglien*), zanik kości i przyrost tłuszczu również po przecięciu nerwów, wreszcie odłężyny (CHARCOT) po wylewach krwi w mózgu. Z danych tych widzimy zarówno, że odżywianie tkanek nie zależy od nerwów specjalnych, lecz że czynności te spełniają nerwy, mające obok tego inne przeznaczenie. W pewnych więc nerwach przebiegają włókna o przewodnictwie dla wpływów odżywczych od odpowiednich środków. Doświadczenie nauczyło nas szukania dla zjawisk możliwie małej ilości przyczyn. Gdy pewien fakt zależy od kilku współcześnie działających czynników, mimowoli zadajemy sobie pytanie, czy wszystkie te czynniki nie dałyby się sprowadzić do jednego wspólnego mianownika. Wypowiadano też zdanie o sklerodermii, jako o trofoneurozie (SZCZERBAK). Sama ona jednak nie wystarcza. Myśmy się przekonali, że objawy sklerodermii zależą po części również od układu naczyniowego. Nikt nie przeczy, że układ nerwowy jest w wielkiej zależności od układu naczyniowego, lecz gdy głębiej zajrzymy w istotę rzeczy, przekonamy się, że czynność prawidłowa układu naczyniowego jest niemożliwą bez wpływów nerwowych. Układ nerwowy reguluje wszelkie czynności ustroju, a między innymi i czynności układu naczyniowego. Wystarczy przypomnienie plam ateromatycznych w naczyniach mięśnia sercowego (EICHHORST i MARTIN) i innych naczyniach (GIOVANNI) po przecięciu części szyjowej nerwu współczulnego, zmian w naczyniach kończyny dolnej, zwłaszcza stopy, po obłożeniu świeżo odpreparowanego nerwu kulszowego nitką, zwilżoną słabym roztworem soli kuchennej lub sody (LEWASZEW). Włókna naczynioruchowe przebiegają w niektórych nerwach czaszkowych. Wewnętrznej części oka dostarcza włókien naczynioruchowych nerw trójdzielny, język otrzymuje je drogą *n. hypoglossi* i *n. lingualis*, płuca i narządy brzuszne drogą nerwu błędnego. Inne nerwy naczynioruchowe przebiegają w rdzeniu i łączą się w substancji szarej z ośrodkami niższego rzędu. Głowa wraz z zawartym w niej mózgiem, otrzymują włókna naczynioruchowe drogą części szyjowej nerwu współczulnego. Do kończyn górnych przechodzą odnośne włókna przez korzenie prze-

dnie nerwów grzbietowych (4—10), które przebiegają przez *Grenzstrang* do pierwszego węzła piersiowego, a stamtąd przez gałązki komunikujące do splotu ramieniowego. Nerwy grzbietowe i lędźwiowe mieszczą w sobie włókna naczynioruchowe dla skóry tułowia. Trzy dolne piersiowe i trzy górne lędźwiowe przenoszą włókna dla kończyn dolnych, wchodząc w *plexus lumbalis* i *sacralis*, przechodząc przez 6—7-my węzeł lędźwiowy oraz 1—2-gi krzyżowy. Naczynia skóry, pokrywającej tułów i kończyny, otrzymują unerwienie drogą nerwów, zawierających włókna o innych własnościach, np. włókna czuciowe. Najpotężniejszy wpływ wywierają one na naczynia części obwodowych, na naczynia palców, uszu i nosa. W zależności od tych nerwów naczynioruchowych powstaje rozszerzenie lub zwężenie naczyń. Rozszerzeniem naczyń kierują inne włókna, niż zwężeniem. Dla obu tych czynności mamy oddzielne pęczki włókien. Obie te kategorie włókien przebiegają w jednym nerwie. W stosunku do bodźca, a właściwie do jego natężenia, występuje działanie nerwów rozszerzających lub zwężających naczynia. Słabe prądy elektryczne wywołują podrażnienie nerwów zwężających, silne — rozszerzających.

Wykazaliśmy zależność objawów sklerodermicznych od układu nerwowego; pozostaje nam rozstrzygnąć, od jakiej części tego układu sprawa ta zależy. Objawy jej powstać mogą wskutek zmian w nerwach obwodowych lub też częściach ośrodkowych. Nie możemy przeczyć, że w niektórych przypadkach umiejscowienie objawów każe przypuszczać zmiany w częściach obwodowych (EULENBURG, LEWIN i HELLER); lecz w większości przypadków rzecz ma się inaczej. Wszak najczęściej objawy dotyczą części symetrycznie leżących (przyp. 2, 3 i 4). W tych razach najłatwiej przypuścić zmiany w mleczu lub rdzeniu przedłużonym. W czterech przypadkach wraz z moim (przyp. 5) notowano dotychczas zmiany w jednej połowie ciała; wobec tego można byłoby sądzić, że zmiany dotyczą półkul mózgowych. Przeczą temu fakty przenoszenia się zmian z jednej połowy ciała na drugą (przyp. DINKLER'a i mój przyp. 5). Z tego względu musimy, wobec dotychczasowych wiadomości naszych o sklerodermii, przypuścić źródło cierpienia w rdzeniu lub mózgu przedłużonym. Wówczas byłoby możebnem jednoczesne zajęcie ośrodków dla prawej i lewej połowy ciała; nie byłoby wyłączone umiejscowienie sprawy w ośrodkach dla jednej połowy (przyp. 1) i byłoby zrozumiałem szerzenie się sprawy z jednej połowy na drugą (przyp. DINKLER'a i mój przyp. 5) lub zajęcie części symetrycznie ułożonych z przewagą objawów po jednej stronie (przyp. 3). Ostatecznie pozostaje rozstrzygnięcie pytania, czy sprawa zachodzi w mleczu, czy też w rdzeniu przedłużonym. Ponieważ objawy naczynioruchowe występują przy sklerodermii najczęściej jednocześnie z odżywczymi, trudno przypuścić, by dotknięte zostały odnośne włókna, rzadko przebiegające obok siebie; łatwiej się natomiast zgodzić, że dotknięte zostają ich ośrodki. Ośrodki naczynioruchowe leżą bowiem tuż obok odżywczych (DEHIO) w rdzeniu przedłużonym. Rdzeń tedy przedłużony, a w szczególności ośrodki jego naczynioruchowe i odżywcze, są siedliskiem zmian, warunkujących sklerodermię.

Rozpoznanie.

Zapoznaliśmy się z obrazem chorobowym, usiłowaliśmy wyrobić sobie możliwy w obecnym stanie wiedzy pogląd na patogenezę, lecz to nie wystarcza, byśmy mogli rozpoznawać cierpienie w każdym przypadku. Po długiem spostrzeganiu będziemy w stanie rozpoznać cierpienie; lecz cóż uczynić, gdy

chory raz się nam przedstawi w okresie choćby nieco posuniętym, lub gdy się zjawi w okresie początkowym cierpienia? Chory poskarży się na uczucie zimna w palcach, na ograniczenie swobody ruchów. Wobec braku danych przedmiotowych, uznamy skargi jego za objawy nerwicy, o naturze i następstwach której nie potrafimy nic powiedzieć. Usłyszemy skargi na utrudnione ruchy, stwierdzimy przedmiotowo zakłócenia ruchu, przeoczmy stwardnienia skóry (przyp, 1) i pomyślimy o stawach. Inny chory pokaże nam ograniczone obrzęki skóry lub plamy barwne na skórze, które po pewnym czasie znikają, a my nie zdamy sobie sprawy z cierpienia. Pokazują nam palce zaczerwienione i skarżą się na bóle w palcach, wahamy się pomiędzy rozpoznaniem sklerodaktylii i erytromelalgii. Sine palce mogą nam nasunąć myśl o chorobie RAYNAUD'a. Wobec zastrzałów i znieczuleń łatwo wpaść na myśl o chorobie MORVAN'a. Gdy członki palców ulegają martwicy, zjawia się podejrzenie o *lepra mutilans*. W razie wyłącznego zajęcia palców pomyśleć można o zapaleniu stawów. Zanik twarzy przy sklerodermii odróżniamy od zaniku samoistnego, bacząc na przebieg i zwracając uwagę na leżące obok ogniska stwardniałe. Oddzielne placki z zanikiem odróżniamy od trądu, na zasadzie objawów czuciowych: w sklerodermii czucie jest zachowane, w trądzie zniesione. Sklerodermię nosa łatwo przyjąć za *rhinoscleroma*; bardzo często sprawę może rozstrzygnąć jedynie badanie bakteriologiczne na laseczniki twardej nosa. Duże placki, powstałe wskutek przerostu tkanek, mogą nasunąć myśl o nowotworach; różne znów obrzęki i stwardnienia łatwo pomieszać z *elephantiasis*. Sprawę rozstrzyga w tych razach przebieg cierpienia; przy sklerodermii przerost ustępuje z czasem miejsca zanikowi, przy *elephantiasis* przerost bezustannie się wzmacnia.

Rokowanie.

Przypuśćmy, że rozpoznanie zostało ustalone i mamy postawić rokowanie. Zaiste, położenie trudne wobec cierpienia ciężkiego. Bezwzględnie rozpaczliwego rokowania stawiać nie należy (LEWIN i HELLER), zdarzają się bowiem wyleczenia (16% przypadków) i możliwą jest poprawa (30%); reszta się nie poprawia, a poważna część (24%) kończy się śmiercią. Takie stosunki zachodzą u dorosłych. U dzieci rokowanie jest lepsze: wyleczenie bywa częściej (31%); częściowa poprawa prawie taka sama, jak u dorosłych (28%); umiera znacznie mniej (10%). Sklerodermia nie sprowadza bezpośrednio śmierci. Najczęściej śmierć następuje wskutek powikłań (wada serca, suchoty, rozedma płuc, małokrwistość, nieżyty przewodu pokarmowego, zapalenie nerek). Lecz i bez nich niektóre zmiany sklerodermiczne mogą się przyczynić do szybszego zejścia śmiertelnego. Zmiany dokoła ust uniemożliwić mogą ich otwieranie i sprowadzić śmierć głodową. Owrzodzenia przyczynić się mogą do powstania zakażeń (HALLOPEAU, KAPOSI). W każdym przypadku przygotować musimy chorego na to, że cierpienie jego jest długotrwałe. Trwa ono lata i dziesiątki lat (10—48 lat); szybkie wyleczenie (w ciągu dwóch tygodni) należy do rzadkości i możliwe jest tylko u dzieci. Im większy obszar zajmują zmiany, tem trudniej spodziewać się można poprawy: postaci rozlane dają znacznie gorsze rokowanie, niż ograniczone. Po ograniczonych zmianach niekiedy pozostają nieduże zakłócenia czynnościowe, czasami tylko ślady w postaci blizn lub części pigmentowanych. Im cierpienie jest dalej posunięte, tem rokowanie jest gorsze. Wobec zaniku mięśni i kości trudno liczyć na poprawę; w okresie obrzęku

poprawa jest możliwą. Obrzęk znika niekiedy po miesiącach, niekiedy po kilku dniach (3 dni do 2 miesięcy). Nie należy tracić nadziei nawet w okresie stwardnienia. Może ono zniknąć (GRAHAM) i tkanki mogą zmięknąć (SCHWIMMER). Dochodzi niekiedy do tego, że skóra, uprzednio stwardniała, ponownie daje się ująć w fałdy (KAPOS) i pokrywa się świeżym włosom (DINKLER). W takich razach ustać może zakłócenie ruchów. Lecz i w najlepszym razie nie możemy być pewni, że poprawa będzie trwałą. Gdy objawy chorobowe znikają w jednym miejscu, mogą one się ukazać w drugim (KOCHER, HAYEM). Zresztą obszary z widoczną poprawą mogą po pewnym czasie uleść ponownym zmianom. Gdy części stwardniałe z czasem zmiękły, niespodzianie nanowu ukazać się może stwardnienie. Niepewność nasza jest tem gorsza, że trwać może lata; notowano bowiem nawroty cierpienia po trzech latach (STERNBERG).

Leczenie.

Walka z tak ciężkiem cierpieniem, jak sklerodermia, jest niezmiernie trudna. Ponieważ jednak zdarzają się przypadki samoistnego powrotu do zdrowia, przeto nie należy wątpić, że istnieją warunki, sprzyjające wyzdrowieniu. Gdybyśmy umieli podpatrzeć te warunki, znaleźlibyśmy racjonalną metodę leczniczą. Dotychczas kierowano się grubą empiryą. Szukano po omacku i nic nie znaleziono. Stosowano środki wzmacniające wewnętrzne, wzdolcznictwo w najrozmaitszej postaci, elektroterapię, działano na skórę środkami napotnymi, wcierano w nią maści, dawano leki przeciwgośćcowe, zalecano leczenie przeciwpriymiotowe, wreszcie w czasach ostatnich uciekano się do modnej obecnie organoterapii (FRANKE, SCHÆFFER, NEISSER, HELLER, CHAUFFARD, MARSH). Osobiście próbowałem tyreoidyny i naturalnie nic o jej skutkach powiedzieć nie mogę, jak również nie można wypowiedzieć zdania o żadnej z wymienionych metod leczenia przy ciężkiem tem cierpieniu. Czynienie spostrzeżeń nad wartością metody leczniczej jest w tej sprawie niezmiernie trudne, ze względu na długotrwałość choroby i jej nawroty. Jeszcze dużo pracy wymaga poznanie jej natury, a leczenie należy do przyszłości.

LITERATURA.

ARNING. Weitere Bemerkungen über Sclerodermie. Würzburg. med. Zeitschr. 1864. AUSPITZ. Wiener med. Wochenschrift. 1863 str. 47. BALL. Société méd. des hopitaux. 1874. BERNHARDT i SCHWABACH. Drei Fälle von Sklerodermie. Berl. klin. Wochenschr. 1875. 633—636. BESNIER. Annales dermat. et syphilig. str. 83, 91. BINZ. Beobachtungen zur inn. Klinik. Bonn. 1864. BIRO. Sclerodermia. Gazeta Lekarska. 1393. N. 23 i nast. BOUTTIER. De la sclérodemie. Thèse de Paris. BRETON. Essai sur la sclérodemie. Thèse de Paris. 1866. CASPARI. Deutsche med. Wochenschrift. 1878. N. 12. CHAUFFARD. Thèse d'agrégation. Paris. CHIARI. Ein Fall von Sclerodermia universalis, Autopsie. Vierteljahrschrift f. Dermat. u. Syph. 1878. str. 189. COLLIN. Thèse doct. Paris. CROCKER. British med. Journal. Str. 736. CRUSE. St. Petersburger med. Zeitschr. 1875. Str. 306. DEHIO. Raynaud'sche Krankheit. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1893. DINKLER. Zur Lehre von der Sklerodermie. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1892. 514, 577. ERBEN. Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph. 1888. EULENBURG. Ueber Sclerodermie. Deutsche med. Wochenschr. 1894, N. 21. EULENBURG. Ueber Sclerodermie. Sitzungsberichte. Berl. Verein. f. inn. Med. Posiedz. z d. 30. IV. 94. FORGET. Revue médico-chirurg.

février. 1848; ref. Würzburg. med. Zeitschrift. 1861. FOERSTER. Würzburger med. Zeitschrift. Tom II, str. 294. FOX. The Lancet. 1876, 10 lipca. FREMY. Thèse doctor. de Paris. 1874. N. 420. FRIEDHEIM. Einige kasuistische Beiträge zur Kenntniss der Sclerodermie. Deutsche med. Wochenschrift. 1894. N. 9. FRIEDHEIM. Beitrag zur Kenntniss der Sklerodermie. Münch. med. Wochenschr. 1895. N. 19. GAJKIEWICZ. O zaburzeniach odżywczych, a w szczególności o twardzieli skóry. Księga pamiątkowa, ofiarowana prof. HOYEROWI. 1884. GARROD. A case of sclerema neonatorum, ending in recovery. Lancet. 1895. Mai 4. GEBERT. Sitzungsberichte. Berlin. Verein f. inn. Med. Posiedz. z d. 2 lipca 1894. GIBNEY. Archiv of Dermat., Philadelphia. 1879. Wedł. Auspitz'a „System der Hautkrankheiten“, 1881, str. 95. GILLETTE. Deux cas de Sclérome simple. Actes de la société médicale des hôpitaux de Paris. 1854. str. 279. HERZOG. Ein Fall von Sklerodermie. Deutsche med. Wochenschr. 1894. N. 9. HOLLEFREUND. Inaugural Dissert. Greifswald. 1874. HOPPE-SEYLER. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1889. JAQUET et SAINT-GERMAIN. Lésions de la moëlle (myélite cavitaire) dans la sclérodermie. Société de dermat. et de syph. Séance du 22 avril 1892. Bulletin de la société française de dermat. et syph. Avril. 1892. N. 4. JEANSELME. Coëxistence de goitre exophtalmique et de sclérodermie. Association française pour l'avancement des sciences. Semaine méd. N. 45. KOCHER. Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte. 1878. LAGRANGE. Contribution à l'étude de la sclérodermie avec arthropathies et atrophies osseuses. Thèse de Paris. 1874. LASSAR. Sitzungsberichte Berl. Ver. f. inn. Med. Posiedz. 7. V. 94. Wedł. Centralbl. f. inn. Med. LEWASZEW. Archiv f. pathol. Anatomie. Tom 92. LEWIN i HELLER. Die Sclerodermie. Eine monograph. Studie. Berlin. 1895. MADER. Ein Fall von Sclerodermia universalis. Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1878, str. 188. MARSH. A case of acute diffuse scleroderma occurring in a child two years and three months of age; marked improvement following the administration of dissicated thyroid gland. Med. News 1895. April 20. Wedł. Centralbl. f. inn. Med. MENDEL. Deutsche med. Wochenschr. 1890, N. 34. MERY. Annales de Dermat. 1889, str. 829. MONSCHAU. Dissertation, Greifswald. MOSLER. Virchow's Archiv. 1865, str. 321, tom XXXIII. Zur Casuistik des Hautsclerems bei Erwachsenen. NEISSER. Verhandl. des IV Congr. der deutsch. dermat. Gesellsch. Breslau. 1894, str. 463. NEUMANN. Beiträge zur Kenntniss der Sclerodermie. Wiener med. Presse. 1872. NEUMANN. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien. 1876, str. 396. PISKO. Ein Fall von Sklerodermie. New-Yorker med. Wochenschr., 1894. N. 6. Wedł. Centr. f. inn. Med. RAYNAUD. Archives générales de médecine. 1874. SCHULZE. Sklerodermie an den gelähmten Gliedmassen bei Myelitis dorsalis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. IV. SCHUETTE. Verhandl. der Berl. dermat. Gesellschaft. 1893, 500—501. SIMPSON. British Medical Journal. Tom I., str. 1089. SINGER. Zur Pathologie der Sklerodermie. Berl. klin. Wochenschr. 1895. N. 11. SPIELER. Dissertation. Bonn. TESTUT. Thèse de Paris. 1876. N. 458. THIRIAL. Union médicale. 1847. Str. 442. WADSTEIN. Ein Fall von Sclerodermia diffusa. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1896. Str. 36. WERNICKE. Beitrag zur Lehre vom Hautsclerem. Jena. WESTPHAL. Zwei Fälle von Sclerodermie. Charité—Annalen. Berlin 1876, str. 341. VIDAL. Atrophie cutanée: lésion trophique consecutive à une paralysie d'origine périphérique. Gaz. méd. de Paris, 1877. Str. 363. WOLTERS. Beitrag zur Kenntniss der Sclerodermie. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Str. 733. WOLTERS. Zur pathologischen Anatomie der Sklerodactylie (Sklerodermie der Extremitäten). Arch. f. Dermat. u. Syph. 1895. ZAMBACO i BERILLON. Sclérodermie avec Sclérodactylie. Annales de Dermat. et Syph. Paris. 1893, 351.

40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych,

podał Fr. L. NEUGEBAUER.

(Dok.—Zob. N. 49).

24) Ita Ark. 29. XII. 1894. Lat 32, od 15 lat zamężna, *IV-para*. Przez pierwsze 9 lat małżeństwo było bezdzietne, w 10-ym roku małżeństwa Ita A. przechodziła tyfus i w rok później po raz pierwszy zaszła w ciążę. Obecnie znów od 21 tygodni jest ciężarną. Torbiel wielkości połowy gęsiego jaja na przedniej ścianie pochwy; podłużny wymiar jej przebiega od góry i od zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz; ku górze jama torbieli zwęża się lejkowato. Torbiel należy do prawej strony pochwy. Przy badaniu chorej w zwykłym położeniu ginekologicznem czyli grzbietowo-pośladkowym, torbiel sterczy w ujściu pochwy i czyni wrażenie, jakby nasada jej leżała w linii pośrodkowej; zupełnie odmienny jest obraz, gdy się bada chorą ułożoną *à la vache*: odrazu widać boczne położenie torbieli. [W celu topograficznego określenia położenia torbieli pochwowych ściany przedniej, oparty na bogatym doświadczeniu własnem, radzę bezwarunkowo dokonać badania, ułożywszy chorą *à la vache*; również operacyi odpowiednich dokonywałem prawie zawsze w temże położeniu, posługując się trójramiennym wziernikiem ś. p. Ojca mego lub też rynną Sims'a]. Torbiel pokryta była błoną śluzową niebieskawo-czerwonawą, obrzękłą, grubą. Z powodu ciąży wstrzymałem się na razie od interwencyi operacyjnej, ponieważ doświadczenie uczyło, że torbiel ta i przy poprzednich porodach nie przeszkadzała. Była to *cystis Gartneriana*.

25) Wanda Ł. 7. IX. 1895. Lat 30, od 10-iu lat zamężna, *V-para*. 4 porody we właściwym okresie ciąży odbyły się pomyślnie, dwa tygodnie temu-dwumiesięczne poronienie. Torbiel o ścianie sinawej, przeświecającej, wielkości wiśni, w prawem sklepieniu pochwy, tuż przy samej szyi macicznej położona. Torbieli nie operowałem, ponieważ chora tylko raz jeden w ambulanse szpitalnym się zjawiła.

26) Gitla R. 11. IX. 1895. Lat 34, od 10-iu lat zamężna, *VII-para*. 3 torbiele pochwowe; torbiel wielkości jaja gęsiego, średnio napelniona, wiotka, po prawej stronie przedniej ściany pochwy położona; ściany torbieli tej ścięnczone, na szczycie torbieli przeświecające, w tem miejscu fałdy błony śluzowej pochwowej są jakby rozsunięte, tak, że jedna od drugiej odstaje dalej, niż na ścianach bocznych torbieli; rozszerzenie naczyń na powłoce torbieli, zanik uciskowy powlekającej torbiel błony śluzowej pochwowej. Podłużny wymiar torbieli przebiega od góry i od zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz. Resekcyja podług SCHROEDER'a; zawartość torbieli śluzowata, białawo-żółtawa, lepka. Jama torbieli ku górze lejkowato się zwęża i kończy się w głębi lejka ślepo. Koniec palca nie dochodzi do dna samego lejka. Druga mniejsza torbiel znajduje się w prawem sklepieniu pochwy, tuż przy samej szyi macicznej, a trzecia, również mała, w lewem sklepieniu pochwy; ta ostatnia torbiel, jak się przy operacyi okazało, składała się z dwóch małych, ściśle ze sobą połączonych, lecz nie komunikujących torbieli i miała ściany o wiele więcej napięte, niż wymieniona wielka torbiel. Kształt dwóch małych spojonych ze sobą tor-

bieli przypominał kształt dwóch kulek różańca. Resekcja wszystkich tych, prawdopodobnie GARTNER'owskich torbieli. Kolega STEINHAUS znalazł torbiel tę wysłaną nabłonkiem cylindrycznym.

27) Maryanna W. 23. IX. 1895. Lat 32. *III-para*. Torbiel wielkości wiśni w tylnym sklepieniu pochwy po stronie prawej, tuż przy samej szyi macicznej. Zawartość krwista.

28) . Zofia Ja . . . 3. I. 1896. Lat 26, niezamężna, *I-para*, przybyła do kliniki wskutek *dysuriae et pollakisuriae* przy niezycie pęcherza. Przy badaniu stwierdzono ciekawą anomalię pochwową. Znalezione na prawej połowie przedniej ściany pochwy torbiel chęlbocząca, wielkości połowy jaja kurzego, której nasada sięgała aż na jeden centymetr poniżej szyi macicznej ku górze i na dwa cm. powyżej brzegu *hymenis* ku dołowi; wymiar podłużny torbieli przebiegał od zewnątrz i od góry ku wewnątrz i ku dołowi. Na szczycie torbieli powlekająca ją błona śluzowa pochwy zanikła, rozcieńczona, fałdy jej rozsuniete, w większych od siebie odstępach, tutaj ściana torbieli przeświecała, po bokach zaś nie. Torbiel w całości wyłuszczone została przez pierwszego asystenta mego kol. KRAKOWA, przy dosyć znacznem krwawieniu z głębi siedliska torbieli; albowiem torbiel, czego przed operacją nie rozpoznano, sięgała dosyć wysoko ponad sklepienie pochwy czyli w *parametrium*, zwężając się lejkowato ku górze. Badania drobnowidzowego dokonała panna D-r ZIELIŃSKA, za co składam jej uprzejme podziękowanie. Dnia 28. I. 1896 otrzymałem od panny ZIELIŃSKIEJ opis następujący: „Preparat stwardniony w alkoholu zatopiłam w parafinie, zabarwiłam hematoksyliną i eozyną. Ściana pochwy wysłana nabłonkiem płaskim, brukowym, wielowarstwowym, bez śladu gruczołów. W nabłonku można rozróżnić wyraźnie dwie warstwy: wewnętrzną od strony pochwy, złożoną z bardzo spłaszczonych komórek, o jądrze również płaskim, mocno zabarwionem, i zewnętrzną, złożoną z komórek wielokątnych o jądrze pęcherzykowatym. Pod nabłonkiem luźna tkanka łączna z niewielką ilością komórek limfoidalnych, na zewnątrz warstwa poprzecznie i podłużnie przeciętych mięśni gładkich. Ściana torbieli łączno-tkankowa, mniej więcej ściśle utkana, zawiera wiele fałd, które sterczą brodawkowato. We wnętrzu torbiel przeważnie nie pokryta nabłonkiem, miejscami tylko nabłonek kubiczny o mocno zabarwionem jądrze, oraz w niewielu miejscach kępki nabłonka cylindrycznego, trzymającego się luźno ściany. Po za torbielą dość gruba warstwa poprzecznie i podłużnie przeciętych mięśni gładkich“. Ranę zaszyto w górnych dwóch częściach, dolną zaś wytamponowano gazą. Gdy po prawej stronie pochwy znaleziono wyżej opisaną torbiel, po stronie lewej na przedniej ścianie pochwy znaleziono zagłębienie w rodzaju krypty, do którego wdrażał koniec palca. Zgłębnik, do owej krypty wprowadzony, powyżej zjawiał się znów w świetle pochwy, a przy napięciu ścian pochwy znaleziono tam drugą torbę, u góry ślepo zakończoną. Prawdopodobnie były tam pierwotnie dwie torbiele łączące się ze sobą, lub jedna torbiel zwężona po środku, tak, że dwie jej odnogi przypominały kształt paciorków („*rosenkrantzformige Abschnürungscysten*“). Obie te torbiele prawdopodobnie *sub partu* pękły, pozostawiając po sobie znalezione dwie krypty. Możliwość przypuścić szczątkową drugą pochwę, lecz charakter błony, obie zatoki wyścielającej, gładkiej, równej, bladej, błyszczącej, oraz równoczesne istnienie prawostronnej torbieli, przemawiają za tem, że mamy tutaj do czynienia z dwiema torbielami GARTNER'a, z których podłużna, lewostronna, w dwóch miejscach pękła

sub partu, pozostawiając dwie torebki i mostek, który je od siebie oddzielał. Głównie zaś za tem przemawiały blizny na brzegach tych torebek.

29) Ruchla L. 3. VII. 1889. Lat 21, od trzech lat bezdzietnie zamężna. *Cystis infraurethralis lateralis parietis vaginae*.

30) O. L. . . 2. VII. 1896. Lewostronna torbiel GARTNER'a, wielkości orzecha włoskiego, o ścianie przeświecającej i chęlbocząca, leżąca w bocznem sklepieniu pochwy i sięgająca do samego *parametrium*, jak to badanie przez odbytnicę wykazało. Światło torbieli ku górze zwężało się lejkowato, jama torbieli tamże ślepo była zakończona, jak się przy operacji pokazało. Resekcja i obszycie brzegów ambulatoryjnie dokonane. Zawartością torbieli była ropa. 9 miesięcy temu jeden z kolegów dokonał przekłucia torbieli, od owego czasu pani L. miewała stale odchody ropne i z tej tylko przyczyny, nie z powodu jakichkolwiek bólów i t. d., obecnie się do mnie zgłosiła.

31) X. T. 5. III. 1896. Lat 26, *IV-para*. Torbiel przewodu prawego GARTNER'a wielkości wiśni, położona po prawej stronie przedniej ściany pochwy tuż powyżej *hymenis* i stercząca w otworze pochwy. Resekcja podług SCHROEDER'a.

32) Ryfka G. 17. III. 1896. Lat 33, od 13 lat bezdzietnie zamężna; *hypoplasia uteri, cystis infraurethralis vaginae*. Torbiel wielkości małej wiśni, o zawartości krwisto-słuzowej, jak się przy resekcji pokazało.

33) S. S. 23. IV. 1896. Lat 36, zamężna, *VI-para*. Torbiel wielkości niespełna orzeszka laskowego, tuż poniżej ujścia cewki moczowej położona, *Cystis vaginalis paraurethralis*. Resekcja ambulatoryjna.

34) Anna S. 7. XI. 1896. Lat 24, *IV-para*. *Cystis Gartneriana* wielkości wiśni na przedniej ścianie pochwy, w odstępnie 1 ctm. od resztek błony dziewiczej po stronie lewej. Ściany torbieli sinawo przeświecające. Resekcja ambulatoryjna kopuły tej torbieli. Badanie drobnowidzowe, przez kol. MONSTORSKIEGO dokonane, ujawniło zanik nabłonka wewnętrznej ściany torbieli wskutek ucisku. Zawartość torbieli surowicza z domieszką krwi. Po stronie prawej zupełnie symetrycznie ze stroną lewą znalazłem torebkę podobną, takież wielkości, jak torbiel lewostronna; torebka ta powstać musiała wskutek samowolnego pęknięcia i opróżnienia się torbieli dolnego końca prawostronnego przewodu WOLFF'a. Spostrzeżenie to należy do rzadkich, albowiem mamy przed sobą symetrycznie położone torbiele obu przewodów WOLFF'a. Chorą przysłał mi kol. STĘPKOWSKI.

35) Marya N. Lat 42, *nullipara*; opuszczenie macicy. Torbiel GARTNER'a w lewym sklepieniu pochwy na przedniej ścianie tejże. Torbiel o mało napiętych i sinawo przeświecających ścianach, wielkości małej śliwki.

36) X. X. 16. XI. 1896. Lat 25, *nullipara*. Dokonałem dnia 21. X. 1896 koeliotomii wskutek obecności zwyrodniałych wielokomorowych torbieli jajnika przy równoczesnem zwyrodnieniu prawej trąbki oraz *ascites*. Po usunięciu nowotworów w pozycji obwisłej TRENDLENBURG'a, wyłuszczyłem jeszcze z głębi jamy DOUGLAS'a, a raczej z pod niej, leżącą więcej po lewej stronie torbiel wielkości węgierki, o zawartości surowiczej, przezroczystej, o ścianie twardej jak pargamin. Torbiel ta nie miała związku ścisłego z macicą, lecz leżała jakby luźno z sąsiedztwem połączona w tkance łącznej *baseos parametrium* tuż przy macicy. Nie otrzymałem jeszcze wyniku badania drobnowidzowego, sądząc jednak z położenia topograficznego tej torbieli oraz jej wyglądu, nie mogę jej istoty inaczej sobie wytłumaczyć, jak widząc w niej

torbiel GARTNER'a lewostronną. Na 100 przeszło operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, pierwszy raz natrafiłem na torbiel tego rodzaju, w samej podstawie *parametrii*.

Do tych 36-iu spostrzeżeń nienaruszonych torbieli pochwowych dodaje jeszcze cztery spostrzeżenia własne, dotyczące prawdopodobnie samowolnie pękniętych torbieli, których pozostałości zdradzają się dziś jako krypty pochwowe, wysłane nie błoną śluzową pochwy, lecz błoną gładką, bez wszelkich fałd, o brzegach bliznowatych.

37) Henryeta G. 29. X. 1885. Lat 30, od 12-tu lat zamężna, *IX-para*. Po prawej stronie tylnej ściany pochwy zagłębienie (*crypta*), koniec palca wpuszczające w kierunku ku górze i ku zewnątrz. Torebka wysłana równą, gładką błoną, bez fałd, błonie śluzowej pochwy właściwych.

38) Chaja T. 22. XII. 1887. Lat 26, od 8-iu lat zamężna, *II-para*, zagłębienie na średniej wysokości tylnej ściany pochwy.

39) Maryanna P. 5. IV. 1888. Lat 19, panna. Głębokie gładkościenne zagłębienie $2\frac{1}{2}$ ctm. powyżej ujścia cewki po stronie lewej na przedniej ścianie pochwy położone.

40) Emilia S. 19. III. 1891. Lat 36, *IV-para*, Gładkościenne zagłębienie na prawej połowie tylnej ściany pochwy, od pękniętej torbieli pochodzące.

Dnia 2. X. 1896 widziałem w oddziale kol. ANDERSA w domu podrzutków 14 - dniową dziewczynkę, o prawostronnej, wielkości groszku torbieli pochwowej, która, wypuklając się na zewnątrz, przesunęła otwór błony dziewiczej zupełnie ku stronie lewej.

Prócz tych 40-tu spostrzeżeń własnych, pozwalam sobie jeszcze przytoczyć tutaj 6 spostrzeżeń, dotyczących torbieli pochwowych, przez ś. p. Ojca mego operowanych, podług dzienników klinicznych:

1) Krystyna S. 14. XI. 1879. Lat 25, *II-para*; dwie torbiele pochwowe powyżej ujścia pochwy, jedna po stronie lewej na przedniej ścianie pochwy, druga po stronie prawej na tylnej (?) ścianie pochwy położona. Resekcja. (Pam. Warsz. Tow. Lek. Tom X, seryi V. Og. Zbioru T. 66. p. 206).

2) Marya F. 25. VII. 1876. Lat 20, *II-para*. Torbiel wielkości laskowego orzeszka, o zawartości krwisto-surowiczej, na przedniej ścianie pochwy stercząca w jej ujściu. Resekcja.

3) Maryanna K. 3. V. 1877. Lat 24, *II-para*. Resekcja dwóch torbieli przedniej ściany pochwy.

4) Wanda M. 8. V. 1878. Lat 30, *II-para*. Resekcja wielkiej torbieli przedniej ściany pochwy.

5) Agata B. 6. V. 1881. Lat 31, *V-para*. Resekcja torbieli wielkości orzecha laskowego, na przedniej ścianie pochwy osadzonej.

6) Katarzyna U. 5. VI. 1887. Lat 28, *II-para*. Resekcja małej torbieli, w górnej części przedniej ściany pochwy położonej.

Z 40-tu własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych część przypada na czas 6 - letniej asystencji mojej w klinice giniatrycznej ś. p. Ojca mego, część na ambulatoryum prywatne, a część na prowadzony przezemnie od lat trzech oddział ginekologiczny szpitala Ewangelickiego.

Większość wyżej wyliczonych spostrzeżeń dotyczy torbieli GARTNER'a czyli tworów pseudohermafrodytycznych, albowiem chodzi tu o torbielowate rozszerzenia—ektazy—przewodów MALPIGHI'ego, WOLFF'a, GARTNER'a, odpo-

wiadających *vasis deferentibus* mężczyzny. (Patrz pracę moją: „Rzadki przypadek prawidłowego miesiączkowania przez otwór niezwykle przy wrodzonym zarośnięciu pochwy“ „Medycyna“ 1893, N. 21, gdzie też wymienilem trzy spostrzeżenia torbieli pochwowych). W pozostałych zaś spostrzeżeniach były po prostu torbiele retencyjne PREUSCHEN'a, z wyjątkiem torbieli infrauretralnych. Torbieli, będących w związku z podwójnością pochwy (FREUND), dotąd nie napotykałem.

Co się tyczy rozpoznawania torbieli pochwowych, to wielką wartość przedstawia badanie chorej w ułożeniu *à la vache*, skoro chodzi o torbiele przedniej ściany pochwy, albowiem w tem ułożeniu odrazu uwidocznia się topograficzne usadowienie tych torbieli, gdy przy badaniu chorej w pozycji grzbietowo-pośladkowej, bardzo łatwo można się omylić w określeniu usadowienia torbieli.

W większości przypadków torbiele pochwowe prawie że nie wywołują żadnych dolegliwości, mogą jednak czasami powodować bóle, uczucie ucisku lub parcia ku dołowi, a nawet być przyczyną nietylko „*dyspareuniae*“, ale nawet niemożebności „*immissionis penis*“, oraz bezpłodności. W miarę większego napełniania się torbieli może ona wypuknąć się z pochwy w postaci polipa; w takich razach torbiel okazuje się osadzoną jakby na nóżce, np. w przypadkach moich 7, 14 i 15. W innych razach torbiel pęka *sub partu* lub *sub coitu*, albo zupełnie zanika przy szerokim naddarciu, lub też znajdujemy później tylko jej resztki w kształcie jam, zatok, krypt pochwowych, koniec palca wpuszczających, ku górze zwykle lejkowato zwężonych i sondę na 1 do 3 centymetrów przepuszczających; pozostała ślepo zakończona u góry zatoka, jakby *diverticulum vaginae*, nie jest jednak wysłana błoną śluzową pochwy. Czasami u jednej i tej samej kobiety istnieje po kilka krypt tego rodzaju, cały szereg nawet niekiedy, jak to miałem sposobność spostrzegać trzy razy na tylnej ścianie pochwy, a dwa razy na przedniej.

Torbieli pochwowych pochodzenia urazowego *sub coitu* lub *sub partu*, z powodu *paravaginitis dissecans*, po opróżnieniu ropnia — dotąd nie spostrzegałem, jak również nie miałem sposobności napotkać *hygroma vaginae*. Nie spostrzegałem dotąd wytworzenia się kamieni w torbieli pochwowej, jak to opisał CHERON.

Nie spostrzegałem dotąd, pomimo stosunkowo wielkiej liczby spostrzeżeń własnych, torbieli GARTNER'a komunikującej z cewką, jak w przypadku, który opisał SKEENE (patrz Centr. f. Gyn. 1896, N. 46, p. 1180, podług pracy ogłoszonej w Med. Record 1896. Mai 16. „*Ein merkwürdiger Fall von Offenbleiben des Gartner'schen Ganges*“). Sk. spostrzegał 15 - letnią dziewczynę, o stałej, nie moczowego pochodzenia, wydzielinie z cewki. W pochwie znaleziono u góry małą fałdę błony śluzowej, ciągnącą się od górnej trzeciej części pochwy ku miejscu połączenia szyi macicznej z pochwą. Cystoskop na razie w cewce nic chorobliwego nie wykrył, dopiero podczas cofania cystoskopu zauważono nagle, że jakiś płyn strumieniem przez cienki otwór w ścianie cewki do niej się wlewa. Widocznie cystoskop przez ucisk przymknął otworek ten, wskutek czego większa ilość płynu się zebrała, która też po cofnięciu cystoskopu do cewki strumieniem się wylała. Fałda owa widocznie zawierała przewód GARTNER'a, którego zresztą sondować nie było można. S. podwiązał przewód ten od strony pochwy, tuż powyżej cewki. Nazajutrz fałda znacznie narzmiła. Obecnie S. rozciął fałdę, wypuścił z niej około trzech gramów

przezroczystego płynu, później całą fałdę wyciął. W wyciętym preparacie znaleziono przewód. Od strony rany pochwowej można było wprowadzić sondę aż do *parovarium*. Cały przewód zarósł po wstrzykiwaniu jodiny z kwasem karbolowym.

Na 40 spostrzeżeń własnych liczę 38 kobiet zameężnych, z tych 10 bezdzietnych, i dwie panny. Bynajmniej nie przypuszczając, aby w każdym przypadku obecność torbieli pochwowej była przyczyną bezpłodności, jednak twierdzić muszę, że niekiedy większa torbiel pochwy może napewno powodować bezdzietność, jak to w przypadkach moich 3—5 i 14-ym miało miejsce.

Małe torbiele pochwy nie wymagają żadnego leczenia, przy większych zaś najbardziej odpowiednią jest — częściowa resekcja ścian torbieli, przez SCHROEDER'a zalecona, z obszyciem brzegów lub bez tegoż, zależnie od unaczynienia ścian i krwawienia następczego. Sposób ten, bardzo zresztą prosty, nadaje się zwłaszcza, gdy chodzi o torbiel wysoko w pochwie leżącą, a nawet do *parametrium* sięgającą lub wreszcie komunikującą z torbielą parowaryalną¹⁾. Zwyczajna resekcja wypukłości torbieli zupełnie wystarcza do wywołania zaniaku torbieli, gdy jednorazowe opróżnienie przez nakłucie lub nacięcie pozostaje zwykle bez skutku, otwór ponownie się zamyka i następuje recydywa, jak to sam spostrzegałem. W innych znowu razach przekłucie powoduje długotrwałe ropienie (patrz spostrz. 30), jeżeli tylko nie zachowamy ściśle zasad aseptycznych. Wyluszczenie torbieli w całości ma dużo stron ujemnych: wymaga dużo czasu, daje większą ranę, zwykle przy wyluszczeniu torbiel pęka, wreszcie powoduje obfite krwawienie z głębi rany, jak w przypadku 28-ym, przez kol. KRAKOWA operowanym, gdzie torbiel sięgała nadspodziewanie wysoko, aż do samego *parametrium*, i gdzie potrzeba było uciec się do obklucia miejsca krwawiącego, co najniepotrzebniej zajęło dużo czasu.

Aby nie powtarzać rzeczy znanych, pomijam dzisiaj różne hipotezy o powstawaniu torbieli pochwowych oraz badania drobnowidzowe, tembardziej, że sprawa ta niedawno rozpatrywana była w naszym piśmiennictwie lekarskim przez kolegów ZWEIGBAUMA i WARSZAWSKIEGO²⁾.

STRESZCZENIA i WYCIĄG!

131. Prof. KRÖNIG. O upustach krwi.

Alb. ALBU. Toż samo.

ALBU uważa upust krwi nie za *indicatio morbi*, lecz za *indicatio vitae*, gdyż nie jest to środek uniwersalny lub specyficzny w pewnych chorobach, lecz raczej stanowi drogocenny środek leczniczy przy wielu niebezpiecznych stanach, wikłających najróżniejsze choroby. Wskazania do upustu krwi mogą być podzielone na 2 kategorie. Do pierwszej należą: zaburzenia w narządzie naczyniowym i oddechowym, podwyższenie ciśnienia krwi w oddzielnych narządach i nawały do

¹⁾ Patrz spostrzeżenie WATT'a, ARMAND'a ROOTH'a. Londyn 1894. (On cases of associated parovarian and vaginal cysts formed from a distended Gartner's duct) oraz inne.

²⁾ Według badań KLEIN'a, GROSCHUFF'a i REICHEL'a skonstatowano na nieprzerwanej seryl skrawków z trupa 4 1/2 miesięcznej dziewczynki, że przewody WOLFF'a przebiegają wzdłuż bocznych ścian pochwy aż do błony dziewiczej, której nabłonek przebijają, otwierając się do pochwy. Z tych przewodów powstają tobiele parawaginalne oraz torbiele hymenis, gdy torbiele *septi urethrovaginalis*, *cystides infra-*, *paraurethrales*, czasami przechodzące w parauretralne ropnie, pochodzą od gruczołów SKENE'a, które stanowią *homologon* gruczołów *prostatæ* męskiej.

nich; do drugiej — zbytne nagromadzenie we krwi normalnych produktów przemiany materii lub też obecność we krwi pierwiastków obcych. Wskazania mogą się w najrozmaitszy sposób kombinować lub też przechodzić jedno w drugie.

W pierwszym rzędzie należy postawić zapalenie płuc włóknikowe i obrzęk płuc, gdzie jako skutek zmian patologicznych w płucach następuje otrucie ustroju kwasem węglanym, podwyższenie ciśnienia w małym krwiobiegu i obniżenie w dużym; upust krwi w takich razach, w ilości 200—300 ctm., powoduje zniknięcie lub ewentualnie zmniejszenie sinicy, osłabienie duszności, podniesienie siły tętna. KRÖNIG twierdzi, że najstosowniej jest puszczać krew na krótko przed oczekiwanym przełomem choroby, przy grożącym niebezpieczeństwie osłabienia prawej komory serca, kiedy *analeptica* żadnego skutku nie odnoszą. ALBU zaś jest zdania, że upust krwi przy włóknikowym zapaleniu płuc nie powinien być uważany jako *ultimum refugium*, kiedy w tchawicy chorego słychać groźne rżenia, lecz wtedy, kiedy dopiero grozić zaczyna obrzęk płuc; nadto ALBU jest zdania, że upusty krwi należy stosować tylko u osobników w wieku młodym, silnej budowy i przy zajęciu dwu lub więcej płatów płucnych.

Tak samo i na tej samej zasadzie wskazane są upusty krwi przy chorobach zastawek, mięśnia sercowego (*adynamia cordis*), osierdzia, przy *bronchitis capillaris diffusa*, przy zrostach opłucnej i wogóle w tych przypadkach, w których serce prawe musi zwalczać jakiekolwiek przeszkody. ALBU widział dobry skutek od upustu krwi przy *pneumothorax*, który spowodował ucisk serca i znaczny zastój krwi; przy gruźlicy, nawet przy postaci prosówkowej, upust krwi jest bezskuteczny.

Następnym działem chorób, w których autorowie zalecają upusty krwi, jest krwotok mózgowy w tych razach, kiedy mamy do czynienia z podwyższeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego; upust krwi chroni wtedy od powtórnego krwotoku i sprzyja prędkiemu wessaniu krwi, a co za tem idzie, prędkiemu powrotowi *ad integrum* zagrożonych czynności mózgu. Jak wszędzie, tak i tu trzeba indywidualizować przypadki i być bardzo ostrożnym z osobnikami starymi, przy małym tętnie i w braku takich objawów, jak czerwoność twarzy, nieprzytomność i dostateczna pełność tętna.

Przy zmianach we krwi, dotyczących ciałek krwi lub też surowicy jej i polegających na zjawieniu się we krwi trujących pierwiastków, pożądaną jest eliminacja tych pierwiastków trujących; i tu więc upusty krwi mogą być zastosowane, podobnie jak stosujemy je przy zatruciu ustroju kwasem węglanym. Do grupy tej można odnieść zatrucie tlenkiem węgla, gazem świetlnym, solą BERTHOLET'a, nitrobenzolem i aniliną. W takich przypadkach otrucia jest bardzo pożądanem wydalenie z ustroju chociażby części jadu, co przez upust krwi daje się łatwo wykonać. Na miejsce wypuszczonej krwi przelewa się krew zdrową, albo też wykonywa się t. zw. przemycie ustroju przez wlewanie dużych ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Do kategorii powyższej zalicza ALBU mocznicę, napady której usuwa upust krwi w ilości 250 ctm. sz. z następczem przelaniem 400 ctm. sz. roztworu soli kuchennej; jeżeli zachodzi potrzeba, powtarza się tę czynność po kilkugodzinnej przerwie.

Co się tyczy upustu krwi przy blednicy, to KRÖNIG twierdzi, że nigdy od upustów krwi przy blednicy nie widział złych skutków, z wyjątkiem przypadków wrodzonego zwężenia tętnicy głównej, będącego zawsze w związku z niedostatecznym rozwojem całego ustroju; przeciwnie, spostrzegał on przypadki znacznego polepszenia po nieznacznych upustach krwi i szczególnie zachwala kombino-

wane leczenie upustami krwi i zwykłymi środkami przeciwbledniczymi: żelazem i arsenem. Wywody swoje opiera KRÖNIG na tem, że wraz z upuszczaną krwią wydalamy z ustroju te czerwone ciała krwi, które ze względu na swój stan chorobowy są szkodliwe, i tym sposobem pobudzamy szpik kostny do nowotworzenia ciałek zdrowych; jeżeli zaś przyjmujemy, że zmiany u chlorotycznych osobników skupiają się głównie w surowicy krwi, to upust krwi będzie tu miał to samo znaczenie, co przy otruciach, i winien być w takich razach połączony z „przemyciem ustroju“.

ALBU zaś jest zdania, że w cięższych postaciach blednicy upusty krwi są wprost niebezpieczne, na co już przed kilku laty zwrócił uwagę LENHARZ; lżejsze zaś postacie tej choroby dają się usunąć niewiniejszymi środkami, jak np. spokojnem ułożeniem w łóżku.

Ilość upuszczonej krwi winna według DYES'a przy blednicy stanowić tyle ctm. sz., ile chory waży funtów (niemieckich), w większości innych przypadków mniej, w niektórych tylko więcej. Poty po upuszczeniu krwi należy podtrzymać przez jakąś godzinę, chorego należy ciepło okryć i podawać mu ciepłe napoje. Pewną modyfikację, a właściwie miniaturę upustu krwi, stanowią cięte bańki, które ALBU stosuje w ostrych zapaleniach płuc, szczególnie w połączeniu z zapaleniem opłucnej przebiegających, w samoistnych zapaleniach opłucnej, w zapaleniu osierdza z wysiękiem lub bez, a także w mocznicy. Ilość ciętych baniek nie powinna przewyższać 10—12, przez co można upuścić 30—40 grm. krwi.

(Berl. klin. Wchschrft N. 42 i 43. 1896)

Ant. J. Goldman.

132. Prof. Newton HEINEMANN. **Fizyczne leczenie przewlekłych chorób serca** (podług SCHOTT'a). Fizyczne leczenie chorób serca zostało nader dokładnie opracowane przez Augusta i Teodora SCHOTT'ów i polega na stosowaniu kąpeli w Nauheim oraz odpowiedniej gimnastyki leczniczej.

Naturalnie, kąpiele Nauheim można również skutecznie zastąpić kąpielami sztucznie przygotowanymi. Kąpiele solankowe powinny zawierać na początku leczenia 1% soli kuchennej oraz 2% chlorku wapnia, powoli zaś należy ilość tych składników powiększać, dochodząc do 3% NaCl oraz 2,5% CaCl₂. Kąpiele, zawierające kwas węglany, otrzymuje się przez dodanie do wody dwuwęglanu sodu i kwasu solnego nieoczyszczonego, których stosunek winien być 2:3; do otrzymania kąpeli słabej wystarczy 1/2 funta sody i 3/4 funta kwasu. Stosownie do tego, czy chcemy otrzymać powolne czy szybkie tworzenie się kwasu węglowego, umieszczamy butelkę z kwasem solnym na dnie wanny lub też wylewamy jej zawartość natychmiast po pogrążeniu jej otworu w wodzie. Ciepłota wody wynosi podczas pierwszych kąpeli 33,5°—32,5° C., powoli zaś obniża się do 28° C. Przebywanie w kąpeli zwiększa się stopniowo od 5 do 20 minut. Na początku leczenia chorzy otrzymują kąpiel co drugi dzień, jeżeli zaś łatwo do niej przywykają, mogą z czasem brać kąpiele przez trzy dni z rzędu. Po kąpeli należy chorego obetrzeć ciepłym prześcieradłem i zalecić mu godzinny odpoczynek. Leczenie kąpielowe trwa od 4 do 10 tygodni; chory przez cały ten czas nie odczuwa zazwyczaj polepszenia, a przeciwnie, czuje się znużonym i osłabionym. Podmiotowo natomiast można stwierdzić zmniejszenie obrzęków oraz trudności w oddychaniu, zwiększenie się ilości wydzielanego moczu oraz zmniejszenie obszaru tępości serca. W razie rzeczywistego pogorszenia stanu chorego (zwiększenie się objawów zastoinowych, białkomocz) należy leczenie kąpielowe przerwać, podawać choremu stosowne leki, a powrócić do kąpeli dopiero po polepszeniu się stanu ogólnego chorego. Co się tyczy diety podczas leczenia, to chory może jadać wszystko, co mu służy, nie

powinien jedynie zbytnio przepełniać żołądka, szczególnie płynem, aby uniknąć ucisku mechanicznego na serce; z napojów należy unikać zawierających kwas węglany, alkohol w małych dawkach może być dozwolony. Osobnikom otyłym należy zabronić spożywania zbyt tłustych potraw.

O wiele lepsze i szybsze wyniki otrzymuje się przy stosowaniu, obok leczenia kąpielowego, ćwiczeń gimnastycznych, które rozpocząć należy po tygodniowym stosowaniu kąpieli. Gimnastyka nawet sama przez się daje dobry wynik i winna być stosowaną u osób, nie znoszących kąpieli. Stałe wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych po ukończeniu leczenia działa nader dodatnio i ma tę wyższość nad stosowaniem leków, że pozostają one jako skuteczna broń w ręku lekarza w razie przypadkowego pogorszenia się stanu chorego.

Ćwiczenia gimnastyczne polegają na wykonywaniu powolnych ruchów głową, kończynami i tułowiem, przyczem lekarz winien stawiać im jedną ręką nieznaćny opór. August SCHOTT zaleca stosowanie następujących prawideł: 1) ruchy winny być powolne, ciągłe, nie wymagające wysiłku; 2) ćwiczenia nie powinny być bezpośrednio powtarzane; 3) przy każdym ćwiczeniu pracuje inna grupa mięśniowa; 4) po każdym ćwiczeniu krótkotrwały odpoczynek; 5) lekarz winien ciągle baczyć na tętno i oddech; 6) ćwiczenia należy indywidualizować. Posiedzenia gimnastyczne trwają początkowo dziesięć minut, później dochodzą do $\frac{1}{2}$ godziny; u osób używających kąpieli wystarcza codzienne jednokrotne posiedzenie, u innych należy posiedzenie powtórzyć pod wieczór, lecz może ono trwać jedynie 20 minut. Po każdym posiedzeniu następuje godzinny wypoczynek. W razie pogorszenia się stanu chorego należy ćwiczenia przerwać i stosować odpowiednie leki.

Wskazane jest stosowanie wyżopisanego leczenia przy wszelkich zaburzeniach w narządzie krążenia, szczególnie zaś przy chorobach serca z zaburzeniami wyrównania, przy dusznicy bolesnej, chorobie BASEDOW'a, chorobie BARLOW'a, wrodzonych wadach serca. Powikłania tych chorób, jak: znaczne obrzęki, puchlina piersiowa, puchlina osierdziowa, nie stanowią żadnej przeszkody. Przeciwwskazanie stanowi jednak znaczna miażdżyca naczyń. zakrzep w płucach, znaczne osłabienie chorego, tętniaki aorty, ostre lub przewlekłe zapalenie nerek, ich zanik lub marskość. Autor ilustruje swą pracę szeregiem historii chorób pacjentów, u których otrzymał długotrwałe polepszenie stanu zdrowia; chorzy ci leczyli się w Nauheim lub też w berlińskim szpitalu Charité, gdzie wyłącznie z gimnastyki korzystać mogli. Przypadki te należały do cięższych ze względu na różnorodne powikłania i były zazwyczaj już poprzednio leczone bezskutecznie. Oprócz polepszenia stanu serca, następuje i polepszenie ogólnego stanu zdrowia, co również za stosowaniem tej metody leczniczej przemawiać winno.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1896, N. 33). *Maksymilian Bernstein.*

133. R. GERSUNY. **O pewnym objawie przy guzach kałowych.** Objaw ten polega na tem, że przy mocnym ucisku, wywieranym palcami, błona śluzowa kiszek przylega do lepkich mas kałowych, tworzących guz, po usunięciu zaś ucisku znowu się odlepia,—oraz na tem, że to odlepianie się błony śluzowej od mas kałowych daje się wyczuć.

Warunki powstawania tego objawu są następujące: pewien stopień suchości błony śluzowej i pewien stopień uciskalności powierzchni guza; gdy guz jest zbyt twardy, objaw nastąpi po uprzednim zmiękczeniu powierzchni jego (przez enemę z oleju); wreszcie—co najważniejsza—jeżeli są gazy kiszkowe, które przy wywieranym ucisku wycieśniane są, a po usunięciu ucisku zajmują swe dawne miejsce i na

nowo oddzielają ścianę kiszki od powierzchni guza. Objaw, zajmujący nas, bardzo łatwo możemy sobie uprzytomnić, jeżeli palcem wskazującym jednej ręki, zlekka pokrytym jakimś tłuszczem, będziemy naciskali na dłoń wpółzamkniętą drugiej ręki — i później wolno tenże odejmować będziemy. Przy guzie kałowym uciskamy wolno ścianę brzuszną na wystającym miejscu guza końcami palców, następnie stopniowo ucisk zmniejszamy i odejmujemy palce bardzo wolno.

Przy ucisku bardzo krótkim błona śluzowa wcale się do powierzchni guza nie przylepia; jeżeli nie uciskamy przynajmniej powierzchownej grudki, odlepienie się nie jest tak jasno wyczuwalne; to samo da się powiedzieć o zbyt szybkim odejmowaniu palców.

Z trzech spostrzeganych przez siebie przypadków autor wyciąga różne wnioski, których wartości ocenić oczywiście tymczasem niemożna. Zwraca on jednak uwagę, że guz ustępuje tylko przy połączeniu mięsienia z enemami, zwłaszcza z oleju,—pomijając milczeniem chirurgiczne leczenie tego cierpienia.

(Wiener klin. Wochenschr. N. 40).

Wacław Sterling.

134. KÖSTER. **O trionalu.** Trional, wprowadzony przed kilkoma laty jako środek nasenny, zyskał w krótkim czasie uznanie powszechne ze strony psychiatrów; interniści jednak mało go dotąd używali, posługując się ciągle jeszcze środkami dawniejszymi.

Autor stosował trional kilkadziesiąt razy we wszelkich postaciach bezsenności,—zwykle w ilości 1—2 grm. w mleku, bezpośrednio przed udaniem się na spoczynek. Działanie trionalu występowało zawsze bardzo szybko—w ciągu $\frac{1}{2}$ —1 godziny, w kilku tylko przypadkach ujawniło się ono dopiero po upływie 6—8 godzin. Sen był zawsze spokojny i głęboki; chorzy uczuwaliby wyraźne pokrzepienie i nie uskarżali się nigdy na senność w ciągu dnia następnego — objaw następujący bardzo często po użyciu sulfonalu. Trional nie wywiera działania ujemnego na czynność serca; u wielu chorych z ciężkimi, niewyrównanymi wadami serca, po śnie pokrzepiającym tętno stawało się pełniejsze i równiejsze; nigdy też nie występowały zmiany w składzie moczu.

Autor próbował podawać trional alkoholikom w czasie napadu *delirium*; czynność serca jest wtedy zwykle mocno osłabiona, bardzo ważnym więc jest wybór odpowiedniego, t. j. nie upośledzającego czynności serca, środka nasennego. Wynik prób tych był niepomysłny: tylko duże dawki (3,0) sprowadzały sen krótkotrwały i nie przerywający napadu *delirium*; w tych więc przypadkach trional nie może współzawodniczyć z chloralem. Silne bóle stanowią także przeciwwskazanie do użycia trionalu; chorzy albo wcale nie zasypiają, albo też śpią niespokojnie i krótko.

Stosował też autor trional w kilku przypadkach ciężkich napadów dychawicy; 1,0—2,0 przerywały całkowicie napad i sprowadzały sen spokojny; w tych razach jednak działanie trionalu nie zawsze jest pewne, ustrój bowiem wglądnie prędko przyzwyczaja się do tego środka.

(Therap. Monatshefte N. 3, 96).

S. P.

135. SCHOTT. **Nitrogliceryna w dusznicy bolesnej.** Nitrogliceryna wprowadzoną została w roku 1858 przez FIELD'a jako środek leczniczy przeciwko nerwicom i innym cierpieniom nerwowym. O działaniu skutecznym tego środka w ciągu niemal lat 20 nie mógł się świat lekarski przekonać; ankietą, wyznaczoną przez akademię paryską, orzekła tylko, że nitrogliceryna należy do środków bardzo gwałtownie działających i że stosować ją należy z niezmierną oględnością. Dopiero w roku 1876 angielski lekarz MURREL wykazał, że najwłaściwszem wskaza-

niem do stosowania nitrogliceryny są choroby serca, przede wszystkim zaś dusznica bolesna. O słuszności poglądu tego przekonali się wnet liczni lekarze angielscy i francuscy, w Niemczech tylko środek ten nie znalazł zwolenników. Najprawdopodobniej błędne dawkowanie, nieodpowiednia postać, w jakiej podawano lek, oraz niewłaściwy dobór przypadków chorobowych przyczyniły się do tego, że lekarze niemieccy przez tak długi czas uważali nitroglicerynę za środek wątpliwej bardzo wartości. Mniemanie to podzielał i autor przez lat wiele; stosując jednak od 1891 r. nitroglicerynę w licznych przypadkach z nierównie większym niż poprzednio powodzeniem, przekonał się, że pochwały, oddawane środkowi temu przez lekarzy angielskich i francuskich, najzupełniej są uzasadnione.

Najskuteczniej działa nitrogliceryna w angiospastycznych postaciach dusznicy bolesnej, na drugim miejscu postawić trzeba przypadki wad zastawek aorty. W cierpieniach mięśnia sercowego, zwyrodnieniu tłuszczowem, tętniakach aorty oraz w nerwicach ruchowych serca działanie nitrogliceryny jest o wiele mniej pewne i szybko przemijające. Wogóle jednak w żadnym prawie przypadku nie można z góry przewidzieć, czy działanie nitrogliceryny będzie pomyślne; ma jednak środek ten tę wielką zaletę, że łatwo bardzo przekonać się można, kiedy jest przeciwwskazany. We wszystkich przypadkach, w których małe dawki wywołują wyraźne objawy zatrucia: wymioty, zawroty głowy, omdlenia,—stosowanie nitrogliceryny powinno być przerwane, łatwo bowiem wystąpić mogą objawy groźniejsze. Jeśli dawki małe, nie wywołując objawów zatrucia, okazują się jednocześnie bezskutecznymi, należy ostrożnie przejść do dawek większych.

Najlepiej stosować nitroglicerynę w postaci płynu i zaczynać od roztworów słabych, na przykład: Rp. *Nitroglycerini* 0,2; *tinct. capsici* 2,5; *spirit. rectificatissim.*, *aq. menth. pip.* aa 12,5. *M.D.S.* 2—5—10 kropel.

W wielu przypadkach dusznicy bolesnej działanie nitrogliceryny jest wprost zdumiewające. Często już po upływie jednej minuty ból zaczyna słabnąć, po upływie zaś 2—3 minut ujawnia się w całej pełni działanie leku. Trudno orzec, czy istotnie nitrogliceryna tak szybko wessana zostaje, czy też mamy tu do czynienia z odruchem na silne podrażnienie języka. Dziwnem jest także, jak małe ilości nitrogliceryny wywołują już skutek wyraźny: niekiedy jedna kropla podanego wyżej roztworu usuwa zupełnie kurcz serca. Często jednak chorzy prędko się do pewnej dawki przyzwyczajają, działanie środka staje się niewyraźne i powolne; należy wówczas przejść do dawek większych. Przy stosowaniu nitrogliceryny należy koniecznie pamiętać i o tem, że u wielu osobników jedynie duża dawka jednorazowa wywołuje skutek pożądany; wobec tego nie należy trzymać się niewolniczo ogólnie przyjętej dawki $\frac{1}{2}$ —1 mg., lecz śmiało powiększać ją odpowiednio do przypadku. Chorzy autora znosili doskonale jako dawkę jednorazową 30 kropel podanego wyżej roztworu i przyjmowali ją często po kilka razy na dobę. Rzecz prosta, że, usuwając napady dusznicy bolesnej przez podawanie w stosownej chwili nitrogliceryny, nie należy zapominać o odpowiednim leczeniu chorób serca, napady te wywołujących.

(*Therapeut. Monatshefte* N. 3. 96).

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 października r. b.

TRESC: 1) RAPPEL— przedstawienie mężczyzny z sercem w prawej połowie ciała. 2) WOŁKOWICZ— przedstawienie dziewczynki, wyleczonej z *torticollis* na drodze operacyjnej. 3) CIECHOMSKI—przedstawienie chorego z przepukliną mózgową po trepanacji wyrostka sutkowego. 4) Prof. KOSIŃSKI— Wycięcie śledziony. 5) BRONOWSKI—Mleczan strontu w chorobie BRIGHT'a.

1) Przedstawiony przez kol. RAPPLA mężczyzna ma serce umieszczone w prawej połowie klatki piersiowej; uderzenie wierzchołkowe znajduje się w 5-em międzyżebżu prawem nazewnątrz linii sutkowej; oprócz tego spostrzega się u tego osobnika charakterystyczne (SCHROETTER) dla dekstrokardyi przemieszczenie jąder; inne narządy znajdują się we właściwych miejscach.

2) Kol. WOŁKOWICZ dokonał przed 12 dniami u przedstawionej przez siebie 6-letniej dziewczynki, operacji sposobem dotąd nie opisanym, z powodu *torticollis*. Technika zabiegu polegała na przeprowadzeniu w kierunku skośnym, z przodu i od góry ku tyłowi i ku dołowi, cięcia, przenikającego przez skórę, powieź i przez całą grubość mięśnia mostko-sutko-obończykowego, na przecięciu wszystkich mocno naprężonych powrózków łączno-tkankowych oraz na zeszytciu obydwóch części przeciętego mięśnia w ten sposób, że dolna połowa powierzchni przekroju części górnej została przystosowaną do górnej połowy takiejże powierzchni części dolnej, przez co całkowita długość zeszytego mięśnia dorównała mięśniewi drugostronnemu. Po operacji pozostała niewielka i niespecąca chorej blizna. Wyższość tej metody nad znanymi dotychczas sposobami leczenia operacyjnego głowy skróconej (przecięcie mięśnia podskórne—STROMEYER, przecięcie poprzeczne otwarte—VOLKMANN, całkowite wycięcie *m. sterno - cleido - mastoidei*—MIKULICZ) polega—zdaniem mówcy—na tem, że mięsień przybiera właściwą długość, że unika się wytworzenia się wciągniętej blizny łączno-tkankowej, oraz że szyja nie ulega zupełnie zniekształceniu, jakie ma zawsze miejsce po całkowitem wycięciu mięśnia.

3) Chory kol. CIECHOMSKIEGO, 22-letni mężczyzna, podlegał przed półtrzecia rokiem trepanacji wyrostka sutkowego, którą wykonał s. p. Fr. JAWDYŃSKI z powodu ropnego jego zapalenia i zajęcia ucha średniego. W kilka dni po operacji wytworzył się w zatoce poprzecznej zakrzep, który uległ zropieniu i spowodował znaczne podniesienie się ciepłoty; dla ułatwienia dostępu do zatoki musiano wydłutować w czaszce otwór o średnicy 3—4 cm. Przez otwór ten stopniowo wypuklać się zaczęła istota mózgowa, tworząc w niespełna dwa miesiące po trepanacji guz wielkości jaja kurzego, pokryty w części przez oponę twardą, tętniący i krwawiący nader łatwo. Guz ten kol. CIECHOMSKI usunął zapomocą noża, oszczędzając przytem opony twardej, u podstawy przepukliny i nałożywszy następnie lekko uciskający opatrunek. W obecnej chwili po za lewem uchem pośrodku obszernego otworu w kościach czaszkowych, o brzegach dosyć wyraźnych, znajduje się guz wielkości orzecha włoskiego, miękki, niebolesny i nietętniący, składający się prawdopodobnie z istoty mózgowej, odsznurowanej od reszty mózgu. Chory obecnie zupełnie jest zdrow i oddaje się ciężkiej pracy.

4) Prof. KOSIŃSKI wygłosił odczyt p. t. „Wycięcie śledziony“. Praca ta będzie pomieszczona w łamach naszego pisma.—W dyskusyi kol. NEUGEBAUER uznaje ważność sprawy splenektomii nie tylko dla chirurgów, lecz i dla ginekologów;

zdarzało się bowiem, że guzy śledziony i jej powiększenie brano za guzy jajnika, jak to miało miejsce w jednym z przypadków prelegenta (bąblowiec śledziony). Jako najczęstszy powód szybko zazwyczaj występującej śmierci po splenektomii u leukemików, kol. N. skłonny jest uważać wstrząs, zależny od wydobycia znacznej objętości ciała z jamy brzusznej, ciała, znajdującego się w ścisłym związku z *plexus coeliacus*.—Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że też same warunki zachodzą przy wydobywaniu z jamy otrzewnej i innych wogóle wielkich guzów.—Prof. BARANOWSKI, przyznając słuszość przedsięwzięcia splenektomii w razach wypadnięcia śledziony przez ranę drążącą powłok brzusznych (przypadek SZULCA z Radomia), z drugiej strony zgadzając się na możliwość omyłki rozpoznawczej, w następstwie której zamiast oczekiwanej np. torbieli jajnika spotykamy się z guzem lub powiększeniem śledziony, zapytuje prelegenta, czy są jednakże i jakie wskazania ścisłe do splenektomii?—Prof. KOSIŃSKI odpowiada, że za wskazanie do wycięcia śledziony uważa takie w niej sprawy, które, pozostawione samym sobie, mogą zagrażać życiu chorego (mięsak, bąblowiec, torbiel), lub powodują znaczne dolegliwości (ból z powodu śledziony ruchomej); przeciwwskazane jest wycięcie śledziony—zdaniem prelegenta, opierającego je na danych statystycznych — w przypadkach powiększenia jej białaczkowego.—Prof. BARANOWSKI zapytuje w dalszym ciągu, czy u ludzi spostrzegano po wycięciu śledziony zmniejszenie, jak to bywa u zwierząt, odporności ustroju na zakażenie?—na co prof. KOSIŃSKI odpowiada, że sprawy tej rozstrzygnąć nie może, gdyż zbyt krótko ma w spostrzeżeniu jedyną, ze swych chorych, która żyje po splenektomii.

5) Wygłoszone przez kol. BRONOWSKIEGO studium kliniczno - doświadczalne p. t. „Mleczan strontu w chorobie BRIGHT’a” znajdują czytelnicy w naszym piśmie.—W ożywionej dyskusji zwraca naprzód uwagę kol. KRYSIŃSKI na tę okoliczność, że doświadczenia, robione z mleczanem strontu przez prelegenta na psach, zbyt były skomplikowane (obnażanie moczowodów, otwieranie tętnicy szyjowej dla połączenia jej z manometrem i t. d.) i zbyt odbiegały od warunków, w jakich się zwierzę zwykle znajduje, aby mogły być przekonywającymi; że byłyby one daleko pewniejsze, gdyby zwierzęta umieszczano w klatkach, urządzonych w sposób umożliwiający obliczanie ilości wydzielanego moczu; że wreszcie niewłaściwym jest obliczanie ilości danego leku w stosunku do wagi zwierzęcia i przenoszenie tak otrzymanych cyfr na wagę człowieka.—Kol. SAWICKI dodaje, że wogóle wszelkie manipulacje na moczowodach wywierają zawsze drogą zwrotną wpływ na ilość moczu; zamknięcie światła np. może spowodować zupełny bezmocz, wszycie moczowodu w kışkę prostą zawsze zmniejsza ilość moczu.—Kol. BRONOWSKI odpowiada, że wnioski swoje co do moczopędnego działania mleczanu strontu opiera na wynikach nietylko trzech doświadczeń z kimografionem, rzeczywiście bardzo skomplikowanych, lecz i całego szeregu innych, urządzanych w rozmaity sposób; że metoda, proponowana przez kol. KRYSIŃSKIEGO, jest zbyt uciążliwa, trzeba by bowiem w ciągu długiego czasu obliczać średnią dobową moczu zarówno przed jak i po podaniu zwierzęciu leku, aby uniknąć omyłek, zależnych od wpływów zewnętrznych.—Kol. REJCHMAN zaznacza, że stosując niejednokrotnie u chorych swoich bromek strontu przy nadmiernej kwasności soku żołądkowego, pochodzenia neurastenicznego, podług rady GERMAIN-SÉE, zawsze spostrzegał u nich zawroty głowy, lubo dawka, przez niego stosowana, mniejszą była, niż dawka prelegenta, i nie przekraczała 3,0 grm. dziennie; dziwi się przeto, że kol. BRONOWSKI objawu tego nie stwierdził.—Kol. BRONOWSKI objaśnia to prawdopodobnie tą okolicznością, że chorzy jego podczas leczenia pozostawali w łóżku.

Kol. PRUSZYŃSKI zwraca uwagę, że, badając własności przeciwfermentacyjne soli strontu (chlorku strontu), otrzymał wyniki inne, niż prelegent, że mianowicie sole te wywierają wpływ ujemny na sprawy życiowe drobnoustrojów; zaznacza dalej, że badania kol. BRONOWSKIEGO nał przeciwgnilnem działaniem mleczanu strontu wtedy tylko byłyby przekonywające, gdyby poddane doświadczeniu hodowle drobnoustrojów szczepiono następnie zwierzętom; zapytuje wreszcie, czy i w jaki sposób prelegent sprawdzał czystość używanego przez siebie preparatu?—Kol. BRONOWSKI, przyznając słuszność kol. PRUSZYŃSKIEMU co do doniosłości przeszczepiania badanych hodowli na zwierzęta, dodaje, że niezależnie od piśmienne go zapewnienia go przez fabrykę KAHLBAUM'a o czystości środka, sprawdzał ją sam podług metod przyjętych w chemii analitycznej.—Kol. ZIELIŃSKI zwraca uwagę, że, być może, działanie moczopędne mleczanu strontu zostaje wywierane zapomocą nabłonka nerkowego, gdyż sam prelegent przyznaje, iż znajdował w nim pewne zmiany; w takim razie uważałby, że proponowane leczenie, działając na sam chory narząd, który właśnie oszczędzać należy, nie może być właściwe.—Kol. BRONOWSKI odpowiada, że zmiany, jakie spostrzegał w nabłonku nerkowym, mogły być objawem wtórnym, zależnym od rozszerzenia naczyń nerkowych (HEIDENHAIN), jako bezpośredniego następstwa działania soli strontu, i nie mogą żadną miarą dowodzić drażniącego ich wpływu na sam nabłonek; co się zaś tyczy zasady, wypowiedzianej przez kol. ZIELIŃSKIEGO, o niewłaściwości bezpośredniego wpływania na sam cierpiący narząd, to od zasady tej nieraz trzeba w praktyce odstępować z widoczną dla chorego korzyścią. — Kolega SOKOŁOWSKI zaznacza, że w przebiegu cierpienia nerek, gdy mamy do czynienia ze znacznymi obrzękami i zmniejszeniem ilości moczu, mleczan strontu, jako środek moczopędny, może oddać rzetelne usługi, sprowadzając ulgę, jaką na innej drodze osiągnąć trudno; zresztą przy objawach mocznicy, jak to wykazał BRUNNER, wielką rolę odgrywa rozwodnienie krwi; w tych przypadkach własności mleczanu strontu mogą być z korzyścią zużytkowane; nie zgadza się też Kol. SOK. ze zdaniem kol. ZIELIŃSKIEGO, żeby nie można było działać na sam chory narząd, zwłaszcza gdy, jak w chorobach nerek, niezwyklej wagi rzeczą jest podniesienie ich czynności.—Prezes BARANOWSKI robi zastrzeżenie, że nie można wyników doświadczeń na zwierzętach przenosić wprost na ludzi, sądzi wszelako, że wynik pracy kol. BRONOWSKIEGO należy uważać za dodatni, gdyż już samo zwiększenie się dyurezy jest równoznaczne ze zmniejszeniem się natężenia sprawy chorobowej w nerkach.

Posiedzenie z dnia 3 listopada r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER—przedstawienie młodzieńca z t. zw. *cutis laxa*. 2) M. BRUNNER —O prześwietlaniu ciała ludzkiego zapomocą promieni RÖNTGEN'a w celach dyagnostycznych. 3) GABSZEWICZ — przedstawienie chorego po operacji doszczętnej przepukliny udowej.

1) Przedstawiony przez kol. NEUGEBAURA p. S., mężczyzna 25-letni, jest z zawodu krawcem i pochodzi z Augsburga. Przy zupełnej prawidłowości budowy i rozwoju fizycznego, odznacza się on niezwyklej rozciągliwością skóry, t. zw. *cutis laxa*, która zresztą nie różni się pozornie od skóry człowieka prawidłowego; jest ona jednakże tak elastyczną, że z łatwością daje się unieść w fałdę wysokości 15—20 ctm.; tak np. fałdą skóry, ujętą na szyi lub na czole, p. S. jest w stanie zakryć sobie całą twarz. Prof. UNNA przy badaniu drobnowidzowem wyciętego w tym celu kawałka skóry znalazł w utkaniu *cutis* zamiast zwykłej tkanki łącznej—nadmierny

rozwój tkanki śluzowej. P. S. do niedawna sam nie wiedział o szczególnych własnościach swych powłok; obecnie służy on różnym impresaryom muzeów „osobliwości“, obwożącym go po świecie.

2) Obszerny swój odczyt kol. M. BRUNNER rozpoczął od zaznajomienia słuchaczy z wynikami najnowszych badań nad naturą promieni X. Tak, GERZ z Monachium znajduje bliskie pokrewieństwo między nimi, a promieniami ultrafioletowymi, jak jedne tak i drugie bowiem mają własność wyładowywania ciał naelektryzowanych przy przejściu przez nie; promienie X zdolność swą przenikania między cząsteczkami ciał zawdzięczają nadzwyczajnej krótkości swych fal (podług FOMM'a długość ich nie przenosi $0,014 \mu$, czyli, że są 15 razy mniejsze od najmniejszych znanych fal ultrafioletowych); współczynnik załamania dla promieni X we wszystkich ciałach równy jest lub nieco mniejszy od jedności. Nad wyjaśnieniem pytania o kierunku fal promieni X pracował GOLICYN, nie doszedł jednakże do żadnych stanowczych wyników. Stosunek promieni X do promieni katodalnych również nie został dotychczas ostatecznie wyświetlony; tak, RÖNTGEN utrzymuje, że promienie X pochodzą od katodalnych, LEVY uważa je raczej za anodalne, BECQUEREL zaś wykazał, że istnieje pewien rodzaj promieni (np. promienie niewidzialne, jakie wysyłają pewne ciała fosforyzujące, jak sole uranu), mających wspólne cechy z promieniami X, nie dających się wszelako pobudzić promieniami katodalnymi. Następnie kol. BRUNNER, opisawszy stopniowy rozwój i udoskonalenia, wprowadzane w budowie rurek CROOKES'a, przedstawił używaną przez siebie i najlepiej—zdaniem mówcy—odpowiadającą celowi rurkę pomysłu LEVY'ego. Składa się ona z kuli szklanej, średnicy około 8 cm.; w przedłużeniu jej osi poziomej znajdują się dwie rurki grubości około 3 cm., długie 10 cm., nadto trzecia, krótsza rurka znajduje się na przedłużeniu osi, prostopadłej do poprzedniej; przez tę trzecią rurkę przechodzi elektroda anodalna, zakończona umieszczoną w środku kuli pod kątem 45° blaszką platynową; w pozostałych dwóch rurkach znajdują się dwie elektrody w postaci wklęsłych zwierciadełek aluminiowych. LEVY zużytkował w swej rurce fakt, dostrzeżony przez CROOKES'a, że mianowicie promienie katodalne, padając na umieszczoną wewnątrz rurki blaszkę metalową, t. zw. przez THOMPSON'a antykatodę, powodują wychodzenie z niej promieni X, przyczem blaszka rozgrzewa się do wysokiego stopnia. Zależnie od ciała, z jakiego zrobiona jest antykatoda, promienie X wzbudzają się albo na powierzchni, na którą padają promienie katodalne (platyna, złoto, ołów), albo na stronie jej przeciwnej (aluminium, szkło). Jeśli promienie X wychodzą z całej powierzchni antykatody, będącej pod wpływem promieni katodalnych, wtedy obrazy nie są dosyć wyraźnie okonturowane z powodu powstawania cieniów dodatkowych (*Schlagschatten*); dla uniknięcia tej niedogodności obmyślano różne dyafragmy, które jednak nie doprowadziły do pożądanego celu; mówcy udawało się koncentrować promienie X zapomocą częściowego odprowadzania ładunku anodalnego w rurkach dawnych do ziemi, lub też przez łączenie zakładanego na dolną część rurki pierścionka metalowego z anodą; najodpowiedniejszą jednakże okazała się opisana powyżej rurka pomysłu LEVY'ego.

Po tych wyjaśnieniach mówca przystąpił do części doświadczalnej swego odczytu. Po dokonaniu prześwietlania dłoni, ręki, nogi, świetnie zdemontrował prześwietlenie całej klatki piersiowej zarówno z przodu, jak i z tyłu, przyczem można było widzieć wyraźnie ruchy przepony i tętnienie serca, niemniej prześwietlenie czaszki w kierunku poprzecznym i przednio-tylnym. W końcu prelegent dodał jeszcze parę uwag o spostrzeganych przez siebie objawach u osobników, podda

wanych częstemu prześwietlaniu czaszki (zawrót głowy, wypadanie włosów, przekrwienie skóry, przypominające *erythema solare*), i wyraził zdanie, że objawy te pokrewne są następstwom działania na czaszkę promieni słonecznych (*insolatio*), które prawdopodobnie również zawierają w sobie i promienie X.

3) Kol. GABSZEWICZ przedstawił 40-letniego mężczyznę, któremu przed półtora rokiem z powodu kolosalnej przepukliny udowej lewostronnej dokonał doszczętnej operacji podług metody MAC-EWEN'a. Zupełnie prawidłowy przebieg pooperacyjny zakończony został tylko koniecznością przeprowadzenia w 3-im tygodniu cięcia, mającego na celu usunięcie wywołujących ropienie szczątków worka przepuklinowego. Od tego czasu pacjent jest zdrow zupełnie i oddaje się nieprzerwanie ciężkiej pracy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= CZERNY przedstawił w Tow. Histol. Heidelber. preparat raka kiszek u 13-letniego chłopca, zwracając uwagę, że najmłodszy, dotychczas spotrzegany przezeń chory z podobną chorobą, liczył lat 18. Cz. sądzi, że nowotwory rakowate nie tylko są obecnie częściej spotykane, lecz i dotyczą chorych w coraz młodszym wieku.

(Münch. med. Woch. N. 11. 96).

= MAESTRO w klinice prof. CERVESATO stosował przeciwko krztuścowi ichtyol; dawka początkowa wynosi zależnie od wieku 0,05 — 0,2, do-

chodzi zaś stopniowo do 0,6—1,0 *pro die*. Otrzymane wyniki są bardzo dobre, żadnych przykrych objawów pobocznych M. nie zauważył. (Sem. méd. N. 38. 1896).

= TACCHETTI twierdzi, że najlepszym środkiem leczenia przymiotu jest sublimat podskórnie wstrzykiwany. Należy jednak stosować duże dawki—0,05, nie częściej jak co 4—5 dni; miejsce zastrzykiwań—okolica pośladkowa. (Münch. med. Woch. M. 23. 96).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Znane wielkie zasługi nieodżałowanego naszego kolegi, ś. p. ROGOWICZA, w sprawie wspierania wdów i sierot po lekarzach, obudziły w gronie uczestników naszego pisma chęć uczczenia trwale pamięci zmarłego, utworzeniem funduszu, z któregoby odsetek corocznie Zarząd Kasy Wsparcia wdów i sierot, istniejącej przy Towarzystwie Lekarskim, wyznaczał zapomogę imienia ROGOWICZA, wdowie po lekarzu. Zapomoga ma wynosić rubli sto. Wiemy, że koledzy nasi już rozpoczęli składanie ofiar na cel rzeczony na ręce Podskarbiego Towarzystwa Lekarskiego.

— W dniu 6 b. m. otwarty został przez kol. BĄCZKIEWICZA przy ul. Ogrodowej N. 17 Zakład leczniczy dla dzieci. W nowym lokalu zakład został znacznie rozszerzony, zajmuje on dom jednopiętrowy. Dom ten stoi w głębi podwórza, po za domem znajduje się dość obszerny ogródek do użytku stałych chorych. Na

parterze po prawej stronie urządzono ambulatoryum, do którego przejście od furty zostało oddzielone od reszty podwórza sztachetami. Ambulatoryum jest tak urządzone, że je zupełnie odcięto od reszty zakładu; na ambulatoryum przeznaczono 5 pokoi, z tych 2 na poczekalnie, 1 na poczekalnię dla przychodzących z chorobami zakaźnymi, 1 pokój na gabinet lekarski, 1 na salę operacyjną wyłącznie do użytku ambulatoryum służącą. Wentylacja w ambulatoryum wodna, zabezpieczająca dopływ świeżego i odpływ zużytego powietrza. Na parterze i na 1 piętrze po lewej stronie od ogrodu znajdują się po 2 sale wspólne dla chorych, o 12 łózkach; sale dolne posiadają jeszcze dużą oszkloną werandę od ogrodu. Wentylacja w salach gazowa. Jak na dole, tak na piętrze przy osobnych pokojach urządzono wanny dla chorych, umywalnie i klozety. Resztę parteru od frontu zajmują:

pokój felczera, gabinet lekarski i pokój izolacyjny, posiadający osobne zewnątrz wejście przez oszkloną werandę, tak, że w razie potrzeby pokój ten może być zupełnie oddzielony od całego zakładu. Na 1 piętrze od frontu umieszczono pracownię do badań chemiczno-bakteryologicznych, salę operacyjną zakładową, urządzoną według ostatnich wymagań nauki, oraz pokój sterylizacyjny; ten ostatni zaopatrzone w przyrządy do wyjaławiania narzędzi i opatrunków (*autoklav*). Po prawej stronie urządzono 4 oddzielne pokoje dla chorych zamożniejszych, w których obok dziecka chorego wygodnie umieścić się może osoba dozorująca. W pokojach tych obok łóżeczek znajdują się kanapy, które na noc służą jako łóżka dla osób mających opiekę nad chorymi. W pokojach oddzielnych wentylacja luftowa, w korytarzu, prowadzącym do tych pokoi, wentylacja gazowa. Oddzielne pokoje posiadają zupełnie osobne urządzenia kanalizacyjne i kąpielowe. Dzwonki elektryczne ułatwiają obsługę chorych. Nakoniec w suterrenach znajduje się kuchnia, pralnia, kamera dezynfekcyjna z piecem do spalania opatrunków. Łóżka żelazne białe malowane, pościelnie zbytkowna, lecz zapewniająca wygodę chorym. Poduszki wypchane miękkim włosiem, dającym się łatwiej i lepiej dezynfekować, niż pierze; kołdry wełniane. Opiekę lekarską zapewniają: kol. Br. SAWICKI z kol. ŁAPIŃSKIM w dziale chirurgii; kol. BĄCZKIEWICZ z kol. WOŁYŃSKIM w dziale medycyny wewnętrznej; kol. Edw. ZIELIŃSKI w chorobach nerwowych; kol. CETNAROWICZ w chorobach oczu. Chorzy, umieszczeni przez lekarzy z po za zakładu, mogą zostawać pod ich opieką lekarską i być przez nich operowani. Opłata w pokojach oddzielnych od 2 do 5 rs., na salach wspólnych 60 kop. na dobę.

— Dowiadujemy się, iż w Ciechocinku ma powstać Zakład wodolecznicy z oddziałem inhalacyjnym i kąpielami

elektrycznymi, pod kierunkiem kol. H. LUBOWSKIEGO. Pomijając te dodatkowe oddziały, o pożytku których nikt nie wątpi, należy ze wszelkiem uznaniem podnieść myśl założenia wodolecznicy. Brak podobnego zakładu w Ciechocinku, zakładu, który w każdej bez wyjątku miejscowości leczniczej znajdować się winien, jest wielką anomalią. Do Ciechocinka bowiem przyjeżdżają nie tylko skrofuliczni, reumatyczni, artrytyczni i t. d., lecz przyjeżdża wraz z nimi niemała liczba takich, którzyby korzystali z leczenia hydropatycznego, czego dla braku odpowiedniego zakładu zrobić nie mogą. Wreszcie, wodolecznica i dla chorych tej pierwszej kategorii jest bardzo pożądana; wiadomo bowiem, że zabiegi wodolecznicze stanowią dla nich w niemałej liczbie przypadków leczenie uzupełniające, tak zwaną u Niemców *Nachkur*. Otworzenie więc wodolecznicy w Ciechocinku będzie dawno oczekiwaniem uzupełnieniem istniejących tam urządzeń i znacznie rozszerzyć może zakres działalności Ciechocinka. Nie wątpliwy też, że władza, w dobrze zrozumianym interesie ogółu, projekt ten poprze.

— Zjazd balneologów odbędzie się w Berlinie w marcu 1897 r. Zawiadomienia o odczytach winny być adresowane przed dniem 31 grudnia r. b. do głównego sekretarza D-ra BRACK'a (Berlin, Melchiorstrasse 18).

— **Zmarli.** Dnia 22 listopada r. b. w Mikołajewie (gub. Chersońska) zakończył życie dymisjonowany lekarz marynarki Paweł PRZEBORSKI, który, po ukończeniu studiów lekarskich na uniwersytecie w Kijowie, w roku 1852 stale przemieszkiwał w Mikołajewie, ciesząc się powszechnem uznaniem, jako lekarz i człowiek.

Od Administracji.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1897 i o wniesienie zaległej.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 28 Ноябрь 1896 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.